



## Materiál k projednání

# TISK:R-35453

k návrhu na schválení Záměru rozvoje paliativní péče na území hl. m. Prahy pro roky 2020-2025





### Obsah materiálu:

1. Návrh usnesení
2. Příloha č.1 k usnesení Rady HMP
3. Příloha č.2 k usnesení Rady HMP - příloha č. 3 Záměru
4. Důvodová zpráva
5. Příloha č.1 k důvodové zprávě
6. Příloha č.2 k důvodové zprávě - Návrh usnesení Zastupitelstva HMP
7. Připomínkový list

### Projednáno s:

náměstkem primátora Pavlem Vyhnánkem, M.A.  
zástupkyní ředitele MHMP pro Sekci služeb občanům  
MHMP - LEG MHMP  
MHMP - ROZ MHMP

### Podpis:

06.03.2020 2.1 souhlasím  
Pavel Vyhnánek, M.A.   
18.02.2020 1.5  
Ing. Alice Mezková   
21.02.2020 2.1  
JUDr. Adrián Radošinský   
20.02.2020 1.5  
Ing. Alice Mezková 

### Na vědomí:

předsedovi Výboru finančního ZHMP  
předsedovi Výboru pro zdravotnictví, sport a volný čas ZHMP  
předsedkyni Výboru pro sociální politiku ZHMP

### Za věcnou a právní správnost:

ředitel ZDR MHMP

### Zpracoval:

Ing. Alena Havelková, vedoucí oddělení zřizovaných organizací  
MUDr. Alena Weberová, MHMP - ZDR MHMP

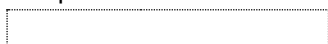
### K připomínkám:

12.02.2020 1.5  
Mgr. Martin Ježek

### Před projednáním:



Podpis:




### Předkládá:

radní Mgr. Milena Johnová

### Souhlas s předáním k připomínkování:

Podpis:

radní Mgr. Milena Johnová

13.02.2020 1.5  
Mgr. Milena Johnová 

### Zpracováno dne:

6.3.2020

**Hlavní město Praha**  
**RADA HLAVNÍHO MĚSTA PRAHY**

**U S N E S E N Í**

Rady hlavního města Prahy

číslo  
ze dne 9.3.2020

*k návrhu na schválení Záměru rozvoje paliativní péče na území hl. m. Prahy pro roky 2020-2025*

**Rada hlavního města Prahy**

**I. s o u h l a s í**

se Záměrem rozvoje paliativní péče na území hl. m. Prahy pro roky 2020–2025, který je přílohou č. 1 a 2 tohoto usnesení

**II. u k l á d á**

1. radní Mgr. Mileně Johnové

1. předložit Záměr rozvoje paliativní péče na území hl. m. Prahy pro roky 2020–2025 Zastupitelstvu hl. m. Prahy

Termín: 19.3.2020

MUDr. Zdeněk Hřib v. r.  
primátor hl.m. Prahy

doc. Ing. arch. Petr Hlaváček v. r.  
I. náměstek primátora hl.m. Prahy

Předkladatel: radní Mgr. Milena Johnová  
Tisk: R-35453  
Provede: radní Mgr. Milena Johnová  
Na vědomí: odborům MHMP

Záměr rozvoje  
**paliativní péče na  
území hl. m. Prahy**

pro roky 2020–2025

---

Listopad 2019

## Obsah

Předmluva	4
Část I. Záměr rozvoje paliativní péče na území hl. m. Prahy	5
Souhrn	5
Identifikace a kvantifikace problému	5
Zdroje dat a informací	7
Finanční dopady	7
Vize	8
Souhrn navrhovaných opatření	8
Cíle do roku 2025	10
Princip realizace vize – „správná služba správnému pacientovi ve správnou chvíli“	10
Část II. – Umírání v Praze: rozbor problému a bližší specifikace opatření	11
O jakých lidech a jakých potřebách hovoříme, když je řeč o paliativní péči	11
Používaná terminologie	13
Specifikace navrhovaných opatření	13
1.  Institucionální rovina	15
1.1.  Zřízení pozice krajského koordinátora rozvoje paliativní péče	15
1.2.  Zavedení definičního rámce	15
1.3.  Prohloubení institucionální spolupráce	16
1.4.  Zajištění dlouhodobé personální udržitelnosti rozvoje paliativní péče v Praze	17
2.  Infrastruktura – „správná služba“	18
2.1.  Zvýšení kapacity poskytovatelů specializované paliativní péče	18

2.2.	Prohlubování kompetencí poskytovatelů obecné paliativní péče	19
2.3.	Zpracování analýzy potřeby paliativní péče u dětských pacientů	20
3.	Informace o pacientech a pro pacienty – „správnému pacientovi“	22
3.1.	Vytvoření datové základny	22
3.2.	Centralizace a zpřístupnění informací pro životní situace související s pokročilým nevléčitelným onemocněním	22
3.3.	Analýza dopadů připojení hlavního města Prahy k programu Compassionate Cities	23
3.4.	Práce s veřejností	23
4.	Návaznost péče – „ve správnou chvíli“	25
4.1.	Zavedení programů paliativní péče v pobytových sociálních službách hlavního města Prahy	25
4.2.	Podpora modelů sdílené péče	25
4.3.	Zlepšení koordinace v paliativní péči	26
4.4.	Opatření na straně zdravotnické záchranné služby	27
4.5.	Rozšíření systematické práce s preferencemi pacientů	27
Část III. – Přílohy		29
Příloha č. 1: Putování pražským zdravotnictvím pohledem terminálně nemocného pacienta (kazuistika)		29
Příloha č. 2: Indikátory přístupu k paliativní péči v hlavním městě Praze – definice		33
Nejčastější trajektorie pacientů v závěru života		33
Klient domova pro seniory dochovaný v pobytové sociální službě		33
Pacient dochovaný doma		33
Pacient dochovaný doma s domácí péčí		34

Pacient dochovaný doma s péčí praktického lékaře	34
Pacient dochovaný doma v režimu signálního kódu	34
Pacient dochovaný doma s asistencí mobilní specializované paliativní péče	34
Pacient zemřelý za hospitalizace na očekávatelnou příčinu	35
Klient pobytové služby zemřelý za hospitalizace na očekávatelnou příčinu	35
Klient pobytové služby zemřelý za hospitalizace na očekávatelnou příčinu prostřednictvím ZZS	35
Pacient v domácí péči zemřelý za hospitalizace na očekávatelnou příčinu	35
Pacient převezený k terminální hospitalizaci záchrannou službou	36
Pacient v domácí péči, v režimu signálního kódu, zemřelý za hospitalizace	36
Příloha č. 3: Indikátory přístupu k paliativní péči v hlavním městě Praze – analýza dat NZIS	37
Příloha č. 4: Slovníček základních pojmů	38
Část IV. Autoři, expertní zázemí	39
Členové expertní skupiny	39
Redakční tým	40

## Předmluva

Paliativní péče zlepšuje kvalitu života nejen lidí, kteří čelí život ohrožujícím onemocněním, ale i jejich rodinám. Předchází utrpení a snižuje jeho sílu, tiší fyzickou i psychickou bolest a spirituální trápení. Je naší povinností zajistit, aby paliativní péče byla pro Pražany dostupná jak v domácím prostředí, tak i ve zdravotnických zařízeních a pobytových sociálních službách.

S ohledem na demografický vývoj musíme počítat s tím, že potřeba paliativní péče bude v následujících desetiletích narůstat. Mít plán pro rozvoj této důležité služby na pomezí zdravotní a sociální péče je základní podmínkou pro zajištění důstojného závěru života lidí s neléčitelným, život ohrožujícím onemocněním.

Hlavní město se již před několika lety zavázalo ve svém Strategickém plánu pečovat o občany ve chvíli nemoci, podporovat integraci zdravotních a sociálních služeb, paliativní péče nevyjímaje. Ve vazbě na to byla v roce 2018 připravena a vydána Analýza paliativní péče v hlavním městě, která shrnula základní pojmy a fakta o této formě péče. V průběhu roku 2019 jsme na to navázali a spolu s týmem expertů připravili Záměr rozvoje paliativní péče na území hlavního města Praha pro léta 2020-2025, kterou nyní předkládáme.

Záměr se skládá ze šestnácti opatření ve čtyřech základních okruzích. Jejich naplnění zajistí proveditelnost pomocí institucionálního zakotvení záměru, umožní rozvoj kvality péče, pomocí dat a informovanosti nasměruje péči k těm, kteří ji potřebují a zlepší provázanost v systému tak, aby paliativní péče byla poskytována v pravou chvíli.

Na přípravě záměru se podílela řada odborníků z celé České republiky. Členové této expertní skupiny jsou vyjmenováni na konci materiálu. Moc ráda bych na tomto místě poděkovala všem, kteří se do tvorby materiálu zapojili.

Věřím, že se realizací navržených opatření přiblížíme k tomu, aby Praha doopravdy byla skvělým místem k životu, do něhož umírání patří.

Milena Johnová

radní pro oblast sociální politiky a zdravotnictví

## Část I. Záměr rozvoje paliativní péče na území hl. m. Prahy

### Souhrn

Záměr rozvoje paliativní péče na území hl. m. Prahy byla vypracována expertní skupinou, kterou jmenovala v roce 2019 radní pro oblast sociální politiky a zdravotnictví Mgr. Milena Johnová. Při přípravě materiálu došlo k alarmujícím zjištěním o tom, že většina Pražanů umírá za okolností nepřiměřených úrovni poznatků současné medicíny a principů organizace moderní zdravotní a sociální péče. Je zřejmé, že tento stav je nutné změnit.

Péče o terminálně nemocné musí být řešena komplexním přístupem formulovaným dále jako „**správná služba správnému pacientovi ve správnou chvíli**“. K naplnění této dlouhodobé vize by mělo přispět 17 konkrétních opatření ve čtyřech oblastech: Institucionální rovina, Infrastruktura („správná služba“), Informace o pacientech a pro pacienty („správnému pacientovi“), Návaznost péče („ve správnou chvíli“). Mezi zásadní opatření navrhované v Záměru patří zřízení pozice krajského koordinátora rozvoje paliativní péče, prohloubení institucionální spolupráce, zvýšení dostupnosti specializované paliativní péče, prohlubování kompetencí poskytovatelů obecné paliativní péče, dostupnost relevantních informací či zlepšení koordinace paliativní péče.

### Identifikace a kvantifikace problému

V Praze zemře ročně cca 12.500 osob. Z nich skoro dvě třetiny jsou pacienti s očekávatelnou potřebou paliativní péče – jde o očekávatelné úmrtí na chronické, život ohrožující nebo život zkracující onemocnění s očekávanou trajektorií progresu nemoci<sup>1</sup>.

Kvantifikace<sup>2</sup> závažnosti problému (poslední známé období).

Počet zemřelých v Praze za rok	12 417
Z toho pacienti s očekávatelnou potřebou paliativní péče (očekávatelná úmrtí) <sup>3</sup>	7 326 cca 30 dětí <sup>4</sup>

<sup>1</sup> DUŠEK, L: Kapacita zdravotních služeb v HMP– rostoucí potřeba paliativní péče a péče v závěru života, ÚZIS 2019.

<sup>2</sup> ŠVANCARA, J: Indikátory přístupu k paliativní péči v hlavním městě Praze - Analýza dat NZIS, ÚZIS 2019, pokud není uveden jiný zdroj.

<sup>3</sup> Soubor zemřelých z „očekávatelného úmrtí“ sestavuje ÚZIS zpětně na populaci všech zemřelých dle krajů na základě úmrtní diagnózy a hospitalizační historie

<sup>4</sup> ŠVANCARA, J: Dětská úmrtí a potřeba paliativní péče, ÚZIS 2018.



Počet zemřelých na očekávané úmrtí, kteří dožili za hospitalizace	3 766
Z toho výjezd záchranné služby k hospitalizaci těsně před očekávatelným úmrtím (optimum: nula)	794 Pravděpodobně ještě vyšší počet, zkrácení metodikou vykazování NZIS, bude zpřesněno
Počet zemřelých, kteří měli přístup k obecné paliativní péči a zemřeli doma nebo v pobytové službě (optimum: až 5 000)	659
Počet zemřelých, kteří měli přístup ke specializované paliativní péči doma nebo v lůžkovém hospici (optimum: cca 2 400)	1 229 z toho asi 300 bez úhrady ze zdrav. pojištění
Počet zemřelých, kteří byli dochováni doma v režimu signálního kódu <sup>5</sup> (optimum: až 3 500)	82

Optimem se rozumí odhad využitelné kapacity služeb za situace, kdy by obyvatelé měli dostatek informací, všechny služby jim byly dostupné, a oni by tak mohli mezi nimi informovaně volit.

Jak tedy ukazují data shromážděná při přípravě záměru z národních registrů, z informací od poskytovatelů i strukturované rozhovory s experty, můžeme bez přehánění konstatovat, že **většina Pražanů umírá za okolností, které nejsou přiměřené úrovni poznatků současné medicíny a principů organizace moderní zdravotní a sociální péče.**

Z jedné strany se bouřlivě a rychle rozvíjí oblast paliativní péče, která netrpí ani legislativním vakuem, ani kritickým nedostatkem provozních financí, čehož je nakonec důkazem i dotační politika hlavního města Prahy. Z druhé strany ale skoro osm tisíc lidí každoročně v Praze zemře na nevyčísitelnou nemoc, aniž by drtivá většina z nich cokoliv z této infrastruktury využila, přestože by z ní měla prokazatelný benefit. Jak se opakovaně ukázalo, většina umírajících v Praze nemá dostatek informací o svém onemocnění, nejsou připraveni na to, že se konec jejich života blíží, a jejich blízcí mají nerealistické očekávání o prognóze dalšího vývoje.

Tato alarmující zjištění vedla ke vzniku Záměru rozvoje paliativní péče na území hl. m. Prahy, které problematiku péče o terminálně nemocné řeší komplexními opatřeními s uplatněním principu „**správná služba správnému pacientovi ve správnou chvíli.**”

Současná síť poskytovatelů paliativní péče je tvořena subjekty, které poskytují zdravotní služby a registrované sociální služby dle příslušných předpisů. Jejich služby jsou financované vícezdrojově - zčásti

<sup>5</sup> Kód 06349 „ošetřovatelská péče o pacienta v terminálním stavu”.

z prostředků veřejného zdravotního pojištění, zčásti z darů a sbírek a také z rozpočtu hlavního města Prahy – **Program IV/1 a IV/2**. Stávající podpora z těchto programů, v minulosti ve výši cca 15–16 mil. Kč, umožňuje zachování základní funkce sítě, nikoliv však její rozvoj nebo rozšíření.

## Zdroje dat a informací

Záměr se systematicky opírá o informace a datové celky, které jsou pro tuto oblast k dispozici. Jsou jimi:

1. Statistiky Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), publikované v rámci Národní datové základny paliativní péče a vytvořené na základě expertního zadání speciálně pro účely tohoto záměru.
2. Výstupy analýzy Paliativní péče v hlavním městě Praze (2018), zpracované Centrem paliativní péče na zadání hlavního města Prahy (dále v textu „Analýza 2018“)<sup>6</sup>. Ta obsahuje jak kvantitativní analýzu dostupných dat, tak rozsáhlé kvalitativní šetření mezi poskytovateli a odborníky, a shrnuje doporučení pro následné kroky.

Pro tvorbu Záměru jmenovala v roce 2019 Radní pro oblast sociální politiky a zdravotnictví Mgr. Milena Johnová expertní skupinu. Její členové poskytli odborné vstupy a v průběhu přípravy Záměr připomínkovali. Se vstupy od expertní skupiny pracoval užší, čtyřčlenný redakční kolektiv. Seznam členů expertní komise a redakčního kolektivu je uveden v závěru dokumentu.

Záměr navazuje na národní strategické dokumenty<sup>7</sup>, členem expertní komise byl zástupce Ministerstva zdravotnictví ČR, doplňuje se vhodně s národními programy podpory rozvoje paliativní péče<sup>8</sup>. Vychází také ze znalosti koncepcí rozvoje paliativní péče Jihočeského kraje a Kraje Vysočina a pracovních verzí koncepcí Jihomoravského a Olomouckého kraje.

Záměr prošel připomínkovacím řízením členů expertní skupiny a úřadu.

## Finanční dopady

V rámci záměru je předpokládáno, že financování definovaných opatření bude hrazeno částečně přímou formou (mzda koordinátora, dohody pro externí experty, informační portál), ale zejména prostřednictvím

---

<sup>6</sup> Loučka M., Poláková K.: Analýza Paliativní péče v hlavním městě Praze. Centrum paliativní péče, 2018. Dostupné online: <https://paliativnicentrum.cz/projekty/analiza-paliativni-pece-v-hlavnim-meste-praha>.

<sup>7</sup> Zejména Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2018–2022 a Memorandum o spolupráci na systematickém rozvoji paliativní péče, 2019.

<sup>8</sup> Zejména programy *Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče*, dále *Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti domácí specializované paliativní péče* a *Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti domácí specializované paliativní péče*.

inovovaných dotačních (grantových) programů. **Většina opatření bude realizována ve dvou krocích: v roce 2020 proběhne v rámci jednotlivých pracovních skupin konkretizace aktivit pro další roky, včetně určení finanční náročnosti, schválení samostatného materiálu k opatření se zapracováním do rozpočtu na následující rok.** V druhém kroku, po schválení příslušného materiálu a vyčlenění prostředků v rozpočtu pro další rozpočtové období, bude následovat samotná realizace.

Finanční dopady pro rok 2020

Položka	Částka
Opatření IV./1 a IV./2	cca 16 mil. Kč (odhad <sup>9</sup> )
Mzda krajského koordinátora	682 985 Kč
DPP 10x pracovní skupina	900 000 Kč

## Vize

Dlouhodobou vizí je „*Praha jako město, kde mají všichni lidé v závěru života přístup ke kvalitní paliativní péči, mají možnost vyjádřit svá přání ohledně péče v závěru života a mohou využít dostatečné kapacity poskytovatelů paliativní péče v rámci zdravotních i sociálních služeb.*”

Záměr obsahuje 17 opatření, která povedou k přiblížení se tomuto cílovému stavu. Jsou uvedena v následující tabulce a podrobněji popsána v dalších částech dokumentu.

## Souhrn navrhovaných opatření

Okruh opatření	Opatření
1. Institucionální rovina	<b>1.1 Zřízení pozice krajského koordinátora rozvoje paliativní péče</b> <i>Za realizaci Záměru nese odpovědnost konkrétní osoba, která jednotlivá opatření koordinuje. Disponuje k tomu přiměřenou odbornou kompetencí, úvazkem a podporou vytvořené multidisciplinární Rady rozvoje paliativní péče.</i>
	<b>1.2 Zavedení definičního rámce</b> <i>Hlavní město Praha ve svých materiálech pracuje s dostatečně konkrétním a trvalým definičním rámcem v oblasti hospicové a paliativní péče.</i>
	<b>1.3 Prohloubení institucionální spolupráce</b> <i>Rozvoj paliativní péče na území hlavního města Prahy je koordinován s relevantními institucemi.</i>
	<b>1.4 Zajištění dlouhodobé personální udržitelnosti rozvoje paliativní péče v Praze</b> <i>Praha je připravena na dramatické zvýšení potřeby péče a na současný generační propad v počtu odborného personálu,</i>

<sup>9</sup> Odhad na základě minulých let. Prostředky nejsou vyčleněny cíleně pro paliativní péči, ale jsou součástí celého programu.

	<i>prognózovaný za cca 15 let.</i>
<b>2. Infrastruktura – „správná služba”</b>	<b>2.1 Zvýšení kapacity poskytovatelů specializované paliativní péče</b> <i>Alespoň 75 % pacientů, indikovaných k specializované paliativní péči, nečeká v roce 2025 na poskytnutí péče déle než 48 hodin.</i>
	<b>2.2 Prohlubování kompetencí poskytovatelů obecné paliativní péče</b> <i>Do roku 2025 zvýšit počet pacientů s vypsáním signálním kódem, tedy těch v paliativní péči praktického lékaře a domácí péče, kteří dožili ve vlastním sociálním prostředí, nebo byli indikovaně předáni poskytovateli specializované paliativní péče.</i>
	<b>2.3. Zpracování analýzy potřeby paliativní péče u dětských pacientů</b> <i>Do konce roku 2020 připravit ve spolupráci s klíčovými subjekty strategii zprovoznění lůžkové hospicové péče pro dětské pacienty v Praze.</i>
	<b>2.4 Podpora zavádění standardů kvality a certifikace</b> <i>Hlavní město Praha aktivně podporuje hodnocení a zvyšování kvality poskytované péče.</i>
<b>3. Informace o pacientech a pro pacienty – „správnému pacientovi”</b>	<b>3.1 Vytvoření datové základny</b> <i>V roce 2022 disponuje hlavní město Praha spolehlivými daty, která umožňují kvalifikovaná rozhodnutí o potřebách populace a výkonu sektoru paliativní péče.</i>
	<b>3.2 Centralizace a zpřístupnění informací pro životní situace související s pokročilým nevléčitelným onemocněním</b> <i>Do roku 2022 jsou všechny dostupné informace, týkající se života s nevléčitelným onemocněním v Praze, zpřístupněné a pravidelně aktualizované na jednom místě.</i>
	<b>3.3 Analýza dopadů – Compassionate Cities</b> <i>Na konci roku 2021 existuje studie analyzující dopady připojení Prahy mezi Compassionate Cities.</i>
	<b>3.4 Práce s veřejností</b> <i>Do konce roku 2020 má hl. m. Praha definované cíle a prostředky komunikace s veřejností v oblasti paliativní péče.</i>
<b>4. Návaznost péče – „ve správnou chvíli”</b>	<b>4.1 Zavedení programů paliativní péče v pobytových sociálních službách</b> <i>Do roku 2025 má každá pobytová služba, zřízená hlavním městem Prahou, z jejichž klientů zemře ročně více než 15 klientů nebo 20 % z celkového počtu klientů, zpracován program paliativní péče.</i>
	<b>4.2 Podpora sdílené péče</b> <i>Podpora rozvoje modelů koordinované péče sdílené mezi více poskytovateli.</i>
	<b>4.3 Zlepšení koordinace v paliativní péči</b> <i>Cíl opatření: Získat zkušenosti a „best practices“ pro programy koordinace v paliativní péči, v roce 2022 pilotně ověřit možné dopady programu.</i>
	<b>4.4 Opatření na straně zdravotnické záchranné služby</b> <i>V letech 2020–2021 je v Praze pilotně ověřen soubor opatření v přednemocniční neodkladné péči, jejichž smyslem je zvýšení počtu pacientů, kteří dožijí za podpory paliativní péče a v prostředí podle svých zdokumentovaných preferencí.</i>
	<b>4.5 Rozšíření systematické práce s preferencemi pacientů</b> <i>V roce 2025 má alespoň 20 % zemřelých zdokumentované preference týkající se cílů léčby nevléčitelného onemocnění.</i>

*\*Modře jsou označena opatření, která jsou realizovatelná, částečně realizovatelná nebo pilotovatelná už v roce 2020.*

## Cíle do roku 2025

1. Do roku 2025 se Praha stane městem, v němž alespoň třetina pacientů, u nichž došlo v kalendářním roce k očekávanému úmrtí, měla v posledních měsících svého života přístup k paliativní péči.
2. Všechny relevantní příspěvkové organizace hl. m. Prahy v oblasti zdravotních a sociálních služeb mají zajištění paliativní péče u svých klientů podpořeny specifickým metodickým dokumentem.
3. Rozvoj paliativní péče je dlouhodobě ukotven ve strategickém plánování hl. m. Prahy a je mu věnována adekvátní finanční i personální kapacita. Vedení města má k dispozici aktuální data o potřebách sektoru a o efektivitě realizovaných opatření.
4. Pražanům jsou informace o paliativní péči a jejích poskytovatelích dostupná a pravidelně aktualizovaná na jednom místě, spravovaném hlavním městem.

## Princip realizace vize – „správná služba správnému pacientovi ve správnou chvíli“

Pražané dnes umírají za velmi různých podmínek a v různých zařízeních, aniž by byla zjišťována jejich přání a preference ohledně cílů a místa poskytování léčby v závěru života. Cíl pro rok 2025, tedy paliativní péče doložitelně dostupná alespoň třetině lidí, kteří zemřou na očekávané úmrtí, se týká cca 2,5 tisíce umírajících. Odhad současného stavu je méně než 1 200 osob. Ambicí tedy je, aby se počet Pražanů, kteří v závěru života čerpali některou z forem paliativní péče, během pěti let zdvojnásobil. Klesne počet systémově nežádoucích terminálních hospitalizací.

Z příčin popsaných v důvodové zprávě bude tato vize realizována prostřednictvím uplatnění principu „správná služba správnému pacientovi ve správnou chvíli.“

## Část II. – Umírání v Praze: rozbor problému a bližší specifikace opatření

### O jakých lidech a jakých potřebách hovoříme, když je řeč o paliativní péči

**Paní Hana** (63 let) se poslední rok léčila s karcinomem plic. Léčbu snášela těžce, hodně zhubla, trpěla nevolnostmi. Před 6 týdny se začal její stav dále zhoršovat, trápila ji velká dušnost a také bolesti. Kontrolní CT vyšetření zjistilo rozšíření nemoci do jater a onkologové v tu chvíli ukončili další léčbu. Paní Hana se po domluvě s rodinou nechala převést do lůžkového hospice, kde v péči týmu žila bez výrazných bolestí ještě 15 dní. Měla k dispozici jednolůžkový pokoj, díky přítelkyni u ní mohl v posledních dnech manžel být nepřetržitě.

*V lůžkových hospicích ale umírá méně než desetina Pražanů. Více než polovina všech očekávatelných úmrtí, 3 700, se odehraje za akutní terminální hospitalizace.*

**Pan Jiří** (75 let) se několik let léčil s chronickým srdečním selháním, byl hospitalizovaný kvůli velké dušnosti na interním oddělení fakultní nemocnice. Během hospitalizace docházelo k zástavě srdce, po resuscitaci byl na jednotce intenzivní péče. Přes úsilí personálu po deseti dnech na JIP umřel. Rodina byla v šoku, komplikace se slabým srdcem zažili za poslední roky několikrát, úmrtí je zaskočilo a obvinili personál ze zanedbání péče.

*Přestože u 60 % umírajících v Praze, tedy cca 7 300 osob se jedná o takzvané „očekávatelné úmrtí“, tedy stav, který zdravotníci tuší předem, většina pražských pacientů nedostane prostor a erudovanou podporu v přemýšlení o přiměřené péči a možnosti ovlivňovat způsob a rozsah péče i v závěru života, včetně např. dosahování jiných cílů než samotné prodloužení života za každou cenu.*

**Pana Petra** (35 let) již nějakou dobu brněla pravá ruka a před dvěma měsíci upadl během dne zničehonic do bezvědomí. Na vyšetření CT se ukázal neoperovatelný nádor mozku. Během postupného zhoršování zdravotního stavu péči o manžela zcela přebrala manželka, která se domluvila se zaměstnavatelem na dočasném uvolnění z práce, ekonomicky domácnost a péči o děti zvládá díky dlouhodobému ošetřovnému a pomoci širší rodiny. Využili podporu mobilního hospice, který vedle léčby bolesti a dalších symptomů také psychologicky podpořil manželku i děti.

*Mobilní hospice jsou od roku 2018 zařazeny do částečné úhrady ze systému veřejného zdravotního pojištění. Přesto mají v Praze zcela nedostatečnou kapacitu asi 460 osob ročně, poptávka je o desítky procent vyšší. Péči o téměř 300 osob z různých důvodů nehradí zdravotní pojišťovna.*

**Paní Marcela** (87 let) žila posledních pět let v domově pro seniory. Měla pokročilou fázi Alzheimerovy demence. Její dvě děti žijí v zahraničí. V posledním roce byla dvakrát hospitalizovaná kvůli dušnosti a pokročilému srdečnímu selhání. Jednoho dne se tyto potíže objevily znovu a personál zavolal zdravotnickou záchrannou službu, která paní Marcelu přes její výrazný neklid a nesouhlasné reakce převezla do nemocnice. Zde paní Marcela po dvou dnech zemřela. Personál domova i záchranáři tušili, že se může jednat o velmi krátkou, terminální hospitalizaci, paní Marcela však neměla sepsané dříve vyslovené přání a nikdo si nebyl jist, jak by reagovala rodina.

*Cca 1 300 Pražanů prožívá závěr svého života v bytové službě, ale jen 277 z nich v místě, kde se často cítí být doma, skutečně dožije<sup>10</sup>. Některé domovy začaly se vzděláváním personálu, s úpravou vnitřních směrnic, metodik a postupů, s vytvářením kultury paliativního přístupu v organizaci, aby dokázaly reagovat na přání klientů předcházet terminálním hospitalizacím a umožnily klientům důstojně prožít závěr života.*

**Paní Iveta** (41 let) zemřela doma na rakovinu prsu. Poslední dva měsíce se o ni intenzivně staral manžel, který vše zvládl díky podpoře praktického lékaře. Ten předepisoval opiátové náplasti a další potřebné léky, výrazně také pomohla agentura domácí zdravotní péče, která díky signálnímu kódu mohla v posledních dnech přicházet podle potřeby.

*Většina pacientů by mohla prožít závěr života pokojně i bez péče specializovaných hospicových týmů. Je však nutná efektivní spolupráce praktického lékaře, agentur domácí zdravotní péče a blízkých nemocného. Paní Iveta představuje jednoho z pouhých 82 Pražanů, kteří v tomto režimu doma dožili.*

**Maruška** se kvůli komplikacím během porodu narodila s těžkým poškozením mozku, epilepsií a s 90 % ztrátou zraku. Po několika měsících byla propuštěna do domácího ošetřování. Nikdo nedokáže říct, jaká bude prognóza, Maruška má ale opakovaně těžký průběh infekčních onemocnění. Cílem péče je udržet ji v domácím prostředí pokud možno co nejdéle bez nutnosti hospitalizace. Rodiče využívají podporu týmu rané péče a také mobilního hospice, který nabízí 24hodinovou dostupnost pro případ akutního zhoršení stavu.

*Paliativní péče se netýká jen dospělých a hraje důležitou roli i v dřívějších stádiích, kdy člověk čelí život ohrožujícím stavům a je ovlivněna jeho kvalita života. Nabízí také důležitou podporu rodině.*

---

<sup>10</sup> Předpokládaný počet je 277–600, ke skutečnému počtu bude potřeba zpřesnit metodiku výpočtu a srovnat registry ÚZIS a ČSÚ.

## Používaná terminologie

Z hlediska pojmů v paliativní péči a jejím poskytování se Záměr drží terminologie stanovené Metodickým pokynem Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče (dále v textu jen Metodický pokyn MZ)<sup>11</sup> – ten je v části 1.2 v současné době jediným souborem definic v paliativní péči, vydaným státní autoritou.

## Specifikace navrhovaných opatření

Všechna dále popisovaná opatření navrhovaná v Záměru vycházejí ze zjištění Analýzy 2018 a ze vstupů expertní skupiny hlavního města Prahy, které zpravidla potvrdily závěry a doporučení Analýzy 2018 a doplnily je o další cenné poznatky a doporučení.

Hledáme-li opatření, která pomohou zajistit, aby se dostala správná služba správnému pacientovi ve správnou chvíli, pohybujeme se ve čtyřech rovinách:

### **Institucionální rovina**

Soubor opatření, která doporučujeme provést na úrovni hlavního města Prahy, aby byl Záměr realizovatelný.

### **Infrastruktura – „správná služba“**

Všechna opatření na podporu rozvoje poskytovatelů zdravotní a sociální péče, konsolidace jejich financování a udržitelnosti, kapacity a lidských zdrojů.

### **Informace o pacientech a pro pacienty – „správnému pacientovi“**



Opatření na úrovni rozvoje systematického sběru dat o tom, kdo, kde, a za jakých okolností v Praze umírá a jaká je infrastruktura podpory pro pacienty žijící s progredujícím závažným onemocněním, a jejich publikování. Současná znalost je zcela nedostatečná. Dále aktivity zaměřené na zlepšení informovanosti pacientů.

### **Návaznost péče – „ve správnou chvíli“**

---

<sup>11</sup> Věstník MZ 13/2017, Dostupné online: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c-13/2017\\_14605\\_3699\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c-13/2017_14605_3699_11.html).



Soubor opatření zaměřených na včasnou identifikaci pacientů indikovaných pro paliativní péči, zvyšování kompetencí personálu v oblasti paliativní péče a prostupnost systému mezi jednotlivými poskytovateli.

Všechna opatření jsou v dalším textu popsána a opatřena barevně odlišenou váhou ohledně jejich možného dopadu, nákladnosti a rychlosti realizace, aby bylo možné prioritizovat.

## 1. Institucionální rovina

Soubor opatření, které doporučujeme provést na úrovni hlavního města Prahy, aby byl Záměr realizovatelný.

### 1.1. Zřízení pozice krajského koordinátora rozvoje paliativní péče

**Cíl opatření: Za realizaci Záměru nese odpovědnost konkrétní osoba, která jednotlivá opatření koordinuje. Disponuje k tomu přiměřenou odbornou kompetencí a úvazkem.**

Záměr definuje soubor opatření, jejichž komplexita vyžaduje centrální projektové řízení, odpovídající lidské a finanční zdroje a dostatečný časový rámec. Pokud by se realizovala všechna opatření navržená v Záměru, někdo musí kvalifikovaně řídit deset pracovních skupin a odpovídat za realizaci opatření za desítky milionů korun.

Po vzoru krajů, kde se podařilo krajskou koncepci uvést v reálný život (Vysočina, Jihočeský kraj), dojde v roce 2020 ke zřízení pozice krajského koordinátora pro paliativní péči, u něhož předpokládáme znalosti projektového řízení a zároveň orientaci v systému zdravotní a sociální politiky. Ke zvážení je zřízení multidisciplinární Rady rozvoje paliativní péče (ve složení lékař, všeobecná sestra, sociální pracovník), kteří se budou podílet na řízení pracovních skupin, realizaci opatření Záměru a jmenování deseti pracovních skupin k deseti opatřením (viz níže). Koordinátor a pracovní skupiny budou využívat principy „user involvement“.

Dopad	Nákladnost	Rychlost realizace
Významný	Střední	Vysoká

### 1.2. Zavedení definičního rámce

**Cíl opatření: Hlavní město Praha ve svých materiálech pracuje s dostatečně konkrétním a trvalým definičním rámcem v oblasti hospicové a paliativní péče.**

Pro efektivní podporu a rozvoj služeb paliativní péče v hlavním městě Praze je nutné využívat konkrétní definici paliativní a hospicové péče, včetně standardů, které budou dostatečně specifikovat očekávání a nároky na organizace, žádající například o dotační podporu.

Pro ilustraci: i otázka „kolik je v Praze hospiců“ má několik velmi různých, přesto víceméně správných odpovědí<sup>12</sup>. V situaci, kdy je současná zákonná úprava nedostatečně specifická, bude hlavní město Praha dále využívat standardy a metodické dokumenty relevantních autorit<sup>13</sup>.

Dále je potřeba ve spolupráci s relevantními institucemi stanovit minimální cílovou kapacitu služeb obecné i specializované paliativní péče<sup>14</sup>. Pro lepší efektivitu využití lůžek definovat potřebu lůžek akutní paliativní péče s převažující potřebou intenzivní paliativní léčby a hospicových lůžek s převažující potřebou péče a doprovázení. Definovat potřebu paliativní péče u neoncologických pacientů, kteří z většiny nejsou do paliativní péče předáváni vůbec. Rozlišit potřebu zdravotních a sociálních lůžek. Nastavit jednotný reporting poskytovatelů péče pro hlavní město Prahu i jednotlivé městské části pro zjednodušení administrativy na obou stranách.

Výše uvedené je v kompetenci krajského koordinátora rozvoje paliativní péče a jeho týmu. Definiční rámec i související normativy vzniknou v diskusi s relevantními zástupci odborné veřejnosti a veřejné správy a budou průběžně reflektovány z hlediska vývoje na centrální úrovni.

Dopad	Nákladnost	Rychlost realizace
Střední	Nízká	Vysoká

### 1.3. Prohloubení institucionální spolupráce

**Cíl opatření: Rozvoj paliativní péče na území hlavního města Prahy je koordinován s relevantními institucemi.**

Samospráva má sice ve výkonu přenesené působnosti významné pravomoci, přesto nemůže takto komplexní otázku úspěšně řešit sama.

Prvním úkolem krajského koordinátora bude právě zahájení institucionální spolupráce, například:

<sup>12</sup> Otázce legislativního vymezení pojmu „hospic“ i „paliativní péče“ je věnována samostatná kapitola v Analýze 2018.

<sup>13</sup> Standardy paliativní péče publikované Českou společností paliativní medicíny ČLS JEP, Standardy hospicové paliativní péče publikované Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče, Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče. Pro oblast Mobilní specializované paliativní péče jsou k dispozici Standardy mobilní specializované paliativní péče publikované Ministerstvem zdravotnictví.

<sup>14</sup> Například počet lůžek / 100 tis. obyvatel, ambulantních provozů / 100 tis., domácí péče se signálním kódem / 100 tis.

- Pravidelná jednání vedoucích zdravotních a sociálních odborů městských částí.
- Spolupráce s kraji, které rozvoj paliativní péče již koordinují a mohou předat své zkušenosti: Vysočina, Jihočeský kraj; nově Olomoucký a Jihomoravský kraj.
- Vyvolání jednání s MZ a MPSV o centrální podpoře koncepčního a metodického vedení rozvoje paliativní péče na krajích.
- Vyvolání jednání se zdravotními pojišťovnami na pilotáži inovativních úhradových modelů.
- Spolupráce s úřady práce s cílem zrychlit vyřizování příspěvku na péči u terminálně nemocných (většina pacientů v Praze se jeho udělení vůbec nedožije).

Dopad	Nákladnost	Rychlost realizace
Střední	Nízká	Vysoká

#### 1.4. Zajištění dlouhodobé personální udržitelnosti rozvoje paliativní péče v Praze

**Cíl opatření: Praha je připravena na dramatické zvýšení potřeby péče a na současný generační propad v počtu odborného personálu, prognózovaný za cca 15 let.**

Během patnácti let čeká ČR násobné zvýšení potřeby dlouhodobé a paliativní péče z důvodu zestárnutí populace a zároveň snížení počtu personálu z důvodu generačního výpadku<sup>15</sup>. V roce 2020 je potřeba připravit plán na zajištění překrytí kritického období. Opatření mohou obsahovat například: zřízení „rezidenčních míst“ – typicky u nemocnic s akreditovaným vzdělávacím programem v oboru paliativní medicína, ideálně jako víceletý program (nejpalčivěji pro profesi lékař); podporu edukačních aktivit směřovaných k rozšíření počtu erudovaných specialistů v oboru (lékaři, sestry, sociální pracovníci, psychologové); podpora edukačních aktivit směrem k poskytovatelům obecné paliativní péče stávajícími experty v oboru; podpora rozvoje nového typu služeb (lůžka akutní paliativní péče).

Dopad	Nákladnost	Rychlost realizace
Významný	Střední	Dlouhodobé opatření

<sup>15</sup> DUŠEK, L: Kapacita zdravotních služeb v HMP – rostoucí potřeba paliativní péče a péče v závěru života, ÚZIS 2019.

## 2. Infrastruktura – „správná služba”

Všechna opatření na podporu rozvoje poskytovatelů zdravotní a sociální péče, konsolidace jejich financování a udržitelnosti, kapacity a lidských zdrojů.

### 2.1. Zvýšení kapacity poskytovatelů specializované paliativní péče

**Cíl opatření: V roce 2025 má přístup ke specializované paliativní péči alespoň 75 % indikovaných pacientů.**

Vzhledem k poptávce (již nyní převyšující kapacitu o desítky procent<sup>16</sup>) a očekávanému demografickému vývoji je nutné zvýšit kapacitu poskytovatelů specializované paliativní péče buď vznikem nových služeb, nebo podporou stávajících organizací tak, aby mohly svou kapacitu dále rozšířit. Za tím účelem navrhujeme v roce 2020 připravit aktualizaci již existujících dotačních titulů hlavního města Prahy pro oblast paliativní péče od roku 2021 pod vedením krajského koordinátora, za účasti expertní skupiny, která bude postavená na následujících principech:

- Provázanost s národními strategickými dokumenty a odbornou terminologií.
- Zveřejnění metodiky hodnocení žádostí, v hodnocení bonifikovat zaměření na rozvoj služby a zejména výkon (počet pacientů, počet ošetrovacích dnů), případně dodržování standardů tam, kde jsou vydány.
- Zvýšit předvídatelnost podpory.
- Nejde pouze o to, aby ze strany hlavního města došlo k udržení nebo navýšení financí pro specializovanou paliativní péči, ale aby i v této oblasti byly precizně formulovány a zdůvodněny konkrétní cíle, jichž má být prostřednictvím dotačních programů dosaženo.

Současná alokace financí do dotačního titulu určeného pro hospicovou péči může při změně svých parametrů částečně motivovat ke zvýšení kapacity. Podstatné zvýšení kapacity poskytovatelů však předpokládá zvýšit objem financí v tomto dotačním titulu.

Praha nutně potřebuje koordinaci v oblasti rozvoje nemocniční paliativní péče. Kompetence samosprávy vůči nemocnicím fakultního typu nedovolují realizovat přímé kroky, ale umožňují systematickou motivaci správné praxe. Tento problém bude nutné řešit jednáním hlavního města Prahy s Ministerstvem zdravotnictví ČR na téma synergie v podpoře rozvoje nemocniční paliativní péče v Praze.

Do této oblasti může patřit kromě stávajících oblastí podpory například také: vytvoření a podpora konceptu „fakultního hospice”, metropolitního vlajkového zařízení pro výuku a výzkum; vzdělávání poskytovatelů

---

<sup>16</sup> Oba poskytovatelé MSPP v Praze evidují každoročně až 1,8násobek poptávky ku kapacitě služby (Analýza 2018).

specializované paliativní péče, seminář pro náměstky léčebně-preventivní péče pražských nemocnic a podpora vzniku pozic nemocničních koordinátorů paliativní péče pod vedením krajského koordinátora, podpora ambulantní paliativní péče – v nemocnicích, Městské poliklinice Praha, v Nemocnici Na Františku; podpora vzniku nového nebo rozšíření stávajícího týmu mobilní specializované paliativní péče v personálním obsazení dle Metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví ČR; pilotáž krizových a intermediálních lůžek paliativní péče; podpora lůžkových zařízení a konziliárních pracovišť jako center excellence ve vědě, výzkumu a vzdělávání.

Dopad	Nákladnost	Rychlost realizace
Vysoký	Vysoká	Střední

## 2.2. Prohlubování kompetencí poskytovatelů obecné paliativní péče

**Cíl opatření: Do roku 2025 zvýšit počet pacientů s vypsáním signálním kódem, tedy těch v paliativní péči praktického lékaře a domácí péče, kteří dožili ve vlastním sociálním prostředí, nebo byli indikovaně předáni poskytovateli specializované paliativní péče.**

Praktičtí lékaři, agentury domácí péče a domovy pro seniory pečují o násobně větší počty klientů v závěru života než hospice. Potřebují však více vzdělání a prohloubení spolupráce s poskytovateli specializované paliativní péče, aby klienty a pacienty v závěru života neodesílali na akutní lůžka nebo do péče specialistů, pokud hospitalizace nemůže výrazně zlepšit zdravotní stav nebo zachovat život klienta. Přesnou podobu realizace opatření proto navrhne pracovní skupina pod vedením krajského koordinátora v roce 2020.

Příklady možných opatření: „kuchařka” s jednoduchými návody pro praktické lékaře, zřízení hotline na Magistrátu hlavního města Prahy pro praktické lékaře, vzdělávací akce (předávání pacientů, preskripcí opioidů<sup>17</sup> a pomůcek, ohledání zemřelého), vznik erudované a kvalitní metropolitní pečovatelské a ošetrovatelské služby pro terminálně nemocné, mezioborové semináře a sdílení dobré praxe, networking pobytových služeb, podpora vzniku koordinátorů paliativní péče v zařízeních, podpora návštěvní služby praktických lékařů (možná pilotáž inovativních úhradových mechanismů), využití potenciálu sester z ordinací praktických lékařů, podpora praktických lékařů k převzetí odpovědnosti za klienty pobytových služeb, podpora domácí péče o nevyлéčitelně nemocné děti, které nejsou v terminálním stádiu.

Dopad	Nákladnost	Rychlost realizace
Vysoký	Vysoká	Střední

<sup>17</sup> V Praze si recepty na preskripci opioidů v roce 2018 vyzvedlo 76 praktických lékařů ze 718.

### 2.3. Zpracování analýzy potřeby paliativní péče u dětských pacientů

**Cíl opatření: Do konce roku 2020 připravit ve spolupráci s klíčovými subjekty strategii zprovoznění lůžkové hospicové péče pro dětské pacienty v Praze.**

Prevalence výskytu život limitujících a ohrožujících onemocnění je ve Velké Británii 32/10.000 dětí, dle této studie by mohlo v Praze benefitovat z paliativní péče až 800 dětí.<sup>18</sup> Přes rozvoj paliativní péče pro děti ve Fakultní nemocnici v Motole a terénní tým pediatrické paliativní péče Cesty domů ukazují dostupná data<sup>19</sup> i vstupy expertní skupiny na potřebu definovat a posléze vytvořit potřebnou kapacitu lůžkové hospicové péče pro dětské pacienty. Potřeby dětských pacientů a jejich rodin se liší od potřeb dospělých. Dětský hospic proto není totožný co do rozsahu, struktury a objemu služeb s hospicem pro dospělé pacienty. Dlouhodobým cílem tohoto opatření je zpracovat ve spolupráci s klíčovými subjekty včetně odborných společností strategický dokument – studii proveditelnosti – která bude definovat potřeby populace dětských pacientů, návrh řešení, včetně resortních a rozpočtových implikací. Provede pracovní skupina pod vedením krajského koordinátora.

Dopad	Nákladnost	Rychlost realizace
Vysoký	Nízká*	Vysoká

\*Vztahuje se k stanovení strategie postupu. Případná stavba, a zejména provoz zařízení, mají nákladnost velmi vysokou.

### 2.4. Podpora zavádění standardů kvality a certifikace

**Cíl opatření: Hlavní město Praha aktivně podporuje hodnocení a zvyšování kvality poskytované péče.**

V tuto chvíli není na úrovni samospráv, hlavní město nevyjímaje, zcela jasno ani v tom, zda všechna zařízení, která deklarují poskytování paliativní nebo hospicové péče, ji skutečně poskytují – mimo jiné i kvůli chybějícímu definičnímu rámci. V současné době již jsou způsoby, jak kvalitu péče hodnotit, částečně k dispozici<sup>20</sup>. K tomu určená pracovní skupina pod vedením krajského koordinátora bude

<sup>18</sup> ČSPM: Stav dětské paliativní péče v ČR, 2017. Dostupné online: <https://detska.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2018/11/zprava-o-stavu-dpp-2017.pdf>.

<sup>19</sup> ÚZIS: Dětská úmrtí a potřeba paliativní péče, 2016. Dostupné online: <https://www.paliativnidata.cz/index.php?pg=mortalitni-data-cr--analyzy-a-publikace--detska-umrti-a-potreba-paliativni-pece>.

<sup>20</sup> Standardy paliativní péče publikované Českou společností paliativní medicíny ČLS JEP, Standardy hospicové paliativní péče publikované Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče, Metodický pokyn Ministerstva

analyzovat možnosti opatření na podporu hodnocení a zvyšování kvality péče a případně navrhnout jejich realizaci. Předpokládáme pilotáž v letech 2021–2022.

Dopad	Nákladnost	Rychlost realizace
Střední	Nízká	Střední

---

zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče. Pro oblast Mobilní specializované paliativní péče jsou k dispozici Standardy mobilní specializované paliativní péče publikované Ministerstvem zdravotnictví. Pro oblast lůžkové péče je například k dispozici návrh bonifikace úhrad podle kritérií kvality péče v připravované úhradové vyhlášce pro rok 2020.



### 3. Informace o pacientech a pro pacienty – „správnému pacientovi”

Jedná se o opatření na úrovni rozvoje systematického sběru dat o tom kdo, kde a za jakých okolností v Praze umírá, jaká je infrastruktura podpory pro pacienty žijící s progredujícím závažným onemocněním, a jejich publikování. Současná znalost je nedostatečná. Dále do této oblasti patří aktivity zaměřené na zlepšení informovanosti pacientů.

#### 3.1. Vytvoření datové základny

**Cíl opatření: V roce 2022 disponuje hlavní město Praha spolehlivými daty, která umožňují kvalifikovaná rozhodnutí o potřebách populace a výkonu sektoru paliativní péče.**

V současnosti nejsou k dispozici přesná data popisující trajektorie pacientů žijících s nevléčitelným onemocněním, infrastrukturu podpory pro pacienty v závěru života, rozsah, podobu a nákladnost péče o tyto pacienty, ani okolnosti, za jakých dochází k úmrtí.

V roce 2020 navrhujeme vyjednat s ÚZIS společnou pracovní skupinu pod vedením krajského koordinátora pro sběr a analýzu dat.

Dopad	Nákladnost	Rychlost realizace
Vysoký	Nízká	Vysoká

#### 3.2. Centralizace a zpřístupnění informací pro životní situace související s pokročilým nevléčitelným onemocněním

**Cíl opatření: Do roku 2022 jsou všechny dostupné informace, týkající se života s nevléčitelným onemocněním v Praze, zpřístupněné a pravidelně aktualizované na jednom místě.**

Dojde k vytvoření portálu po vzoru „Praha sportovní” nebo „Paliatr Vysočina” v gesci hlavního města Prahy, kde by se centralizovaly informace pro veřejnost laickou i odbornou. Významnou součástí portálu budou i přehledné a krajským koordinátorem každoročně aktualizované informace o poskytovatelích dlouhodobé, následné, domácí a paliativní péče, včetně jednoznačné informace o podmínkách péče a podmínkách přijetí, o průměrné čekací době a obsazenosti. Portál by měl umožňovat i přístup pro poskytovatele, aby mohli údaje aktualizovat průběžně, na bázi dobrovolnosti. Dále by měl srozumitelnou formou poskytovat orientaci v systému – na jaké dávky, podporu, pomůcky atd. má kdo nárok, kde se o ně žádá, kdo je potvrzuje, jak je nárok posuzován. Svou funkci splní, bude-li mít řádově deset tisíc unikátních

návštěv ročně s nízkou bounce rate<sup>21</sup>. V méně atraktivní nebo neaktualizované podobě by tříštil informace a bylo by lépe, aby odkazoval na již existující zdroje.

Toto opatření by mělo daleko vyšší dopad, pokud by bylo doprovázené zřízením telefonické hotline pro lékaře jiných odborností.

Dopad	Nákladnost	Rychlost realizace
Vysoký	Nízká	Vysoká

### 3.3. Analýza dopadů připojení hlavního města Prahy k programu Compassionate Cities

**Cíl opatření: Na konci roku 2021 existuje studie analyzující dopady připojení Prahy mezi Compassionate Cities.**

Compassionate Communities / Cities<sup>22</sup> je komplexní nástroj zdravotní politiky pro místní samosprávy na celém světě. Je praktickým vodítkem pro podporu péče o osoby žijící s život zkracující nebo život ohrožující nemocí napříč všemi relevantními oblastmi města. Navrhujeme, aby v průběhu roku 2020 pracovní skupina, jmenovaná pro tento účel, pod vedením krajského koordinátora analyzovala možné dopady připojení hl. m. Prahy mezi Compassionate Cities.

Dopad	Nákladnost	Rychlost realizace
Střední	Nízká	Vysoká

### 3.4. Práce s veřejností

**Cíl opatření: Do konce roku 2020 má hl. m. Praha definované cíle a prostředky komunikace s veřejností v oblasti paliativní péče.**

Podpora aktivit pro zvýšení povědomí o paliativní péči a jejích poskytovatelích. Možné nástroje jsou podpora osvětových kampaní, zřízení osobní, telefonické a online poradny pro veřejnost nebo podpora těchto služeb formou dotací; podpora poskytovatelů obecné paliativní péče, kteří mají často k dispozici pouze limitované informace a při komunikaci s klienty a rodinami by mohli využít letáky a jiné informační

<sup>21</sup> Příbuzný portál umírání.cz s online poradnou, provozovaný Cestou domů, má cca 250 000 návštěvníků ročně, většina je z Prahy.

<sup>22</sup> WEGLEITNER et al.: Compassionate Communities: Case Studies from Britain and Europe. ISBN 1317565061, 2015.

materiály. Pro některé z těchto aktivit by byl využitelný dotační program akcí celopražského významu (je žádoucí jeho otevření i pro přímo řízené nemocnice). Osvětu je možné podpořit také prostřednictvím sociálních služeb a sociálních pracovníků v terénu, tj. např. pečovatelské služby, i sociálních odborů městských částí, které se setkávají s potenciálními uživateli paliativní péče.

Přesnou podobu osvětových činností rozpracuje během roku 2020 k tomu určená pracovní skupina vedená krajským koordinátorem. Zejména je nutné přesně stanovit cíle případné osvětové kampaně a měření její úspěšnosti.

Dopad	Nákladnost	Rychlost realizace
Střední	Střední	Střední

## 4. Návaznost péče – „ve správnou chvíli”

Soubor opatření zaměřených na včasnou identifikaci pacientů indikovaných pro paliativní péči, zvyšování kompetencí personálu v oblasti paliativní péče a prostupnost systému mezi jednotlivými poskytovateli. Právě tento soubor opatření je klíčový pro zvýšení počtu Pražanů, kteří se v závěru života dostanou k paliativní péči – sami umírající paliativní péči nevyhledávají; nabídka péče musí včas najít je.

### 4.1. Zavedení programů paliativní péče v pobytových sociálních službách hlavního města Prahy

**Cíl opatření: Do roku 2025 má každá pobytová služba, zřizovaná hlavním městem Prahou, z jejichž klientů zemře ročně více než 15 klientů nebo 20 % z celkového počtu klientů, zpracován program paliativní péče.**

Zvýšení dostupnosti paliativní péče v domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem i ostatních sociálních pobytových zařízeních dle expertů zajišťuje zpracovaný program paliativní péče trvale garantovaný smluvním lékařem<sup>23</sup>, který pro klienty s život ohrožujícím nebo život zkracujícím onemocněním zavádí plány paliativní péče. Detailní parametry garance lékařem a podoba paliativního programu bude výstupem práce příslušné pracovní skupiny.

Měřeným dopadem není jen existence dokumentu, ale reálné zvýšení počtu klientů, kteří dožijí v prostředí podle svých zdokumentovaných preferencí. Metodiku připraví k tomu určená pracovní skupina v roce 2020 pod vedením krajského koordinátora, pilotáž v roce 2021. Součástí aktivity je i networking pobytových služeb, které chtějí kultivovat paliativní péči, pod vedením krajského koordinátora. Fakultativně jsou opatření a metodická podpora otevřeny i zařízením, která mají jiného zřizovatele než hlavní město Prahu.

Dopad	Nákladnost	Rychlost realizace
Vysoký	Střední	Střední

### 4.2. Podpora modelů sdílené péče

**Cíl opatření: Podpora rozvoje modelů koordinované péče sdílené mezi více poskytovateli. Získat zkušenosti a best practices pro různé modely sdílené péče.**

<sup>23</sup> V expertní skupině panuje shoda v nepřijatelnosti omezování nebo odebrání zdravotní péče pod záminkou paliativní péče; trvalá lékařská garance je jednou z pojištěk.

V roce 2020 zhodnotí k tomu určená pracovní skupina pod vedením krajského koordinátora možné přístupy podporující koordinaci služeb kolem nemocného po zdravotní, sociální, psychologické a spirituální stránce, včetně zhodnocení rolí jednotlivých profesí. Dále připraví pilotní program, jehož cílem bude zvýšení dostupnosti paliativní péče u pacientů se zvýšenou potřebou koordinace služeb a péče. Cílem je opět zvýšení počtu klientů, kteří dožijí v prostředí podle svých zdokumentovaných preferencí. Začátek pilotního provozu v roce 2021. Sdílená péče bude zohledňovat také podporu přirozeného sociálního okolí lidí (rodina, přátelé).

Dopad	Nákladnost	Rychlost realizace
Vysoký	Střední	Střední

#### 4.3. Zlepšení koordinace v paliativní péči

**Cíl opatření: Získat zkušenosti a best practices pro programy koordinace v paliativní péči, v roce 2022 pilotně ověřit možné dopady programu.**

Tvrdá data i kazuistiky ukazují na to, že klíčovým problémem péče o terminálně nemocné je celková dezorganizace péče a její roztržičnost na mnohá pracoviště (těžko uvěřitelných jedenáct zařízení v případě kazuistiky pana Tomáše).

Zavedení koordinace se týká zejména nastavení nových procesů spolupráce mezi jednotlivými profesionály, úřady a organizacemi zapojenými do procesu poskytování péče a podpory pacientům. Současně stojí na předpokladu, že kdyby pacient dostal v době, kdy se jeho nemoc stala nevyлéčitelnou a život ohrožující nebo zkracující, kvalifikovaného průvodce nemocí, dostalo by se mu včas takové podpory, která nejlépe prospívá jeho subjektivně vnímané kvalitě života. Na orientaci v nesmírně komplexním světě zdravotní péče, sociálních služeb a dávek by nebyl sám a mohl by je čerpat účelněji, včas a v souladu se svými potřebami a preferencemi. Lepší koordinace péče usnadní i plnění dalších cílů záměru jako například efektivní nastavení sdílené péče. Zejména u dětských pacientů se zlepšení koordinace péče ukazuje jako nezbytné<sup>24</sup>. Obecným cílem opatření je zvýšení počtu pacientů, kteří dožijí v prostředí a s péčí podle svých zdokumentovaných preferencí.

V roce 2020 předpokládáme ustanovení pracovní skupiny pod vedením krajského koordinátora, která navrhne konkrétní podobu programu a jeho pilotáže.

<sup>24</sup> Například probíhající snaha o zlepšení koordinace péče u dětských pacientů v FN v Motole.

Dopad	Nákladnost	Rychlost realizace
Vysoký	Střední	Střední

#### 4.4. Opatření na straně zdravotnické záchranné služby

**Cíl opatření: V letech 2020–2021 je v Praze pilotně ověřen soubor opatření v přednemocniční neodkladné péči, jejichž smyslem je zvýšení počtu pacientů, kteří dožijí za podpory paliativní péče a v prostředí podle svých zdokumentovaných preferencí.**

V průběhu přípravy Záměru jsme identifikovali významný potenciál k snížení nežádoucích terminálních hospitalizací v oblasti záchranné služby – statistiky ho potvrzují nepřímo a vstupy od expertní skupiny explicitně. V tuto chvíli není zřejmé, jakou podobu by tento soubor opatření měl mít<sup>25</sup>, a je předmětem výzkumné spolupráce Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy a Centra paliativní péče, z. ú. V rámci Záměru navrhujeme v roce 2020 a 2021 podpořit zjištění, která výzkum přinese, příspěvkem na jejich pilotáž v provozu.

Dopad	Nákladnost	Rychlost realizace
Vysoký	Vysoká	Střední

#### 4.5. Rozšíření systematické práce s preferencemi pacientů

**Cíl opatření: V roce 2025 má alespoň 20 % zemřelých zdokumentované preference týkající se cílů léčby nevyléčitelného onemocnění.**

Jedním z nástrojů, jak změnit trajektorii pacienta v průběhu terminální fáze onemocnění v souladu s jeho preferencemi, je systematická práce s preferencemi v dokumentaci. V zahraničních systémech zdravotní péče jsou leckdy standardní součástí dokumentace každého pacienta, dle recentní studie ODDICUS provedené ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze<sup>26</sup> jsou u nás realitou v méně než procentu případů (více

<sup>25</sup> Nejsou zatím k dispozici data a statistiky z Prahy; jsou naopak k dispozici inspirující modely ze zahraničí, které je potřeba analyzovat.

<sup>26</sup> Zdravotnický deník: O kvalitě nemocniční paliativní péče v ČR chybí data. Dle studie VFN se dobrá péče dostane desetině pacientů, 2017. Dostupné online: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2017/05/kvalite-nemocnicni-paliativni-pece-cr-chybi-data-dle-studie-vfn-se-dobra-pece-dostane-desetine-pacientu/>.

viz důvodová zpráva). Dokumentace preferencí bude odpovídat požadavkům právní úpravy pro poskytování sociálních služeb a bude vycházet z konceptu "plánování zaměřené na člověka".

Potenciál opatření na podporu systematické dokumentace preferencí týkajících se cílů léčby v závěru života prozkoumá v roce 2020 k tomu určená pracovní skupina pod vedením krajského koordinátora a navrhne příslušná opatření.

Dopad	Nákladnost	Rychlost realizace
Střední	Nízká	Střední

## Část III. – Přílohy

### Příloha č. 1: Putování pražským zdravotnictvím pohledem terminálně nemocného pacienta (kazuistika)

**Od jara do podzimu 2018 Markéta<sup>27</sup> pečovala v domácnosti s malou dcerou Annou o svého čtyřiačtyřicetiletého partnera Tomáše, který umíral na progresivní onkologické onemocnění. Kazuistika, zachycená při kvalitativním výzkumu provedeném pro potřeby tvorby záměru, může být izolovaný příběh, který není generalizovatelný. Nicméně, pravděpodobně dobře ilustruje systémové mezery nastavení péče o terminálně nemocné v Praze. Velká čísla přesvědčivě ukazují, že naprostá většina Pražanů, kteří by měli významný benefit z paliativní péče, se k ní nedostane z důvodu nedostatečné komunikace, roztržitosti informací a celkově slabé koordinace péče o terminálně nemocné.**

Tomášovi vyoperovali ve dvačtyřiceti letech v mimopražské nemocnici „A” ledvinu, na které měl diagnostikován nádor. Po operaci byl předán k dalšímu sledování na urologickou ambulanci v Praze. Po několika měsících došlo k metastatické aktivitě na plicích, která nebyla na urologii rozeznána, a bujení pokračovalo téměř rok bez léčby; když se ho podařilo diagnostikovat, byl již ve stádiu, které bylo prakticky neřešitelné, s prognózou dožití řádově v měsících.

Markéta: „Dodnes si pamatuju, že to bylo v pátek 27. 4. 2018, kdy Tomáš přišel z urologie s papírem, že je ukončena péče na urologii a je doporučeno vyšetření onkologem. Dostal instrukci, že se má domluvit na nějaké onkologické ambulanci v místě bydliště, kde ho vyšetří. Celý víkend jsme si tím lámali hlavu. I Anička viděla, že tátovi se něco hrozného děje, i když jsme se moc snažili, aby nic nepoznala.”

„Hned v pondělí Tomáš sedl do auta a jel do nemocnice „C”. Tam mu sestra v kartotéce nabídla termín vyšetření za déle než měsíc. Jel tedy do nemocnice „D”, kde mu řekli, že pacienty jeho typu neberou. V nemocnici „E” mu sestra na ambulanci řekla, že když kašle, nemá chodit na onkologii a poslala ho na plicní ambulanci na poliklinice „F”, že si má domluvit bronchoskopii. To už byl večer, tak jel domů. Seděli jsme s tím papírem v noci doma, nikde ho nechtěli.”

„Druhý den jsem přes známé sehnala číslo na někoho v nemocnici „A”, kdo Tomášovi u své známé, primářky v nemocnici „G”, domluvil návštěvu na druhý den. Ta mu napsala baterii vyšetření: na CT a bronchoskopii ho poslala do nemocnice „H”, pak na pet-CT do nemocnice „I”, v nemocnici

<sup>27</sup> Kazuistika odebrána v rámci sběru dat k Záměru dne 27. 9. 2019.



„J” mu voperovali pevný vstup do žil, se kterým ale zase nebylo kompatibilní vybavení, které měli v nemocnici „I”. Začátkem června 2018 šel na bronchoskopii do nemocnice „H”. Lékařka v nemocnici „G” poté Tomášovi řekla, že stav je závažný, ale zařídila mu po telefonu u primáře onkologie v nemocnici „K” biologickou léčbu, nesmírně drahou a účinnou, takže se nám zase trochu ulevilo, že už je léčba na správné cestě. Ten primář mu řekl, že nádor jako takový už není zcela léčitelný. Tomáš se ptal, kolik má času a dozvěděl se, že s tím lidí žijí i dlouhé roky. Dneska už vím, že nám to mělo dojít, ale sakra, člověk přece čeká, že když se řítí do propasti a všichni kolem něj to vidí, někdo mu to řekne.”

Komentář odborníka: „Tomáš dál chodí do práce, jeho rodina stále nic netuší, ani společníci ve firmě, bere si hypotéku a kupuje zájezd k moři na léto. Dál si všimněme, že v tuto chvíli už jsou informace o Tomášově zdravotním stavu roztržštěné nejméně v osmi zdravotnických zařízeních, v každém z nich je zkoumána a řešena jedna část jeho onemocnění.”

Markéta: „Chodil na kontroly jednou za tři až čtyři týdny. Kromě toho neměl žádnou možnost, jak se poradit, kam zavolat, s kým mluvit. Primáři se nedalo nikdy dovolat, sestry telefon přepojovaly z místa na místo, a nakonec to vždycky skončilo tím, že na kontrole za týden se domluvíme. Ale ta naděje, že léčba zabere a nemoc zastaví, i když ji úplně nevyléčí, to vyvažovala.

Pak se mu udělaly hrozné defekty na kůži, v tříselech, bolelo ho to jako čert. Z onkologie ho poslali na kožní, kde mu dali nějaké léky a masti a řekli, že mám přijít taky, na vyšetření. Ukázalo se, že si nepředali informaci, že má biologickou léčbu, a léčili ho dva týdny na pohlavní chorobu a mě si zavolali, aby zjistili, jestli ji mám taky.

Čekali jsme, že když se konečně ví, co mu je a dostává špičkovou léčbu, bude mu líp. Ale od začátku léta už mu bylo pořád hůř. V srpnu začal kašlat krev. Byli jsme na to sami, protelefonovali jsme hodiny marných snah dostat nějakou radu, informace. Přijďte za týden na kontrolu podle plánu, pan doktor tady teď není. Ne, nepřepojíme vás nikam, přijďte na kontrolu podle plánu. Tomáš kašlal už pořád, plival krev, vyhubnul na kost, byl extrémně unavený. Ještě ale neměl ani neschopenku, musel dál fungovat, dojíždět na kontroly, žít jako každý jiný.”

Komentář odborníka: „Optimálně by v tuto chvíli měla proběhnout rozvaha za účasti pacienta s plánem na další léčbu zaměřenou na tlumení bolesti, ošetření kožních defektů způsobených agresivní léčbou, krvácení z dýchacích cest a dalších symptomů. Pacient mohl dostat možnost rozhodnout, zda a jak bude situaci komunikovat své rodině, mohl zvážit svatbu, která by zajistila Markétě vdovský důchod a Aničce sirotčí, zjednodušila by dědické řízení – nemluvě o symbolické rovině vztahu. Mohl mít možnost připravit přechod firmy do rukou společníků, zajištění rodiny ekonomicky, řešit hypotéku. A to mluvíme jen o technických aspektech. Nad nimi je ještě celá velká a nesmírně důležitá kapitola uzavření životního příběhu, rozloučení

se s Markétou, malou Annou, rodiči. Markéta a Anna mohly v tuto chvíli dostat podporu psychologa, technické aspekty řešit se sociálním pracovníkem a právníky. Dalo se toho udělat mnoho, co by dávalo větší smysl než pokračování agresivní léčby.”



Markéta: „Na konci září Tomáše hospitalizovali na plicním v nemocnici „D”. Po pěti dnech ho zase pustili a dali mu neschopenku. Na onkologii v „A” mu řekli, že v biologické léčbě už se pokračovat nebude, ale že se ho pokusí zařadit do imunoterapeutické léčby<sup>28</sup>. To se v říjnu podařilo – tu léčbu ale pojišťovna platí jen lidem v dobrém stavu, takže museli Tomášův stav příkrášlit a dostali jsme seznam všech věcí, které nesmíme udělat, aby o léčbu nepřišel – nikde se nesměl zmínit, že se mu špatně dýchá, nikde nesměl dostat kyslík, nesměli mu na cestu z domova napsat sanitku. Byli jsme za to ale vděční, hledali jsme si, kolik by léčba stála, kdybychom ji měli zaplatit<sup>29</sup>, a Tomáš se rozhodl, že si sám koupí koncentrátor kyslíku. V noci už jen seděl, kašlal, dusil se, byl kost a kůže. Na kontroly měl chodit jednou za čtrnáct dní, dojížděl svým autem, řídil.

Začátkem listopadu už se dusil v podstatě permanentně. Začali jsme zoufale zjišťovat, co za zdravotní službu by se dalo objednat, koupit, zaplatit, kam by se člověk normálně dovolal nebo by dokonce přijeli. Ne, hospic jsme v úvahu žádný nebrali, nenapadlo nás to ani ve snu, vždyť byl na moderní onkologické léčbě. V polovině listopadu už jsem vzdala i pokusy Tomáše umýt v koupelně, nezvládl to. Začali jsme před víkendem obtelefonovávat soukromé sanitky, kdo by ho – klidně za peníze – dovezl na další kontrolu ve středu, protože bylo jasné, že taxíkem už to nezvládne. Nikde nechtěli ani slyšet o tom, že by ho vezli bez kyslíku, když se dusí, ale my zase potřebovali, aby nepřišel o léčbu. Věděli jsme, že to musíme nějak všechno přetrpět do středy 21. listopadu, kdy měl jít na další kontrolu, a doufali, že tam se nějak domluvíme. Telefonáty na onkologii byly bezvýsledné, přes sestry jsme se nedostali k žádnému lékaři, s tím, že si to všechno řeší pan primář, se kterým se domluvíme ve středu. Ale přetrpět to nešlo, Tomáš se dusil, nemohl mluvit, vstát z postele, nic. Nechtěla jsem volat záchranku, bylo jasné, že když to udělám, přijde Tomáš o léčbu. Nakonec jsem ji zavolala, přijeli, odvezli ho, v očích jsem mu viděla strach a zároveň naději, že mu konečně někdo pomůže. Mně se taky ulevilo, záchranáři byli profesionální. Řekla jsem Aničce, že zítra za tátou dojdeme po škole na návštěvu, ale ve skutečnosti ho tehdy viděla naposledy.”

Tomáš M. zemřel sám, bez přítomnosti Markéty i Aničky, necelých sedm hodin poté. Markétě zprávu zavolala lékařka o půlnoci z nemocnice. Anička šla druhý den ráno do školy, aniž by věděla, že její tatínek

<sup>28</sup> Biologická a imunoterapeutická léčba je ve skutečnosti totéž, šlo nejspíš jen o jiný preparát.

<sup>29</sup> Internetový vyhledávač v souvislosti s heslem “imunoterapie” i “biologická léčba” nabízí jako vůbec nejčastěji vyhledávaný výraz “cena”. Tomášův případ zřejmě není izolovaná výjimka.

už nežije. Markéta šla vyzvednout do nemocnice jeho věci, dostala černý igelitový pytel s propoceným županem, v němž zemřel; jeho mobilní telefon a peněženka se ztratily. Dědické řízení dosud neskončilo.

**„Dnes je mi jasné, že nikdo nejspíš nic nezkazil z hlediska medicínského, že mi Tomáše nevzala lékařská chyba – ale jsem profesí projekták, plánuju, organizuju a čert mě může vzít, když mi dochází ten organizační chaos v systému, který nám zkazil poslední rok života s Tomášem, způsobil mu chybnými rozhodnutími bolest a trápení a Aniče vzal možnost si užít zbývající čas s umírajícím tátou. To jim nemůžu zapomenout.“**

## Příloha č. 2: Indikátory přístupu k paliativní péči v hlavním městě Praze – definice

Definice očekávatelných úmrtí je stanovena ÚZIS upřesněním parametrů dle úmrtní diagnózy a hospitalizační historie dle Murtagh (2014). Takto zkonstruovaná kohorta zemřelých pacientů umožňuje získat každoročně srovnatelná data, dokumentující trendy v přístupu k paliativní péči dle krajů ČR.

Úmrtím za hospitalizace se rozumí úmrtí ve zdravotnickém zařízení mimo hospic, tj bez kódu ošetrovacího dne 00030 v posledním dni života.

Pro tyto účely rozlišujeme úmrtí doma a úmrtí v zařízení sociálních služeb, vědomi si limitů možných chyb ve vykazování, jde nám o rámcový obrázek.

### Nejčastější trajektorie pacientů v závěru života

#### Klient domova pro seniory dochovaný v pobytové sociální službě

Popis:

Pacient / klient pobytového zařízení sociálních služeb, který očekávatelně umírá v prostředí, kde se pravděpodobně cítí být doma. Takto konstruovaný výpočet bohužel nezahrnuje zemřelé v sociálních službách, které nevykazují kódy odbornosti 913. Ty je možné identifikovat až srovnáním registrů ÚZIS a ČSÚ, což přesahuje časové možnosti Záměru. Operacionalizace je podnětem pro opatření 3.1. – Vytvoření datové základny – v roce 2020.

Operacionalizace:

Očekávatelné úmrtí + vykazání kódu odb. 913 v posledních 30 dnech života + úmrtí v zařízení sociálních služeb. Vyloučit pacienty, u nichž byl vykazán kód odbornosti 926 v posledním dni života.

#### Pacient dochovaný doma

Popis:

Každý pacient, u něhož se dalo očekávat úmrtí, a který zemřel v domácím prostředí, bez ohledu na okolnosti, za jakých k tomu došlo.

Operacionalizace:

Očekávatelné úmrtí + úmrtí doma.

### Pacient dochovaný doma s domácí péčí

#### Popis:

Pacient, u něhož se dalo očekávat úmrtí, a který zemřel v domácím prostředí v ošetrovatelské péči.

#### Operacionalizace:

Očekávatelné úmrtí + vykazání kódu odb. 925 v posledních 30 dnech života + úmrtí doma. Vyloučit pacienty, u nichž byl vykazán kód odbornosti 926 v posledním dni života.

### Pacient dochovaný doma s péčí praktického lékaře

#### Popis:

Pacient, u něhož se dalo očekávat úmrtí, a který zemřel v domácím prostředí s péčí praktického lékaře. Vyloučit pacienty, u nichž byl vykazán kód odbornosti 926 v posledním dni života.

#### Operacionalizace:

Očekávatelné úmrtí + vykazání návštěvy nebo vyšetření odborností 001 v posledních 30 dnech života + úmrtí doma. Vyloučit pacienty, u nichž byl vykazán kód odbornosti 926 v posledním dni života.

### Pacient dochovaný doma v režimu signálního kódu

#### Popis:

Pacient, u něhož se dalo očekávat úmrtí, a který zemřel v domácím prostředí s domácí péčí a praktickým lékařem v intenzivním režimu “ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stavu”.

#### Operacionalizace:

Očekávatelné úmrtí + vykazání kódu 06349 (kdykoliv za života) + úmrtí doma. Vyloučit pacienty, u nichž byl vykazán kód odbornosti 926 v posledním dni života.

### Pacient dochovaný doma s asistencí mobilní specializované paliativní péče

#### Popis:

Pacient, u něhož se dalo očekávat úmrtí, a který zemřel v domácím prostředí s péčí mobilního hospice.

#### Operacionalizace:

Očekávatelné úmrtí + vykázaní kódu odbornosti 926 v poslední den života + úmrtí doma.

#### Pacient zemřelý za hospitalizace na očekávatelnou příčinu

Popis:

Celkový počet pacientů, u nichž se dalo očekávat úmrtí, ale zemřeli za terminální hospitalizace probíhající v posledních dnech života vytrženi z domácího prostředí, bez ohledu na okolnosti, za kterých k tomu došlo.

Operacionalizace:

Očekávatelné úmrtí + úmrtí za hospitalizace trvající 5 a méně dní.

#### Klient pobytové služby zemřelý za hospitalizace na očekávatelnou příčinu

Popis:

Pacient / klient pobytového zařízení sociálních služeb, u něhož se dalo očekávat úmrtí, ale při zhoršení stavu byl převezen k terminální hospitalizaci. Zahrnuje i klienty domovů se zvláštním režimem. Nezahrnuje zemřelé v sociálních službách bez zdravotnické složky (například v azylovém domě).

Operacionalizace:

Očekávatelné úmrtí + vykázaní kódu odb. 913 v posledních 30 dnech života + úmrtí za hospitalizace.

#### Klient pobytové služby zemřelý za hospitalizace na očekávatelnou příčinu prostřednictvím ZZS

Popis:

Pacient / klient pobytového zařízení sociálních služeb, u něhož se dalo očekávat úmrtí, ale při zhoršení stavu byl převezen k terminální hospitalizaci výjezdem záchranné služby. Zahrnuje i klienty domovů se zvláštním režimem. Nezahrnuje zemřelé v sociálních službách bez zdravotnické složky (například v azylovém domě).

Operacionalizace:

Očekávatelné úmrtí + vykázaní kódu odb. 913 v posledních 30 dnech života + vykázaní kódu odbornosti 709 v posledních 30 dnech života + úmrtí za hospitalizace.

#### Pacient v domácí péči zemřelý za hospitalizace na očekávatelnou příčinu

Popis:

Pacient, u něhož se dá očekávat úmrtí, chodí k němu poskytovatel domácí péče, ale ve chvíli zhoršení stavu je převezen do nemocnice, kde umírá (nežádoucí trajektorie).

Operacionalizace:

Očekávatelné úmrtí + vykázání kódu odb. 925 v posledních 30 dnech života + úmrtí za hospitalizace.

#### Pacient převezený k terminální hospitalizaci záchrannou službou

Popis:

Pacient, u něhož se dá očekávat úmrtí, ale ve chvíli zhoršení stavu je výjezdovou skupinou záchranné služby převezen do nemocnice, kde umírá.

Operacionalizace:

Očekávatelné úmrtí + vykázání kódu odb. 709 v posledních 3 dnech života + úmrtí za hospitalizace.

#### Pacient v domácí péči, v režimu signálního kódu, zemřelý za hospitalizace

Popis:

Pacient, u něhož se očekává úmrtí, chodí k němu poskytovatel domácí péče v intenzivním režimu signálního kódu, ale ve chvíli zhoršení stavu je převezen do nemocnice, kde umírá (nežádoucí trajektorie).

Operacionalizace:

Očekávatelné úmrtí + vykázání kódu 06349 (kdykoliv za života) + úmrtí za hospitalizace.


Příloha č. 3: Indikátory přístupu k paliativní péči v hlavním městě Praze  
– analýza dat NZIS

*Vklad – Materiál ÚZIS (16 stran)*



## Příloha č. 4: Slovníček základních pojmů

Definice dle Metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče. Věstník MZ 13/2017

**Paliativní péče** – je podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, definována jako péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí.

**Paliativní péče obecná** – souhrn léčebných postupů o pacienty s pokročilým onemocněním, které jsou poskytovány v rámci rutinní činnosti u poskytovatelů zdravotních služeb, kteří jsou držiteli oprávnění pro poskytování zdravotních služeb i v jiných oborech, než je paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti.

**Paliativní péče specializovaná** – je poskytována lékařem se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína pacientům s komplexními problémy. Specializovaná paliativní péče vyžaduje týmový přístup spojující různé profese s multidisciplinárním způsobem práce. Odborným garantem specializované paliativní péče je lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína. Specializovaná paliativní péče je určena pacientům, kteří komplexností svých potřeb (somatických, psychických, sociálních, spirituálních) přesahují možnosti, případně kompetence poskytovatelů obecné paliativní péče, kteří jsou držiteli oprávnění pro poskytování zdravotních služeb v jiných oborech, než je paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti.

**Terminální stav** – konečné období nemoci, které obvykle trvá dny, týdny až měsíce. Jedná se zpravidla o pacienta, u něhož lze s ohledem na předpokládaný přirozený průběh základního nevléčitelného onemocnění očekávat úmrtí do 6 měsíců.

**Umírající pacient** – pacient, u kterého dochází v důsledku progresu základního nevléčitelného onemocnění k selhávání základních životních funkcí, které směřuje k úmrtí nemocného.

**Mobilní specializovaná paliativní péče** poskytovaná pod odborností 926 – je multidisciplinární a specializovaná péče o pacienty s nevléčitelnou nemocí v terminálním stavu poskytovaná v jejich vlastním sociálním prostředí. Zdravotní péče MSPP je vždy nepřetržitě dostupná 24 hodin, 7 dnů v týdnu.

## Část IV. Autoři, expertní zázemí

### Členové expertní skupiny

**Mgr. et Mgr. Hana Benešová**, nominována min. zdravotnictví.

**MUDr. Marek Brožek**, ředitel organizace Most k domovu, home care a mobilní hospic.

**Mgr. Martina Břeňová**, ředitelka pro programy a rozvoj, Nadační fond Avast, garant programu Spolu až dokonce.

**Prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.**, ředitel Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, profesor Lékařské a Přírodovědecké fakulty MU.

**prim. MUDr. Mahulena Exnerová Mojžišová**, předsedkyně Sekce dětské paliativní péče, Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP.

**PharmDr. Monika Horníková, MHA**, ředitelka TŘI, o. p. s., zřizovatele Hospice Dobrého Pastýře v Čerčanech.

**MUDr. Zdeněk Kalvach CSc.**, průkopník moderní geriatry a gerontologie, který stojí za výjimečným projektem SIPS, systémem integrované péče o seniory.

**MUDr. Ondřej Kopecný**, lékař paliatr a anesteziolog-intenzivista, vedoucí lékař Centra podpůrné a paliativní péče VFN Praha, člen Výboru České společnosti paliativní medicíny.

**Bc. Jiří Královec, DiS., DiS.**, spoluzakladatel Nadace Klíček (dnes Nadační fond Klíček), neziskové organizace nabízející praktickou pomoc rodinám s vážně nemocnými a hospitalizovanými dětmi.

**Mgr. Zdeněk Křivánek DiS., Zdravotnická záchranná služba hl. města Prahy**, náměstek ředitele sekce NLZP.

**MUDr. Pavlína Marková**, řeholním jménem sestra Přemysla, primářka Oddělení paliativní péče Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze.

**MUDr. Cyril Mucha**, praktický lékař, člen výboru Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP.

**Mgr. Karolína Pechová**, Sue Ryder, koordinátorka projektu Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory. Zaměřuje se na organizační aspekty implementace paliativní péče a na podporu spolupráce pobytových soc. sl. pro seniory a mobilní specializované paliativní péče.

**Mgr. Ruth Šormová**, od září 2018 ředitelka pražského domácího mobilního hospice Cesta domů. Od roku 1984 se věnuje práci v sociálních službách a neziskovém sektoru.

**MUDr. Hana Šrámková**, ředitelka hospice Štrasburk v Praze Bohnicích.

**MUDr. Irena Zavadová**, místopředsedkyně České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP, primářka domácího hospice Cesta domů, vedoucí subkatedry paliativní medicíny IPVZ.

## Redakční tým

**PhDr. Martin Loučka, Ph.D.**

**Mgr. Jiří Krejčí**

**Mgr. Marek Uhlíř**

**Ing. Karolina Fialová**

**Mgr. Lenka Svobodová.**



# Indikátory přístupu k paliativní péči v Hlavním městě Praze

## Analýza dat NZIS



# Indikátory

# Typologie úmrtí

Zdroj: ÚZIS, LPZ, NRHOSP

Zemřelí obyvatelé HMP v roce 2018 N =12 417



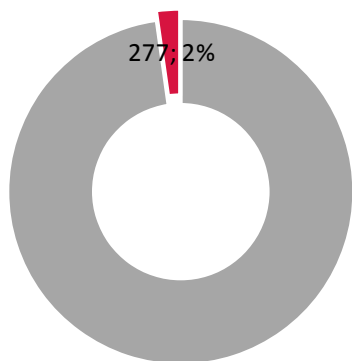
K více než polovině úmrtí dochází z chronicky nemocných pacientů bez akutní příčina (**59.3 %**)  
Úmrtí z akutní příčiny představuje **15.3 %**.

Příčina úmrtí	Místo úmrtí	Zemřel mimo ZZ	Zemřel na akutním lůžku do týdne od přijetí	Zemřel na akutním lůžku po déle než týdnů	Zemřel na lůžku následné péče	Jiné, neznámo
Úraz, otrava	Doma/na ulici/při převozu	<b>2.3%</b>	-	-	-	-
	V ZZ po akutním příjmu	-	<b>0.8%</b>	<b>0.3%</b>	<b>0.1%</b>	<b>0.0%</b>
	V ZZ po plánovaném příjmu	-	<b>0.1%</b>	<b>0.0%</b>	<b>0.3%</b>	<b>0.1%</b>
Kardiovaskulární příčina	Doma/na ulici/při převozu	<b>9.1%</b>	-	-	-	-
	V ZZ po akutním příjmu (Bez hospitalizace v posledním roce)	-	<b>2.0%</b>	<b>1.2%</b>	<b>0.4%</b>	0.1%
	V ZZ po akutním příjmu (hospitalizován v posledním roce se stejnou skupinou DG)	-	<b>4.1%</b>	<b>1.9%</b>	<b>0.5%</b>	0.1%
	V ZZ po plánovaném příjmu	<b>5.3%</b>	<b>1.6%</b>	<b>1.2%</b>	<b>5.4%</b>	2.7%
Chronická příčina (novotvary/plicní, renální jaterní selhání/neurodegenerativní/diabetes/AIDS/demence etc.)		<b>9.5%</b>	<b>10.8%</b>	<b>8.5%</b>	<b>6.8%</b>	<b>2.1%</b>
Ostatní	Doma/na ulici/při převozu	4.0%	-	-	-	-
	V ZZ po akutním příjmu	-	3.5%	2.0%	0.2%	0.2%
	V ZZ po plánovaném příjmu	-	1.0%	1.0%	2.0%	0.7%
Jiné, neznámo		1.0%	2.4%	1.5%	2.2%	0.8%

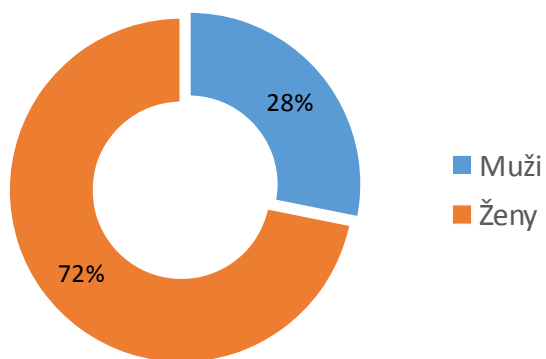
# Žádoucí trajektorie

# Terminálně nemocný pacient domova pro seniory dochovaný v domově pro seniory

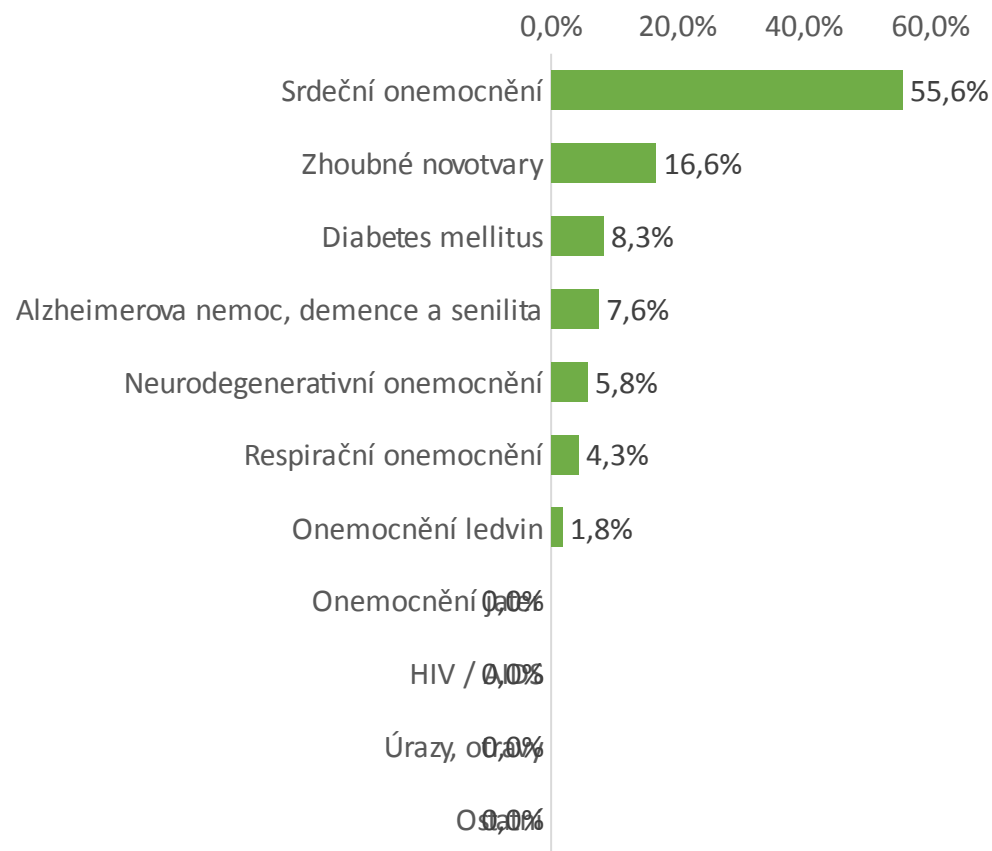
Podíl na populaci zemřelých obyvatel HMP



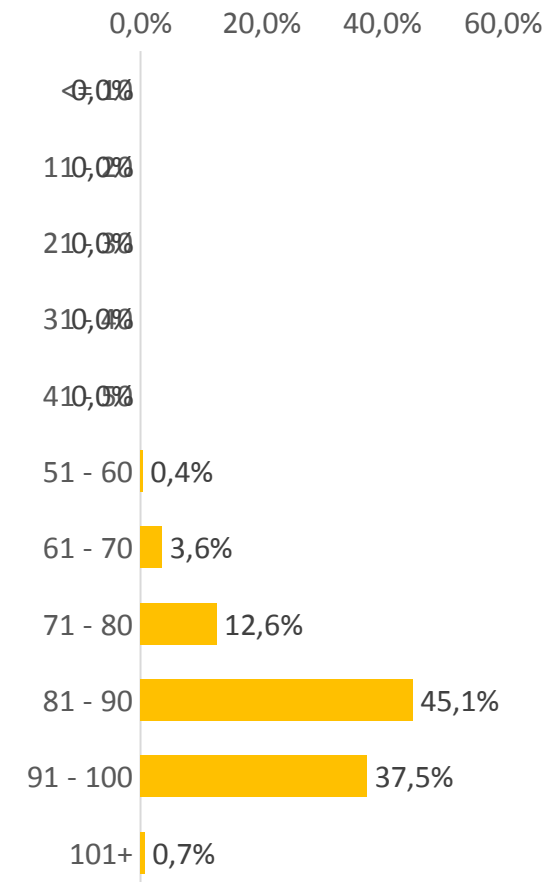
Podíl pohlaví



Hlavní příčina úmrtí



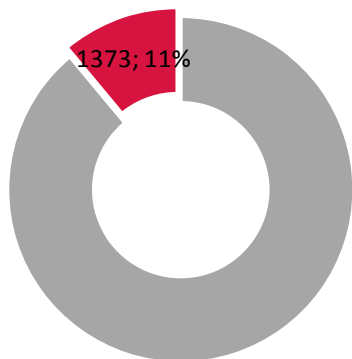
Věk úmrtí



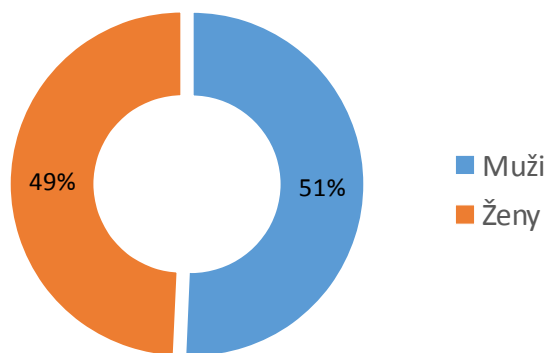


# Terminálně nemocný pacient dochovaný doma

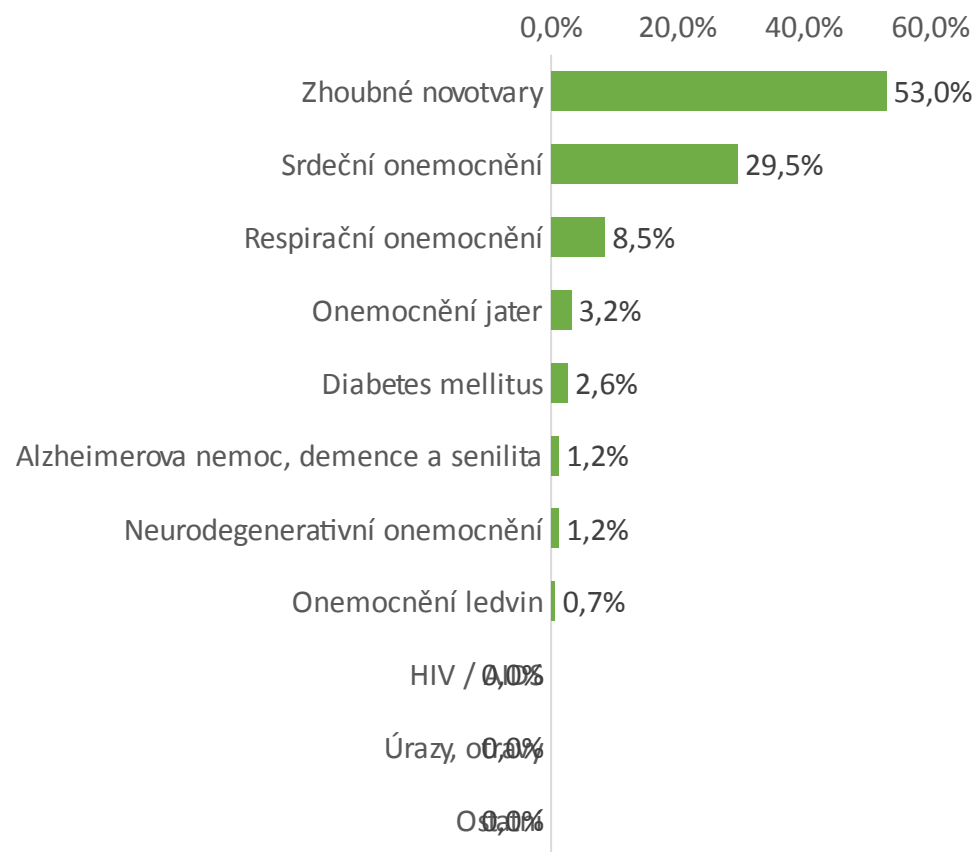
Podíl na populaci zemřelých obyvatel HMP



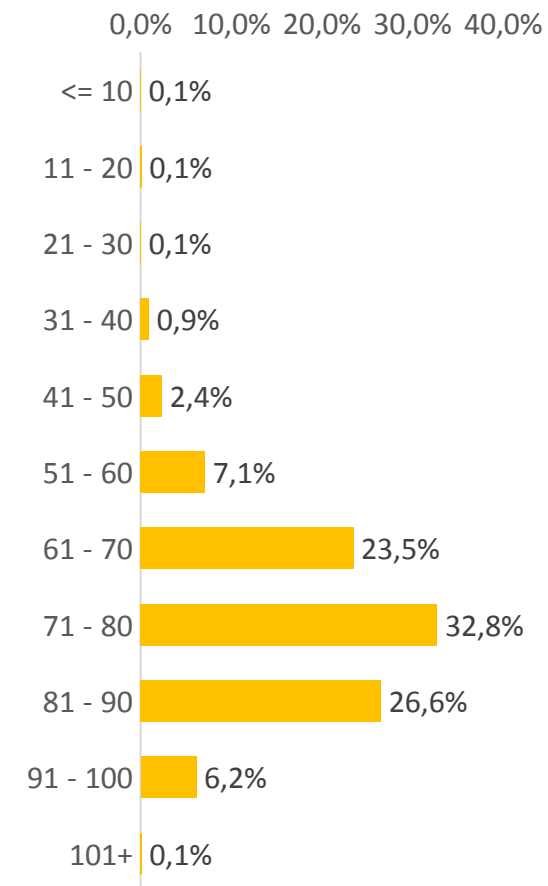
Podíl pohlaví



Hlavní příčina úmrtí

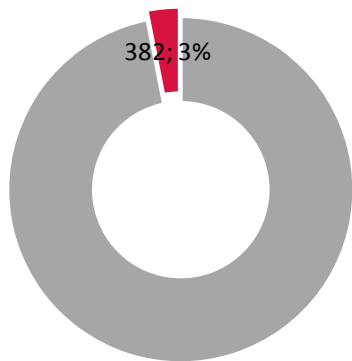


Věk úmrtí

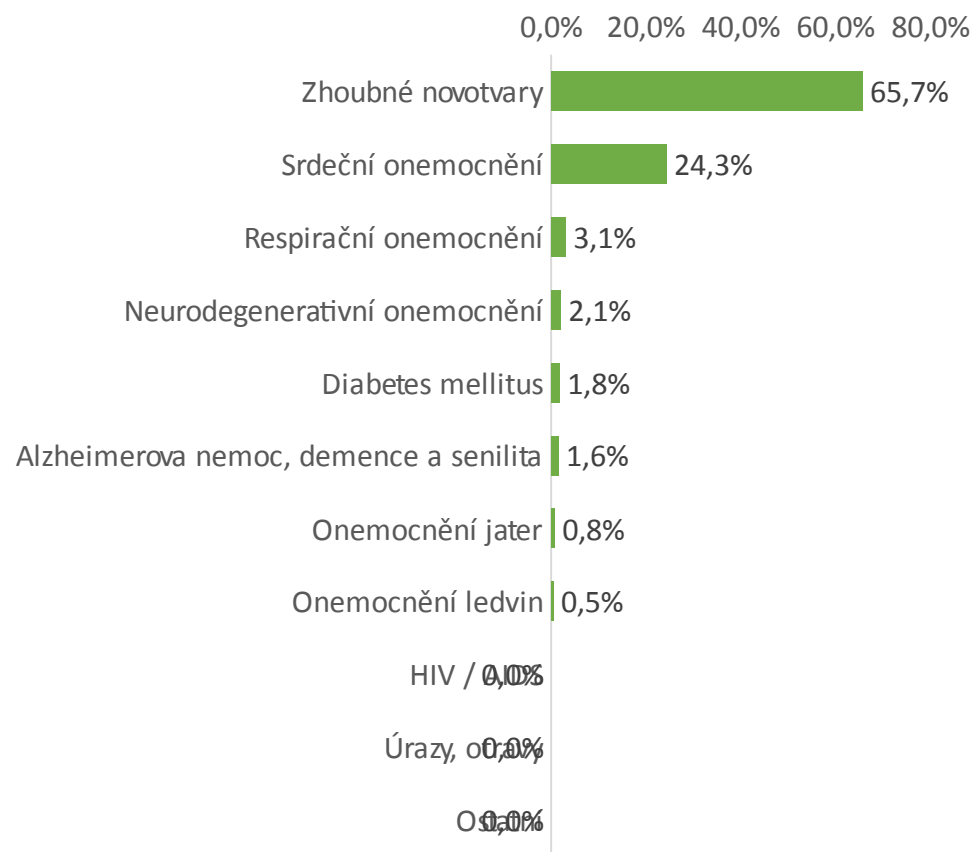


# Terminálně nemocný pacient dochovaný doma s domácí péčí

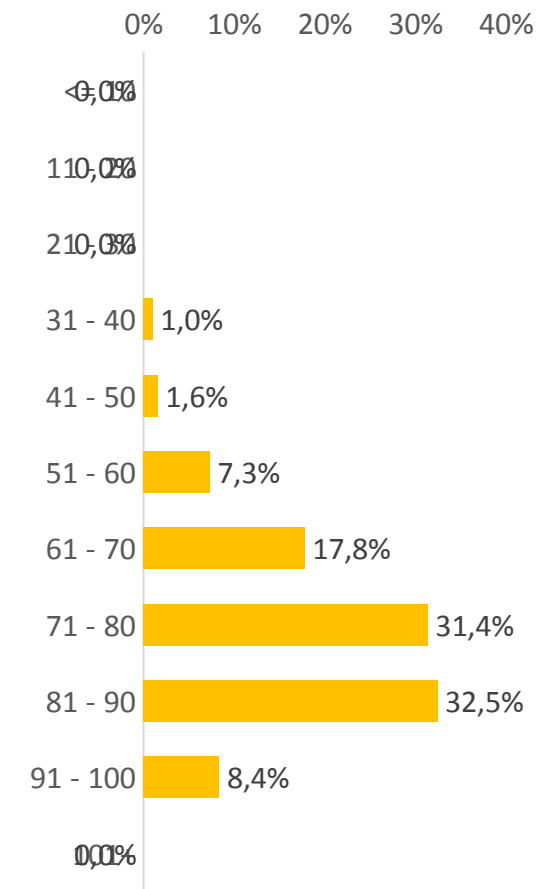
Podíl na populaci zemřelých obyvatel HMP



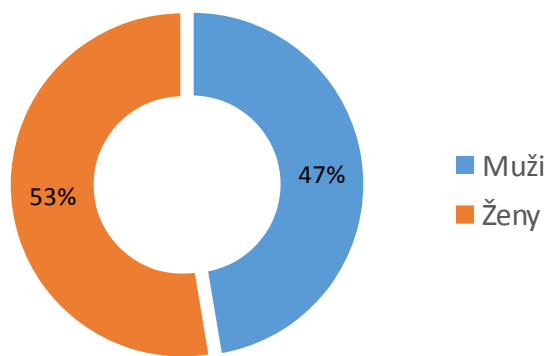
Hlavní příčina úmrtí



Věk úmrtí

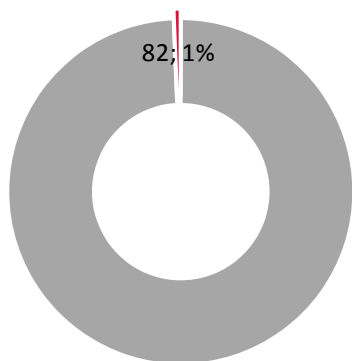


Podíl pohlaví

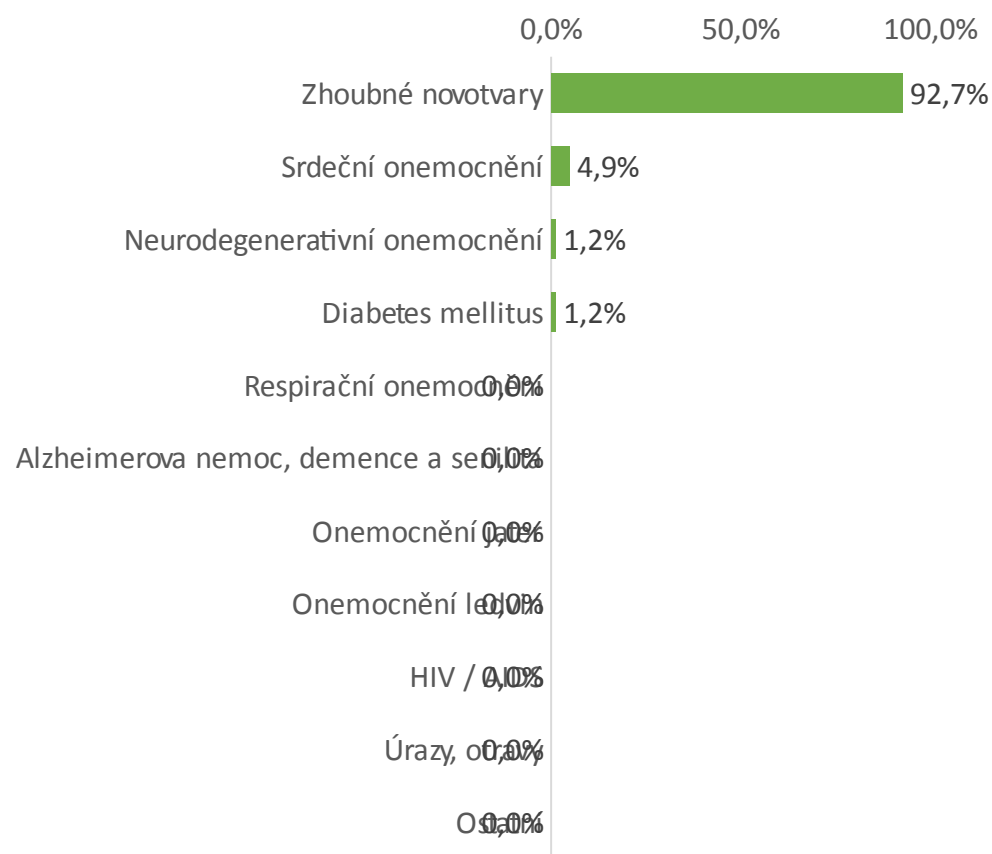


# Terminálně nemocný pacient dochovaný doma v režimu signálního kódu

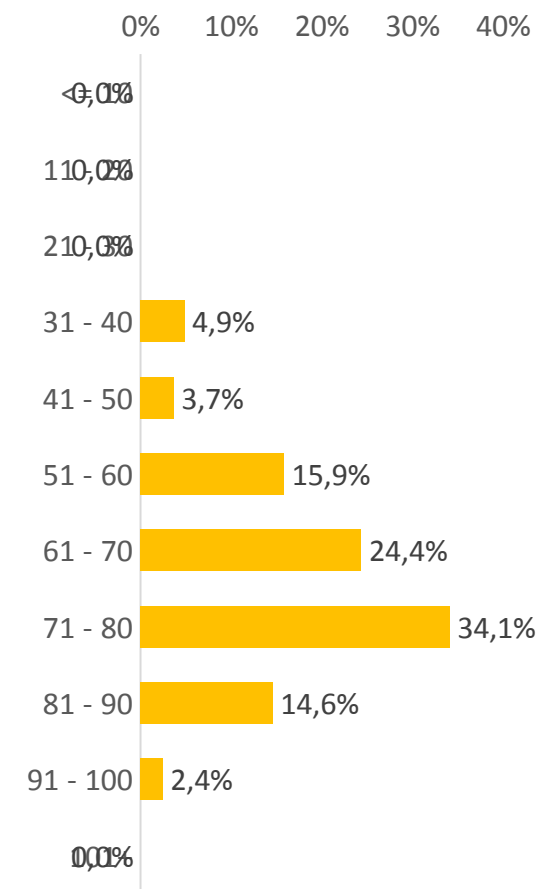
Podíl na populaci zemřelých obyvatel HMP



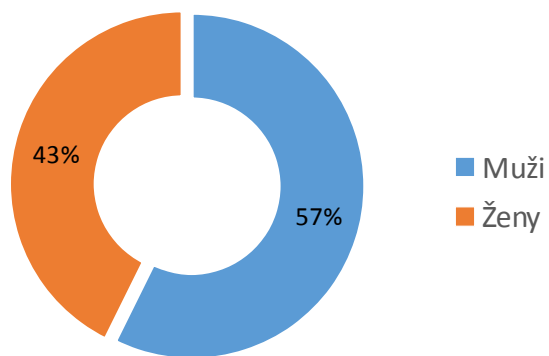
Hlavní příčina úmrtí



Věk úmrtí

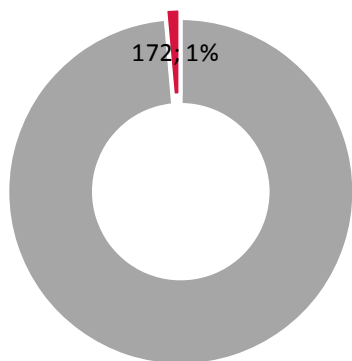


Podíl pohlaví

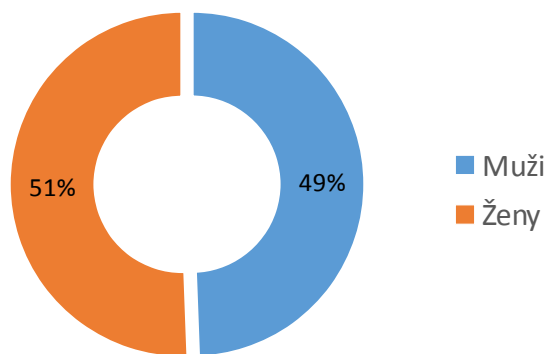


# Terminálně nemocný pacient dochovaný doma s asistencí MSPP

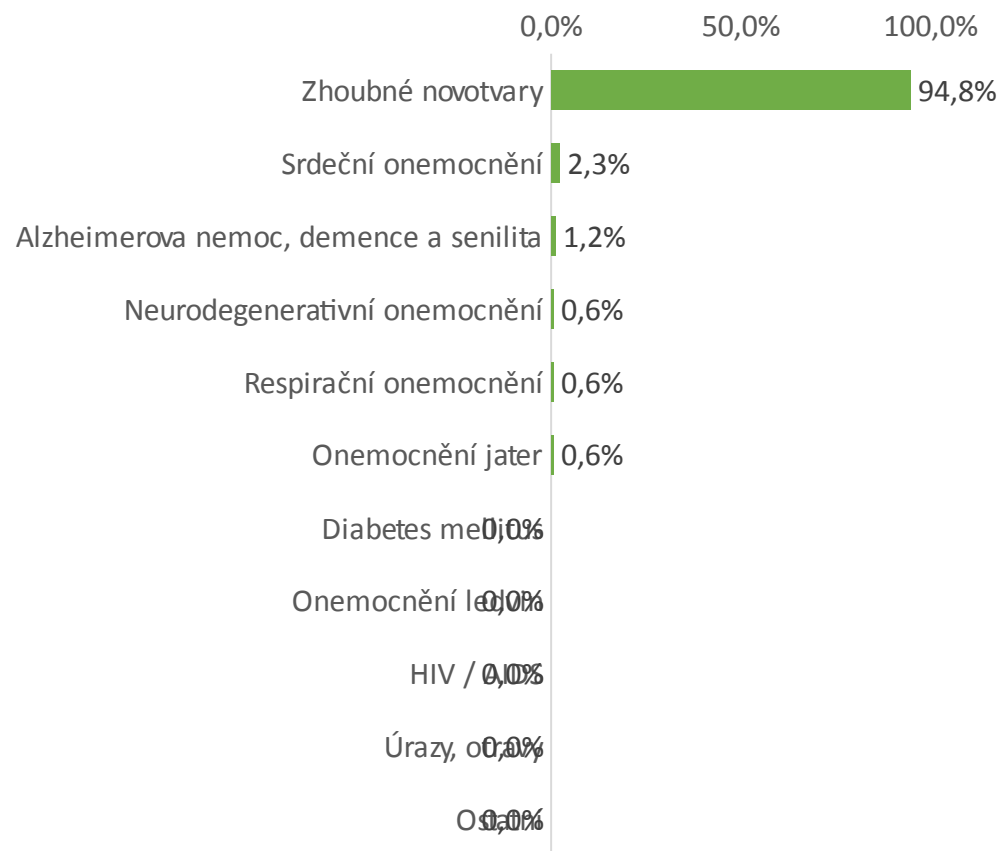
Podíl na populaci zemřelých obyvatel HMP



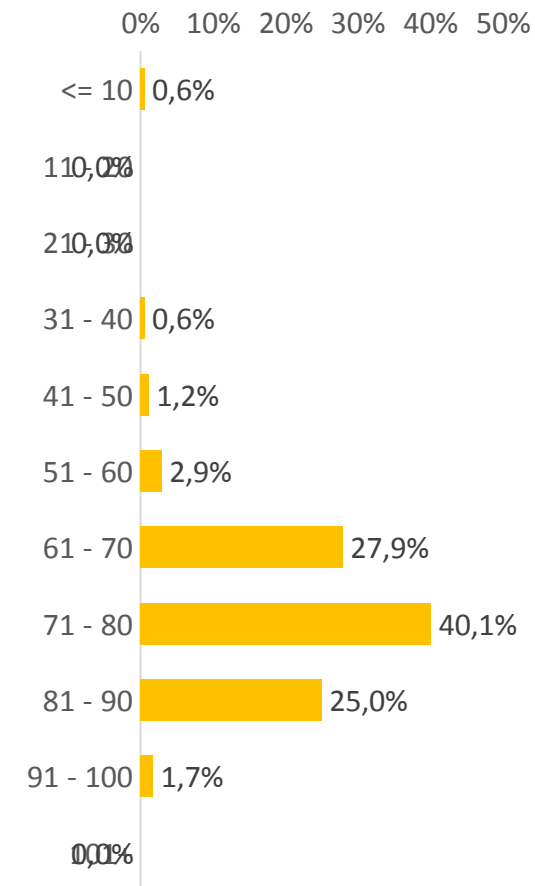
Podíl pohlaví



Hlavní příčina úmrtí



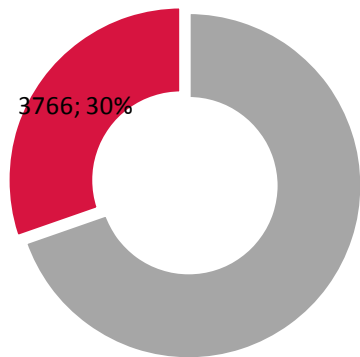
Věk úmrtí



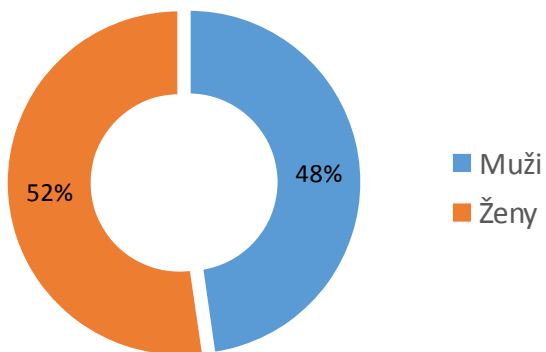
# Nežádoucí trajektorie

# Terminálně nemocný pacient, zemřelý za hospitalizace

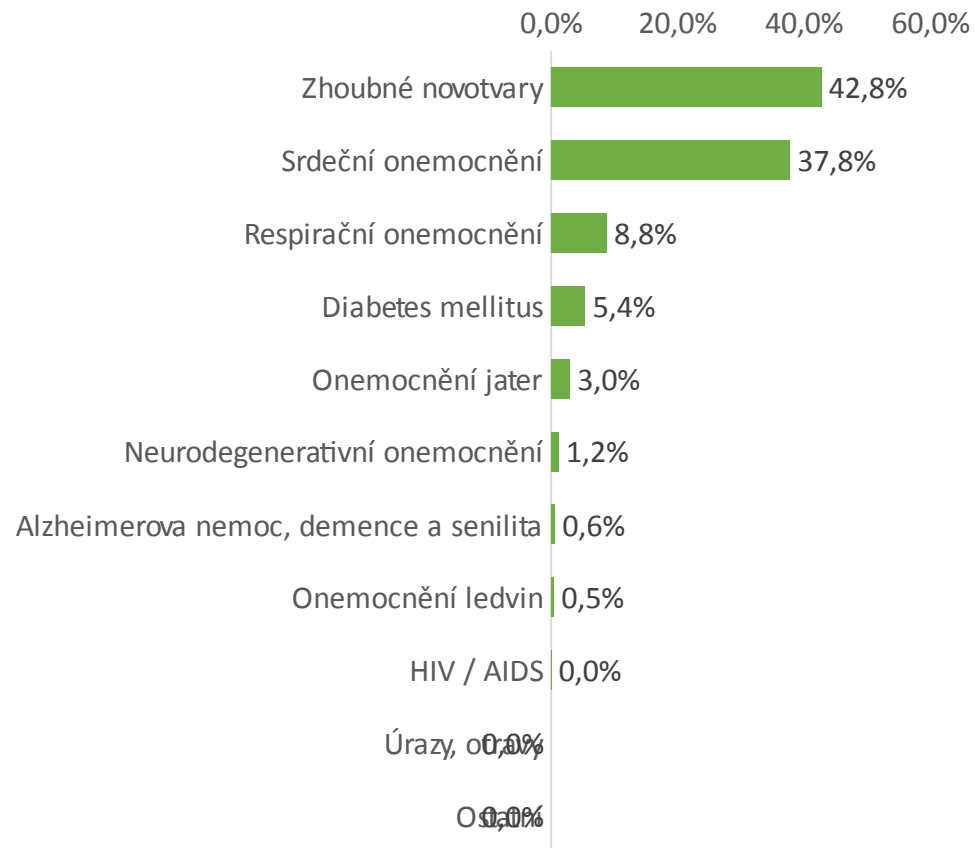
Podíl na populaci zemřelých obyvatel HMP



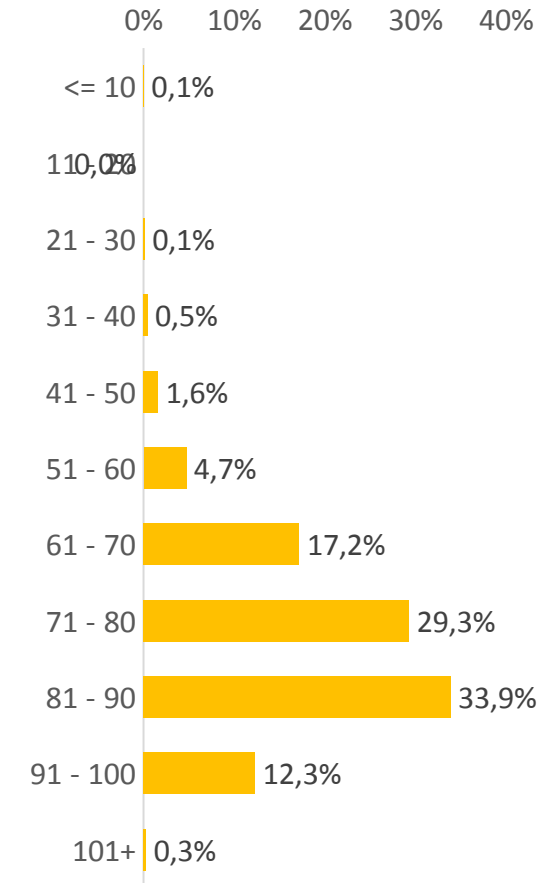
Podíl pohlaví



Hlavní příčina úmrtí

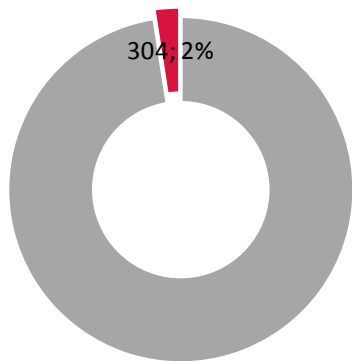


Věk úmrtí

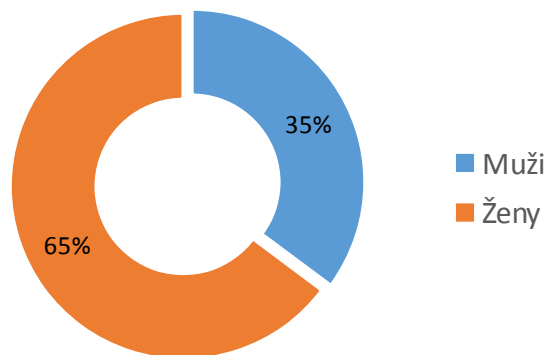


# Terminálně nemocný klient domova pro seniory zemřelý za hospitalizace

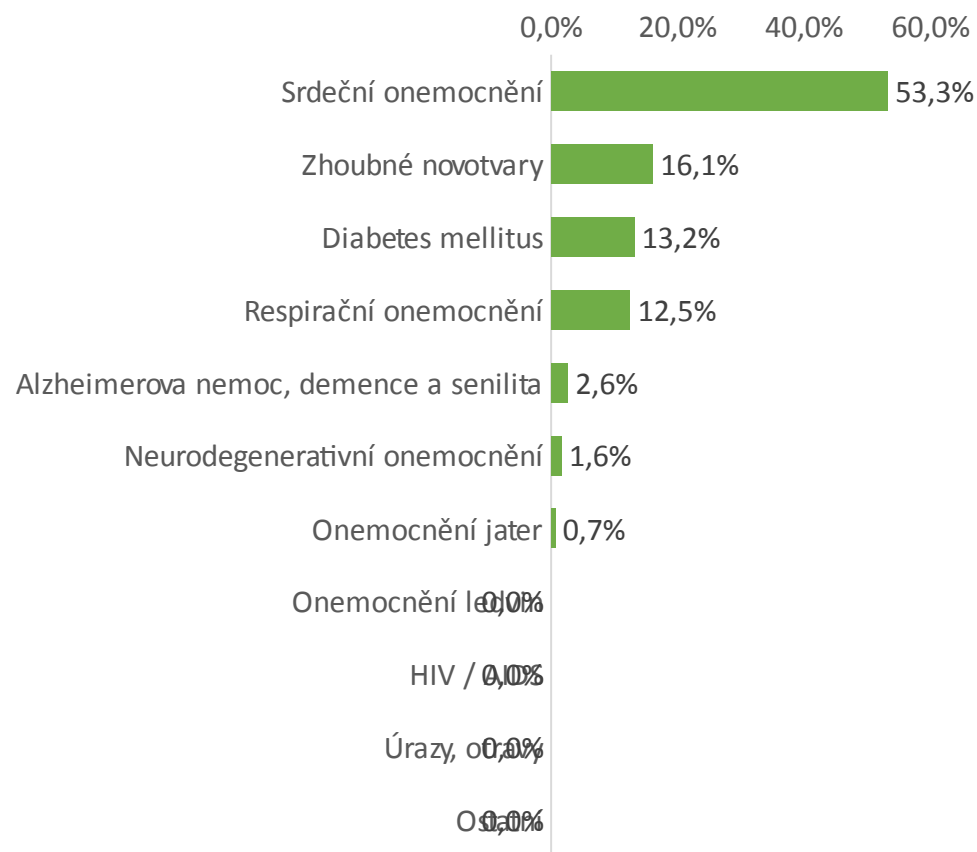
## Podíl na populaci zemřelých obyvatel HMP



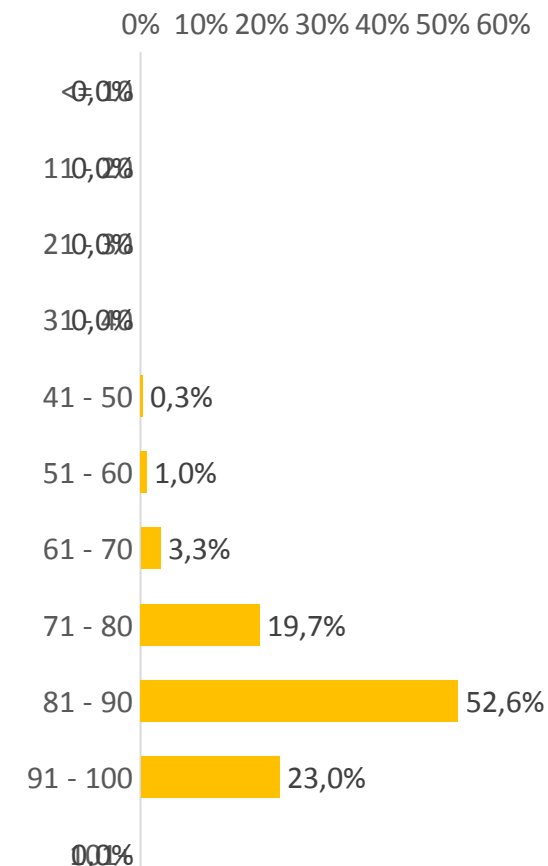
## Podíl pohlaví



## Hlavní příčina úmrtí

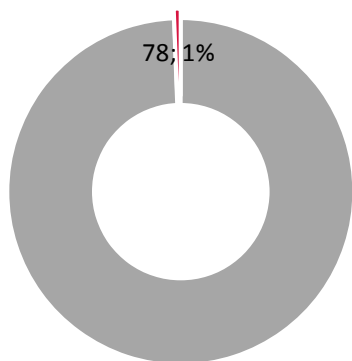


## Věk úmrtí

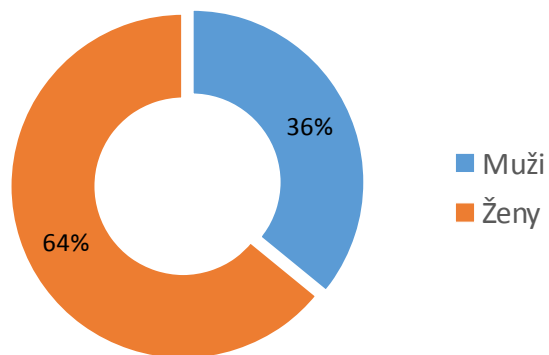


# Terminálně nemocný klient domova pro seniory zemřelý za hospitalizace prostřednictvím ZZS

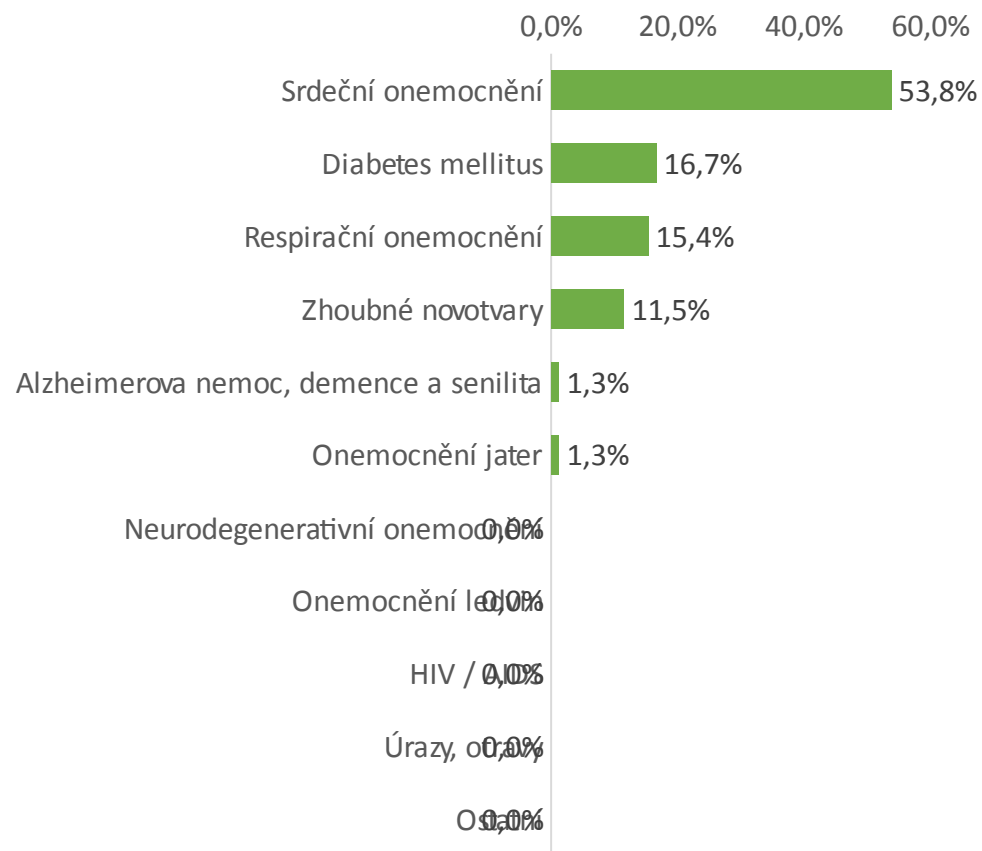
Podíl na populaci zemřelých obyvatel HMP



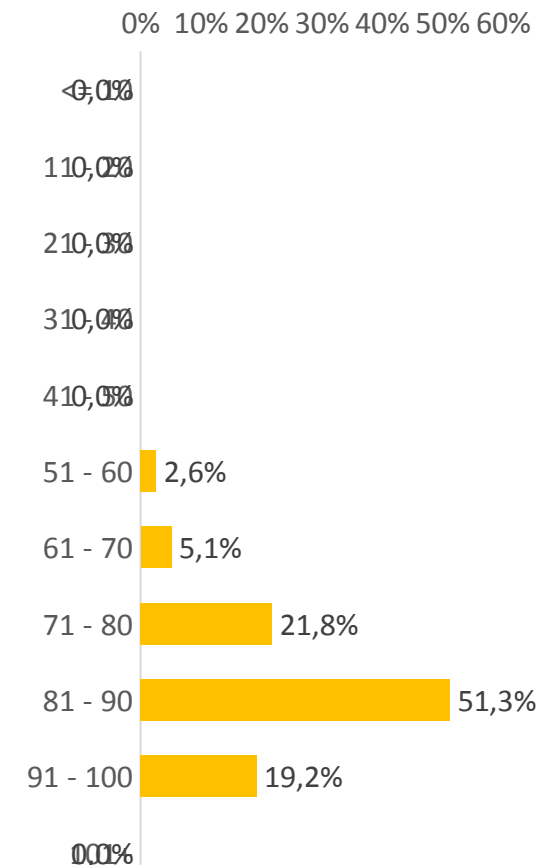
Podíl pohlaví



Hlavní příčina úmrtí



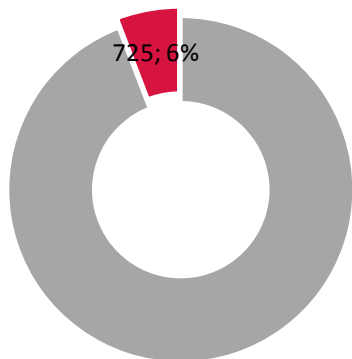
Věk úmrtí



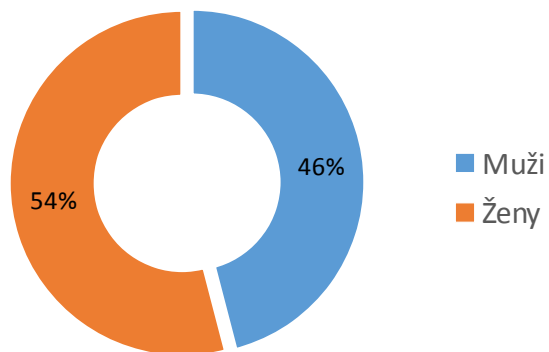


# Terminálně nemocný pacient v domácí péči zemřelý za hospitalizace

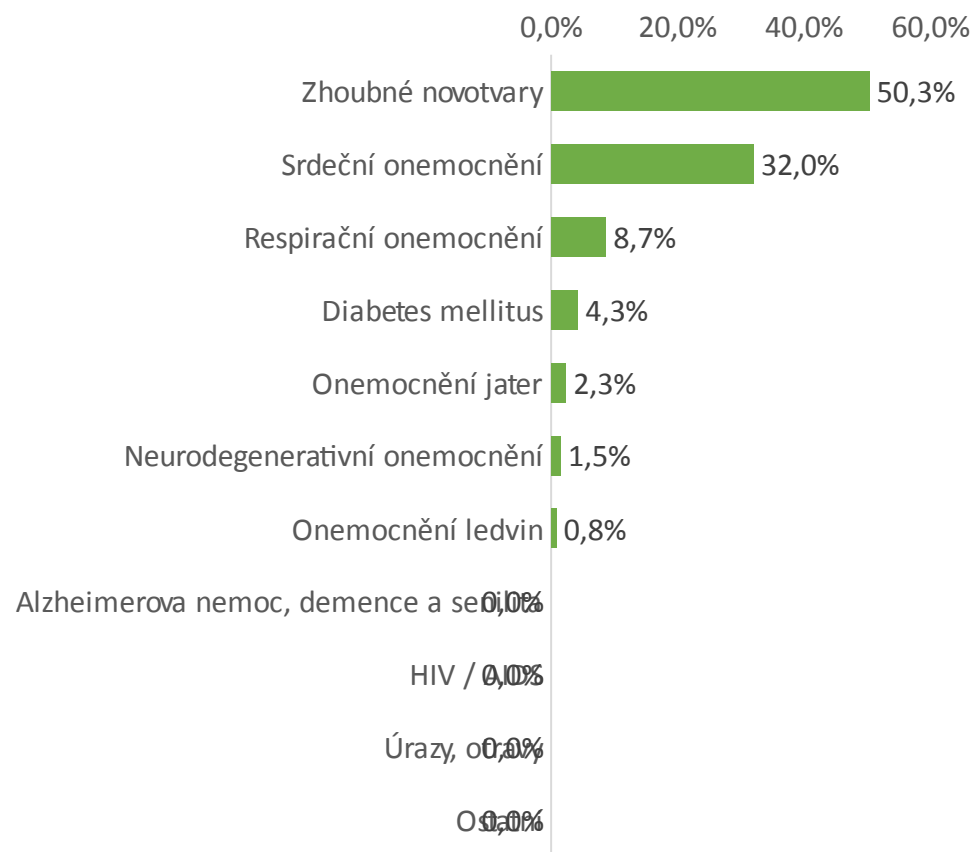
## Podíl na populaci zemřelých obyvatel HMP



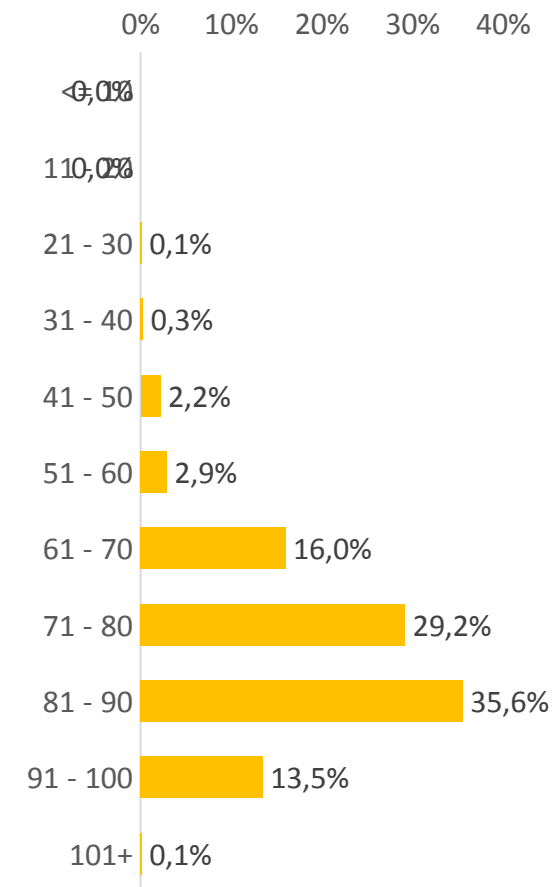
## Podíl pohlaví



## Hlavní příčina úmrtí

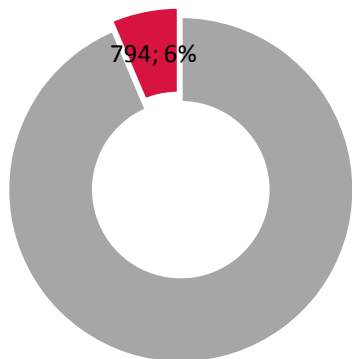


## Věk úmrtí

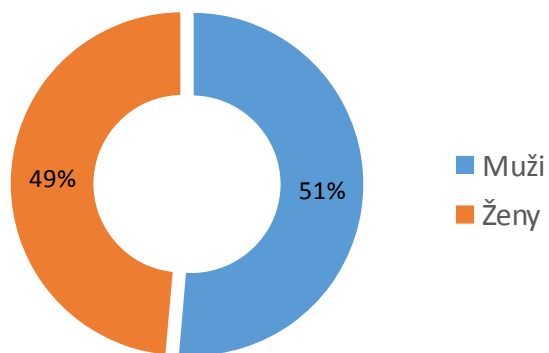


# Terminálně nemocný pacient převezený k terminální hospitalizaci ZZS

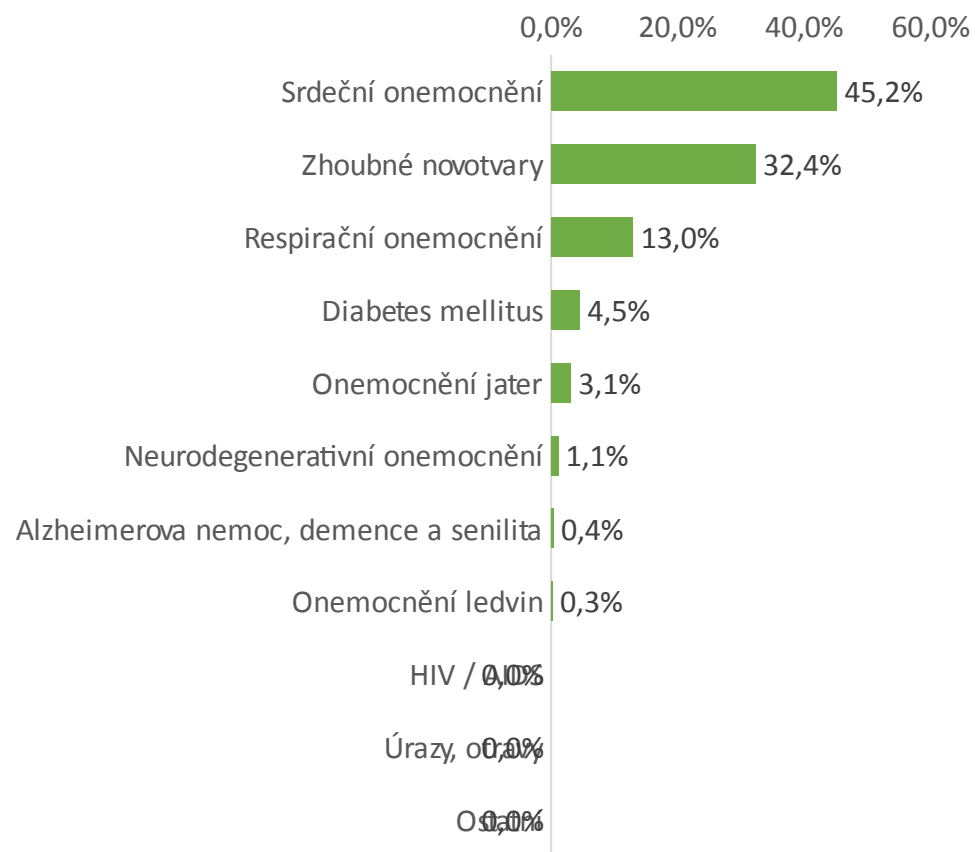
## Podíl na populaci zemřelých obyvatel HMP



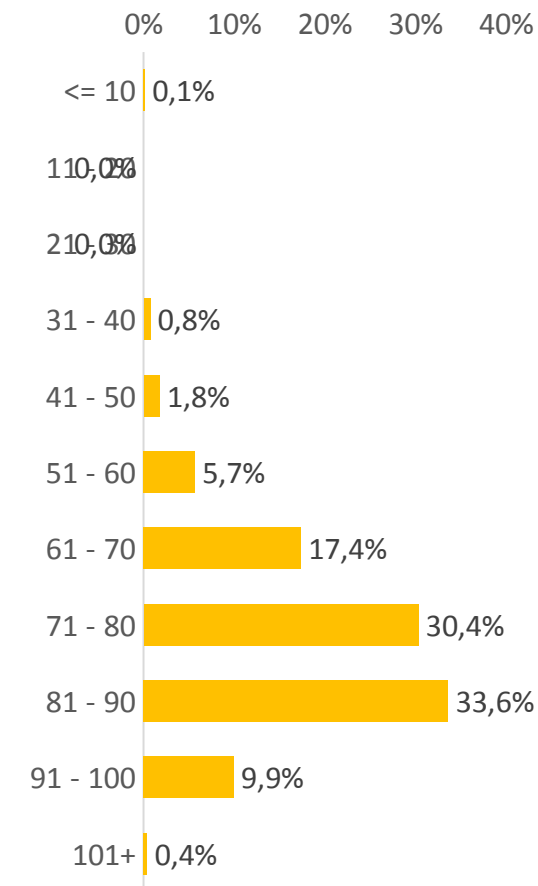
## Podíl pohlaví



## Hlavní příčina úmrtí

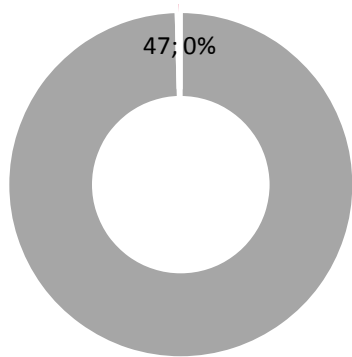


## Věk úmrtí

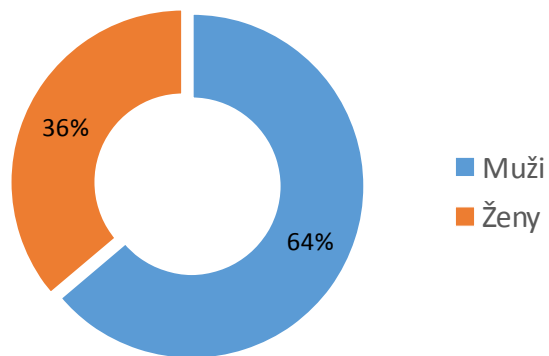


# Terminálně nemocný pacient v domácí péči v režimu signálního kódu, zemřelý za hospitalizace

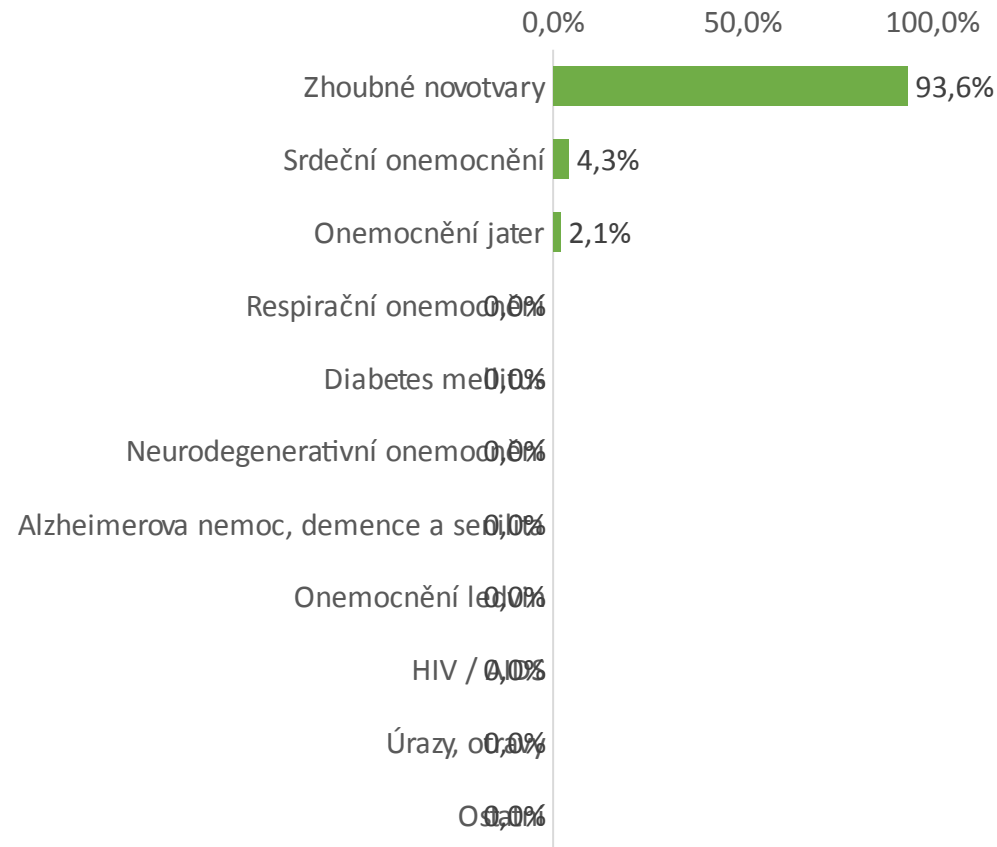
Podíl na populaci zemřelých obyvatel HMP



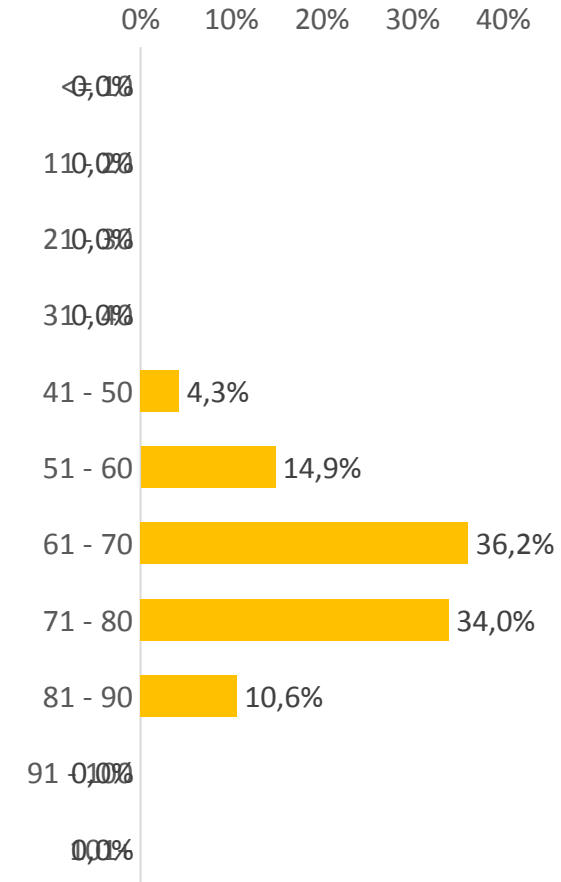
Podíl pohlaví



Hlavní příčina úmrtí



Věk úmrtí



## Důvodová zpráva k tisku R-35453

Radě HMP je předkládána k projednání a k vyslovení souhlasu Záměr rozvoje paliativní péče na území hl. m. Prahy pro roky 2020-2025 (dále jen „Záměr“), který následně projedná Zastupitelstvo HMP.

Záměr je výsledkem práce redakčního týmu ve složení PhDr. Martin Loučka, Ph.D., Mgr. Jiří Krejčí, Mgr. Marek Uhlíř, Ing. Karolina Fialová, Mgr. Lenka Svobodová, členové expertní skupiny i pracovníci odboru zdravotnictví MHMP měli možnost materiál připomínkovat, a tak se na jeho tvorbě podílet.

Záměr projednaly na svých únorových jednáních Výbor pro zdravotnictví, sport a volný čas ZHMP a Výbor pro sociální politiku ZHMP bez připomínek a doporučily materiál předložit k projednání Radě HMP a následně Zastupitelstvu HMP.

Financování opatření definovaných v Záměru bude hrazeno částečně přímou formou (mzda koordinátora, dohody pro externí experty, informační portál), částečně zejména prostřednictvím inovovaných dotačních (grantových) programů. V roce 2020 se jedná o již vyhlášený Program v oblasti zdravotnictví pro rok 2020 na základě usnesení Rady HMP č. 1729 ze dne 26. 8. 2019 (dále jen „Program“), a to samostatné opatření pro paliativní péči – IV. Podpora paliativní péče. Opatření IV./1 je určeno pro lůžkové hospice a opatření IV./2 je určeno pro mobilní hospice. Dále je podporována zdravotní péče včetně paliativní u registrovaných poskytovatelů pobytových sociálních služeb prostřednictvím opatření I./5. Předpokládaná čerpaná částka je součástí celkové alokované částky ve výši 51 mil. Kč v rozpočtu odboru ZDR MHMP na rok 2020 v kapitole 0581 § 3539. Mzda zaměstnanců HMP, tedy koordinátora a DPP pracovníků pracovních skupin, není zahrnuta ve finančních prostředcích alokovaných pro Program, bude hrazeno ze mzdových prostředků HMP.

Finanční dopady pro rok 2020:

POLOŽKA	ČÁSTKA
Opatření IV./1 a IV./2	cca 16 mil. Kč (odhad <sup>1</sup> )
Mzda krajského koordinátora	682 985 Kč
DPP 10x pracovní skupina	900 000 Kč

Většina opatření bude realizována ve dvou krocích: v roce 2020 proběhne v rámci jednotlivých pracovních skupin konkretizace aktivit pro další roky, včetně určení finanční náročnosti, schválení samostatného tisku k opatření se zapracováním do rozpočtu na následující rok. V druhém kroku, po schválení příslušného tisku a vyčlenění prostředků v rozpočtu pro další rozpočtové období, bude následovat samotná realizace.

<sup>1</sup> Odhad na základě minulých let. Prostředky nejsou vyčleněny cíleně pro paliativní péči, ale jsou součástí celého grantového Programu v oblasti zdravotnictví pro rok 2020, v rozpočet odboru ZDR – kap. 0581 § 3539.

Cílem předkládaného Záměru je naplnění programového prohlášení, a to zvýšení dostupnosti domácí a hospicové péče. Východiskem pro zpracování byla Analýza paliativní péče v hlavním městě Praze (viz příloha č. 1 k důvodové zprávě) zpracovaná v roce 2018 Centrem paliativní péče, z.ú, na základě smlouvy o dílo č. DIL/04/01/007298/2018 (dále jen „Analýza“). Závěrem zpracované analýzy je 7 doporučení pro rozvoj paliativní péče v hl. m. Praze, jedním z nich je i vytvoření koncepčního dokumentu, který by stanovil priority pro oblast rozvoje paliativní péče, včetně harmonogramu a konkrétních cílů, kterých chce hlavní město dosáhnout. V roce 2019 byla utvořena expertní skupina složená z odborníků včetně zástupců současných poskytovatelů paliativní péče pro potřeby občanů Prahy.

Pro poskytování paliativní péče není dosud Ministerstvem zdravotnictví zpracována komplexní národní strategie. Strategie pro řešení paliativní péče zpracovávají samostatně postupně některé kraje, např. Kraj Vysočina, Jihočeský kraj.

V hlavním městě Praze je dlouhodobě podporována jak paliativní péče lůžková, tak i v domácím prostředí (mobilní), dále domácí zdravotní péče a zdravotní péče poskytovaná v pobytových zařízeních sociálních služeb prostřednictvím grantového programu v oblasti zdravotnictví. Jedná se o zdravotní péči, případně zdravotně-sociální péči, nedostatečně hrazenou z prostředků veřejného zdravotního pojištění a poskytovanou registrovanými poskytovateli služeb. Finanční prostředky jsou alokované pro celou grantovou oblast a v posledních 3 letech (tedy v roce 2017, 2018 a 2019) činily 45 mil. Kč ročně.

Pro rok 2020 činí alokovaná částka pro grantový program zdravotnictví 51 mil. Kč.

V Praze zemře ročně cca 12 500 osob. Z nich skoro dvě třetiny jsou pacienti s očekávatelnou potřebou paliativní péče – jde o očekávatelné úmrtí na chronické, život ohrožující nebo život zkracující onemocnění s očekávanou trajektorií progresu nemoci. Jak ale ukazují data shromážděná při přípravě Záměru z národních registrů, z informací od poskytovatelů i strukturované rozhovory s experty, většina Pražanů umírá za okolností, které nejsou přiměřené úrovni poznatků současné medicíny a principům organizace moderní zdravotní a sociální péče. Jak se opakovaně ukázalo, většina umírajících v Praze nemá dostatek informací o svém onemocnění, nejsou připraveni na to, že se konec jejich života blíží, a jejich blízcí mají nerealistické očekávání o prognóze dalšího vývoje. Tato zjištění vedla ke vzniku Záměru, který problematiku péče o terminálně nemocné řeší komplexními opatřeními s uplatněním principu „**správná služba správnému pacientovi ve správnou chvíli.**“

Záměr se systematicky opírá o informace a datové celky, které jsou pro tuto oblast k dispozici. Jsou jimi:

1. Statistiky Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), publikované v rámci Národní datové základny paliativní péče a vytvořené na základě expertního zadání speciálně pro účely této koncepce.
2. Výstupy Analýzy, která obsahuje jak kvantitativní analýzu dostupných dat, tak rozsáhlé kvalitativní šetření mezi poskytovateli a odborníky, a shrnuje doporučení pro následné kroky.

Přílohy k usnesení:

Příloha č. 1 – text Záměr rozvoje paliativní péče na území hl. m. Prahy pro roky 2020-2025

Příloha č. 2 – příloha č. 3 k Záměru - Indikátory přístupu k paliativní péči v hlavním městě Praze -, která obsahuje analýzu dat NZIS zpracovanou Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky pod vedením prof. Duška

Příloha k důvodové zprávě:

Příloha č. 1 - Analýza paliativní péče v hlavním městě Praze – autorů Loučka M., Poláková K., Centrum paliativní péče, z.ú., 2018

Příloha č. 2 – návrh usnesení pro ZHMP

Důvodová zpráva je shodná s důvodovou zprávou k tisku Z-7948.

# PALIATIVNÍ PÉČE V HLAVNÍM MĚSTĚ PRAHA

ANALÝZA



# PALIATIVNÍ PÉČE V HLAVNÍM MĚSTĚ PRAHA

---

## ANALÝZA

Analýza vznikla na základě smlouvy o dílo č. DIL/04/01/007298/2018.

Objednatel: Hlavní město Praha  
Zhotovitel: Centrum paliativní péče, z.ú.  
v roce 2018



## OBSAH

Zpracovatel	3
Shrnutí a hlavní závěry	5
Metodika	8
<b>1 TERMINOLOGIE A STANDARDY</b>	
1.1 Terminologie v kontextu české právní úpravy	11
1.2 Terminologie a standardy v kontextu mezinárodním	17
<b>2 PRÁVNÍ ÚPRAVA A MODELÝ FINANCOVÁNÍ</b>	18
<b>3 KDE A JAK SE UMÍRÁ V PRAZE</b>	30
<b>4 PALIATIVNÍ PÉČE V PRAZE 2018</b>	
4.1 Poskytovatelé specializované paliativní péče v hl. m. Praha	37
4.2 Poskytovatelé obecné paliativní péče v hl. m. Praha	49
<b>5 PRAKTIČTÍ LÉKAŘI A PALIATIVNÍ PÉČE</b>	56
<b>6 DOPORUČENÍ PRO DALŠÍ ROZVOJ PALIATIVNÍ PÉČE</b>	62
<b>7 METODICKÝ POKYN MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČR K POSKYTOVÁNÍ MOBILNÍ SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE</b>	70

Centrum paliativní péče je nezisková organizace, která se věnuje rozvoji paliativní péče v České republice skrze výzkumné, vzdělávací a osvětové aktivity. Spolupracuje s odbornými společnostmi, státní správou i soukromými subjekty na projektech majících potenciál podpořit systémovou změnu v péči o pacienty v závěru života. Centrum také organizuje řadu vzdělávacích programů a spolupracuje s univerzitami v ČR i v zahraničí na výuce a výzkumu v paliativní péči.

<https://paliativnicentrum.cz>

### Autoři

#### **PhDr. Martin Loučka, PhD.**

Ředitel Centra paliativní péče, odborný asistent na oddělení lékařské psychologie 3. lékařské fakulty UK. Vystudoval psychologii na Masarykově univerzitě a PhD. v oboru Health Research získal na lékařské fakultě Lancaster University v Anglii. Absolvoval Fulbrightovo stipendium na oddělení paliativní péče nemocnice Mount Sinai v New Yorku a šestiměsíční stáž na VU Medische Centrum v Amsterdamu. Aktivně přednáší a publikuje komentáře a výzkumné články na téma paliativní péče u nás i v zahraničí.

#### **Mgr. Kristýna Poláková**

Výzkumný pracovník v Centru paliativní péče a zdravotní sestra s praxí. Vystudovala obor Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích na FHS UK a nyní studuje doktorské studium paliativní péče na Lancaster University v Anglii. V roce 2017 získala stipendium Nadačního fondu Avast pro lídry v paliativní péči.

Při zpracování analýzy jsme spolupracovali s řadou expertů na paliativní péči, s odborníky v dalších oblastech a zástupci poskytovatelů paliativní péče i jiných zdravotních a sociálních služeb na území hlavního města Praha. Několik dobrovolníků asistovalo s přepisem rozhovorů pro účely kvalitativní analýzy. Všem těmto lidem děkujeme za jejich pomoc a přínos pro výslednou publikaci.

# SHRNUTÍ A HLAVNÍ ZÁVĚRY

V Praze každý rok umírá zhruba 12 tisíc lidí. U zhruba 60 procent se jedná o úmrtí způsobené nějakou chronickou nemocí, se kterou daný člověk zápasí poslední měsíce a někdy i roky života. Paliativní péče těmto pacientům poskytuje podporu v tišení příznaků, ať už fyzických nebo psychických, věnuje se rodině a blízkým nemocného, pomáhá řešit praktické obtíže i existenciální a spirituální tíseň.

Na obecné úrovni má být paliativní péči schopný poskytnout každý zdravotník, který pracuje s těžce nemocnými lidmi, ať už v domovech pro seniory, v rámci domácí péče nebo v nemocnici. Komplikovanější situace pak pomáhají řešit poskytovatelé specializované paliativní péče, jako například hospice nebo ambulantní specialisté v oboru paliativní medicína.

Cílem předložené analýzy je zmapovat současnou situaci v zajištění paliativní péče pro občany hlavního města Praha a definovat možné kroky pro zlepšení její dostupnosti a kvality. Za účelem naplnění tohoto cíle bylo využito několika metodologických nástrojů – plošných dotazníkových šetření mezi praktickými lékaři a dalšími relevantními poskytovateli zdravotních a sociálních služeb, polostrukturovaných rozhovorů se zástupci poskytovatelů obecné i specializované péče, analýzy demografických a epidemiologických dat z veřejných registrů Českého statistického úřadu a Ústavu pro zdravotnické informace a statistiku.

## Hlavní zjištění:

- do péče hospiců, poskytujících specializovanou paliativní péči v terminálním stádiu onemocnění, se v Praze dostává ročně kolem **8 procent umírajících** pacientů. Odhadovaná potřeba specializované paliativní péče u pacientů v závěru života je zhruba 20–40 % v závislosti na diagnóze a dalších faktorech konkrétního nemocného
- v Praze funguje několik organizací poskytujících specializovanou paliativní péči na vysoké úrovni. Jejich kapacita je v případě lůžkových zařízení využívána

s rezervou svědčící zejména o neinformovanosti široké i obecné veřejnosti a nedostatečné spolupráci mezi poskytovateli péče. V případě mobilní paliativní péče, tzv. domácích hospiců, je naopak kapacita poskytovatelů nedostatečná, s počty nepřijatých pacientů v desítkách procent ročně

- poskytovatelé obecné paliativní péče – praktičtí lékaři, agentury domácí péče nebo domovy pro seniory si uvědomují svou významnou úlohu při zajištění paliativní péče pro své klienty, často jim ale chybí možnost užší spolupráce mezi organizacemi, podpora specializovaných týmů, vzdělání a dovednosti pro tuto oblast péče a vlastní kapacity pro zajištění multidisciplinárního přístupu
- organizace se potýkají s komplikovaným financováním paliativní péče, která byla dlouhodobě mimo systém úhrady z veřejného pojištění a je závislá na vícezdrojovém financování. Jednání o úhradě přitom naráží na problematiku zdravotně-sociálního pomezí, do nějž multidisciplinární paliativní péče svou povahou nutně zapadá
- většina dotazovaných organizací a expertů považuje za významnou bariéru v dostupnosti a rozvoji paliativní péče nedostatečnou informovanost veřejnosti
- jednotlivé městské části v Praze přistupují k podpoře paliativní péče s různou intenzitou, objevují se inovativní přístupy například v úpravě dotační politiky nebo podpoře síťování organizací. Tento trend lze vidět i v několika krajích ČR, které v současnosti připravují koncepci rozvoje paliativní péče (Vysočina, Jihočeský, Olomoucký a Zlínský kraj)

### Doporučení pro rozvoj paliativní péče v hlavním městě Praha

(detailní rozpis doporučení je v závěrečné kapitole zprávy)

- 1 Pro efektivní podporu a rozvoj služeb paliativní péče je nutné využívat **konkrétní definici paliativní a hospicové péče, včetně standardů**, které budou definovat očekávání a nároky na organizace, žádající například o dotační podporu. V momentech, kdy je současná zákonná úprava nedostatečně specifická, doporučujeme využívat standardy paliativní péče publikované Českou společností paliativní medicíny ČLS JEP a Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče.
- 2 Vzhledem k poptávce a očekávanému demografickému vývoji je nutné **zvýšit kapacitu poskytovatelů specializované paliativní péče**, buď vznikem nových služeb nebo podporou stávajících organizací tak, aby mohly svou kapacitu dále rozšířit.

- 3 Klíčové je také **prohlubovat kompetence poskytovatelů obecné paliativní péče**. Praktičtí lékaři, agentury domácí péče a domovy pro seniory pečují o násobně větší počty klientů v závěru života než hospice. Potřebují však více vzdělání a prohloubení spolupráce s poskytovateli specializované paliativní péče, aby klienty a pacienty v závěru života neposílali na akutní lůžka nebo do péče specialistů, pokud to jejich zdravotní stav nebude vyžadovat. Dostupné zkušenosti ukazují na význam vzdělávacích akcí, mezioborových seminářů a sdílení dobré praxe. Významnou roli hraje zdravotnická záchranná služba, která by jako zdroj první pomoci mohla u velkého počtu pacientů pomoci se stabilizací stavu a ponechání pacienta v domácím prostředí, pokud by byl vytvořen efektivní způsob spolupráce s mobilními hospici.
- 4 Je nutné **zvýšit informovanost veřejnosti o paliativní péči**. Možné nástroje jsou osvětové kampaně, zřízení kontaktního centra a také podpora poskytovatelů obecné paliativní péče, kteří mají často k dispozici pouze limitované informace a při komunikaci s klienty a rodinami by mohli využít letáky a jiné informační materiály.
- 5 Je nutné zvýšit **podporu pečujících, kteří se zejména v domácím prostředí starají o své blízké v závěru života**. Tito lidé jsou vystaveni zvýšeným finančním nárokům, emočně i fyzicky náročné péči a často také nedostatku informací a podpory ze strany zdravotních a sociálních služeb. Doporučujeme realizaci kurzů pro pečující, zvážit možnosti v oblasti finanční podpory (například po vzoru Prahy 10) a také podpořit činnost poradenských služeb pro pečující (například poradna Cesta domů).
- 6 Je nutné **koordinovat podporu paliativní péče s ohledem na zdravotně-sociální pomezí**. Nástroje pro rozvoj paliativní péče budou často zasahovat do oblasti zdravotní i sociální péče. Na komunální úrovni by měla veřejná správa využít dostupných nástrojů pro efektivní koordinaci obou segmentů tak, aby byla zajištěna vyrovnaná možnost rozvoje těchto služeb.
- 7 Pro systémový rozvoj paliativní péče **je nutné vypracovat ucelenou koncepci**, která bude reagovat na potřeby občanů i poskytovatelů služeb a zároveň bude reflektovat možnosti a priority veřejné správy.

# METODIKA

Cílem analýzy je zmapovat současnou situaci v poskytování paliativní péče na území hlavního města Praha a navrhnout konkrétní doporučení pro zvýšení dostupnosti a kvality paliativní péče v Praze. K dosažení tohoto cíle byla využita kvalitativní i kvantitativní data z několika zdrojů, zejména rozhovorů, dotazníkových šetření a analýzy dokumentů.

Epidemiologicko-demografická analýza týkající se místa a příčin úmrtí občanů Prahy byla vypracována na základě dat získaných z Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), konkrétně z databáze List o prohlídce zemřelého (LPZ) a Národního registru hospitalizací (NRHOSP). Pro potřebu analýzy byly využity také demografické informace a analýzy z ročenek Českého statistického úřadu, věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR a dalších dokumentů.

První dotazníkové šetření bylo zaměřeno široce na poskytovatele obecné i specializované paliativní péče se zaregistrovanými zdravotními nebo sociálními službami na území hlavního města. Konkrétně se jednalo o následující organizace: léčebny dlouhodobě nemocných, pečovatelské služby a domy s pečovatelskou službou, domovy pro seniory, Arcidiecézní charitu Praha, agentury domácí péče, hospice a ambulance paliativní medicíny, včetně poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb, které jsou přímo zřizovány hlavním městem Praha. Kontakty na poskytovatele služeb byly získány pomocí Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb, portálu Magistrátu hlavního města Praha, webových stránek jednotlivých městských částí a veřejného registru sociálních služeb. Dotazníky byly rozeslány elektronicky vedoucím pracovníkům jednotlivých zařízení. Pro dosažení co nejvyššího počtu odpovědí byly dotazníky odeslány ve třech vlnách. Dotazník byl odeslán 179 respondentům a odpovědělo 75 z nich (návratnost 41,9 %).

Druhé dotazníkové šetření bylo zaměřeno na praktické lékaře. Dotazníky byly opět rozeslány elektronickou formou. Kontakty na praktické lékaře byly získány z Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb. Pro docílení co nejvyšší návratnosti dotazníků byl dotazník odeslán ve třech vlnách a respondenti byli motivováni výhrou dárkového poukazu. Dotazník byl odeslán na 468 e-mailových adres praktických lékařů a odpovědělo jich 129 (návratnost 27 %).

S vedoucími pracovníky organizací, které poskytují specializovanou paliativní péči na území hlavního města, byly provedeny polostrukturované rozhovory za účelem získání podrobnějších informací o jejich pohledu na současné limity v zajištění paliativní péče v Praze. Konkrétně se jednalo o lůžkové hospice (hospic Malovická, hospic Štrasburk, hospic Dobrého Pastýře) a poskytovatele mobilní specializované paliativní péče (Cesta domů, Most k domovu). Pro ucelený přehled byly rozhovory provedeny také se zástupci specializované paliativní péče v nemocničním prostředí (paliativní tým FN Královské Vinohrady) a s vybranými poskytovateli obecné paliativní péče napříč sektory – Domovem Sue Ryder, Pečovatelskou službou MČ Praha 7, Farní charitou Praha 4 – Chodov, agenturou domácí péče ProCare Medical, Léčebnou dlouhodobě nemocných Vršovice. Kromě rozhovorů byla relevantní data získána také z analýz výročních zpráv těchto organizací.

# 1

# TERMINOLOGIE A STANDARDY

## 1.1

### Terminologie v kontextu české právní úpravy

## 1.2

### Terminologie a standardy v kontextu mezinárodním

## 1.1

### Terminologie v kontextu české právní úpravy

Zákonná úprava v ČR definuje pojmy **paliativní péče a hospic** – obě tyto definice jsou ale pro praxi spíše nevyhovující a nenabízí příliš srozumitelné vodítko pro orgány státní správy a samosprávy k uchopení této problematiky. Dalším terminologicky významným vodítkem je Metodologický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče.<sup>1</sup>

**Paliativní péče** je zákonem č. 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) definována jako taková péče, „jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí“.<sup>2</sup> Paliativní péče je zde tedy definována jako druh zdravotní péče podle účelu jejího poskytování, bez dalšího vymezení nebo upřesnění. Paragraf 10 téhož zákona dále udává paliativní péči jako jednu z možných podob péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta.<sup>3</sup> Tato legislativní úprava přinesla ve své době pokrok v tom, že rozeznala a pojmenovala paliativní péči jako jeden z druhů zdravotních služeb (a nikoliv například sociální službu) a jednoznačně ji tím zařadila do systému zdravotní péče. Tím otevřela paliativní péči dalšímu vymezení v kontextu zdravotních služeb s možnými důsledky pro personální obsazení, vzdělávání, určení optimální sítě poskytovatelů – k tomu však již nedošlo. Tím, že žádná následující úprava dále podrobněji nevymezila obsah pojmu paliativní péče, zůstává paliativní péče v českém kontextu stále vymezena pouze svým účelem, tedy mírněním utrpení a zachováním kvality života. V praxi je tedy každá zdravotní péče, poskytovaná s tímto cílem, péčí paliativní. Je zřejmé, že i díky bouřlivému rozvoji paliativní péče v posledních letech je tato úprava z roku 2011 příliš široká, má spíše deklaratorní charakter a pro systematické uvažování o rozvoji paliativní péče na úrovni samosprávného celku nenabízí příliš vodítek.

<sup>1</sup> Věstník MZ 13/2017

<sup>2</sup> § 5, odst. 2 písm. h) Zákona č. 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů

<sup>3</sup> § 10, odst. 1 písm. b) Zákona č. 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů

Hospic je naopak zákonnou úpravou uchopen zcela nově – ale způsobem, který je pro praxi zdravotní politiky v přenesené působnosti také relativně málo využitelný. S účinností od 1. 1. 2018 byl novelizačním zákonem č. 290/2017 Sb. do zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění zakotven § 44a v následujícím znění:

- 1 Hospicem se rozumí poskytovatel, který poskytuje zdravotní služby nevléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta.
- 2 Hospic pacientům a jejich osobám blízkým zpravidla poskytuje i další navazující služby podle jiných právních předpisů.

První definiční znak hospice je vymezen *typem* poskytované péče spočívajícím z hlediska účelu v péči o nevléčitelně nemocné pacienty v terminálním stavu. Druhý definiční znak je pak vymezen *formou* poskytované zdravotní péče, tj. poskytováním zdravotní péče formou péče lůžkové nebo péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Zákonná definice nestanovuje, jaký druh péče ve smyslu § 5 zákona o zdravotních službách má hospic poskytovat.

Jak vysvětluje právní výklad této úpravy, zadaný odborem zdravotnictví Jihočeského kraje při tvorbě krajské Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji, je tato úprava z hlediska krajské zdravotní politiky problematická:

„Na definici pojmu hospic, resp. hospicová péče, neexistuje ani v rámci evropské odborné veřejnosti názorová shoda. V České republice zakotvil zákonodárce definici pojmu hospic patrně bez hlubší odborné diskuse. Hospicem je dle nyní platné zákonné definice každý poskytovatel, který pečuje o nevléčitelně nemocné pacienty v terminálním stavu, a to buď v zařízení lůžkového typu, nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Označení hospic nic nevypovídá o obsahu poskytované péče, tj. zda se jedná o komplexní péči lékařskou a ošetrovatelskou, pouze ošetrovatelskou nebo multidisciplinární. Neříká rovněž nic o tom, zda je v daném zařízení poskytována pouze obecná paliativní péče nebo i specializovaná paliativní péče. Při takto nastavené definici bude třeba v praxi vždy zkoumat, jakou konkrétní péči je konkrétní poskytovatel používající označení hospic

Účelem **paliativní péče** je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí

oprávněn poskytovat. Lze konstatovat, že z určitého úhlu pohledu došlo zakotvením definice pojmu hospic do zákona o zdravotních službách k jeho vyprázdnění, jelikož při takto nastavené definici si můžeme být u poskytovatele používajícího označeného hospic jisti pouze tím, že pečuje o nevléčitelně nemocné pacienty v terminálním stavu.

S ohledem na shora uvedené lze dovodit, že regionální či národní koncepce paliativní péče nemohou o poskytovatelích zdravotních služeb s označením hospic uvažovat jako o samostatném segmentu paliativní péče, jelikož takoví poskytovatelé mohou splňovat nejnáročnější podmínky pro poskytování komplexní paliativní péče, včetně specializované paliativní péče, ale také se může jednat o agentury domácí péče poskytující nevléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ošetrovatelskou péči indikovanou registrujícím poskytovatelem.

V kontextu tvorby regionální koncepce poskytování paliativní péče se jako důležité jeví navržení struktury dle druhu a formy péče tak, aby péče o nevléčitelně nemocného pacienta v terminálním stavu byla zajištěna v dostatečném rozsahu a odpovídající kvalitě ve všech segmentech systému zdravotnictví. Vhodným východiskem v tomto ohledu může být stratifikace poskytování paliativní péče, jak ji vymezuje Evropská asociace paliativní péče a Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, příp. Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče. Tyto dokumenty pojmenovávají dvě úrovně poskytování paliativní péče – obecnou paliativní péči a specializovanou paliativní péči. Uvádí, že obecná paliativní péče je poskytována zdravotníky v rámci jejich odbornosti, zatímco specializovaná paliativní péče je poskytována zdravotnickými pracovníky s příslušnou specializací pacientům, u nichž požadována péče přesahuje možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče.<sup>4</sup>

Vzhledem k výše uvedenému právnímu rozboru je tedy možno odvodit, že i praktický lékař, který vykoná domácí návštěvu u umírajícího pacienta za účelem podání analgetik, je v tuto chvíli hospicem, což ukazuje na nedostatečnost zákonné úpravy. Vhodnější terminologická vodítka pro kontext zpracování zdravotně-politických plánů nabízí Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče (v příloze). Ten identifikuje a definuje následující pojmy:

<sup>4</sup> Záleská, D: Stanovisko k § 44a zákona o zdravotních službách v kontextu tvorby koncepce paliativní péče. Květen 2018. K dispozici na sekretariátu České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP.

## Paliativní péče obecná

Souhrn léčebných postupů o pacienty s pokročilým onemocněním, které jsou poskytovány v rámci rutinní činnosti u poskytovatelů zdravotních služeb, kteří jsou držiteli oprávnění pro poskytování zdravotních služeb i v jiných oborech, než je paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti.

## Paliativní péče specializovaná

Je poskytována lékařem se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína pacientům s komplexními problémy. Specializovaná paliativní péče vyžaduje týmový přístup spojující různé profese s multidisciplinárním způsobem práce. Odborným garantem specializované paliativní péče je lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína. Specializovaná paliativní péče je určena pacientům, kteří komplexností svých potřeb (somatických, psychických, sociálních a spirituálních) přesahují možnosti, případně kompetence poskytovatelů obecné paliativní péče, kteří jsou držiteli oprávnění pro poskytování zdravotních služeb v jiných oborech, než je paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti.

Dalšími pojmy, které vyplývají z legislativních předpisů a mají využití při tvorbě krajských zdravotních plánů, je vlastní sociální prostředí pacienta a paliativní medicína.<sup>5</sup> Termínem **vlastní sociální prostředí** se v zákoně 372/2011 Sb., § 4 odst. 3, rozumí domácí prostředí nebo pobytové zařízení nahrazující domácí prostředí pacienta, například zařízení sociálních služeb. Oborem **paliativní medicína** se rozumí i obor „paliativní medicína a léčba bolesti“, který byl podle přílohy č. 3 vyhlášky č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, převeden na obor „paliativní medicína“.

<sup>5</sup> § 4 odst 4 Zákona Zákona č. 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů

## Terminální stav

Konečné období nemoci, které obvykle trvá dny, týdny až měsíce. Jedná se zpravidla o pacienta, u něhož lze s ohledem na předpokládaný přirozený průběh základního nevléčitelného onemocnění očekávat úmrtí do 6 měsíců.

## Umírající pacient

Pacient, u kterého dochází v důsledku progresu základního nevléčitelného onemocnění k selhávání základních životních funkcí, které směřuje k úmrtí nemocného.

## Mobilní specializovaná paliativní péče

Je poskytována pod odborností 926 – multidisciplinární a specializovaná péče o pacienty s nevléčitelnou nemocí v terminálním stavu poskytována v jejich vlastním sociálním prostředí. Zdravotní péče MSPP je vždy nepřetržitě dostupná 24 hodin, 7 dnů v týdnu.



Současné právní  
vymezení pojmu  
hospicová péče je  
vágní a **pro praxi  
nedostatečné.**

## 1.2

### Terminologie a standardy v kontextu mezinárodním

Dokumenty popisující praxi lege artis v oblasti paliativní péče existují jak na mezinárodní úrovni, tak na úrovni národní. Z mezinárodních dokumentů je jistě nejautoritativnějším zdrojem **Světová zdravotnická organizace**, která v roce 2014 přijala samostatnou a obsáhlou rezoluci<sup>6</sup> k tématu rozvoje paliativní péče, která byla přijata i hlasem ministra zdravotnictví ČR. Tato rezoluce poskytuje metodickou podporu pro tvorbu státních politik v oblasti paliativní péče a vyzývá státy, aby tyto politiky zpracovaly a realizovaly.

Další institucí, která vydala zdravotněpolitický dokument v oblasti paliativní péče, je **Rada Evropy**, která v roce 2003 vydala dokument *O organizaci paliativní péče*<sup>7</sup>. **Evropská asociace paliativní péče** (EAPC) vydává odborná doporučení nejen v oblasti kvality péče (například pro paliativní sedaci nebo pediatrickou a geriatrickou paliativní péči), ale také doporučení s dosahem pro tvorbu zdravotních politik. Nejvýznamnějším z nich je *EAPC white paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe*<sup>8</sup>.

Na národní úrovni přijala Standardy paliativní péče<sup>9</sup> **Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně** (ČSPM) v roce 2013. Standardy hospicové paliativní péče<sup>10</sup> vydala pro poskytování paliativní péče v hospicovém prostředí **Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče** v roce 2016. V současnosti však nejsou žádné z těchto standardů pro poskytovatele paliativní péče právně závazné.

<sup>6</sup> Rezoluce č.WHA67.19. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. K dispozici online: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_R19-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf)

<sup>7</sup> Doporučení rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům. V českém překladu k dispozici online: <http://docplayer.cz/2187685-O-organizaci-paliativni-pece-doporuceni-rec-2003-24-vyboru-ministru-rady-evropy-clenskym-statum.html>

<sup>8</sup> Dokument publikován v European Journal of Palliative Care 2009; 16(6) a 17(1). V českém překladu k dispozici online: <https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-a-normy-eapc.pdf>

<sup>9</sup> Sláma et al: Standardy paliativní péče. Česká společnost paliativní medicíny, 2013. Dostupné online: <https://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina/standardy-paliativni-pece/>.

<sup>10</sup> Standardy hospicové paliativní péče [autor neuveden] Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče 2016. Dostupné online: <http://asociacehospicu.cz/standardy-hospicove-paliativni-pece>.



2

# PRÁVNÍ ÚPRAVA A MODELY FINANCOVÁNÍ

Právní rámec upravující poskytování paliativní péče v České republice, kromě výše zmíněného **Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování**, ve znění pozdějších předpisů, zahrnuje také **Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění**, ve znění pozdějších předpisů, respektive z něj vyplývající úhradové mechanismy obsažené ve **Vyhláše o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení**, každoročně upravované a vydávané Ministerstvem zdravotnictví ČR.

Kvalifikaci a kompetence jednotlivých profesí vstupujících do oblasti zdravotní péče, stanoví Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů a **Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů** (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů.

Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, je určen rámec pro nezákladní služby pro nevyčleřitelně nemocné a jejich blízké, stanoven postup pro opatrovnictví a kodifikován systém peněžité podpory a některých dalších aspektů formální i neformální péče.

Zákonem č. 89/2012 Sb., občanským zákoníkem, ve znění pozdějších předpisů, je upraveno zastoupení osoby nezpůsobilé právně jednat a institut *dříve vyslovených přání*.

Odborná diskuse nad možnými směry rozvoje paliativní péče v kterémkoliv územně správním celku v ČR je možná pouze s vědomím faktu, že síť poskytovatelů musí být – stejně jako u kteréhokoliv jiného medicínského oboru – víceúrovňová, diferencovaná podle klinických potřeb populace. Odborná doporučení mezinárodní i národní, popsaná výše, zdůrazňují poznatek, že klinické potřeby lidí žijících s život ohrožujícím nebo život omezujícím onemocněním, se liší. Stejně jako netvoří homogenní skupinu pacienti

s hypertenzí nebo diabetem (pro některé je přiměřená péče praktického lékaře, pro jiné ambulantní specializovaná péče, pro jiné lůžková), nejsou uniformní ani potřeby nevyčísitelně nemocných. Síť zdravotních i sociálních služeb v oblasti péče o nevyčísitelně nemocné a umírající je funkční tehdy, pokud je těmto pacientům dostupná v podobách, které odpovídají jejich potřebám, a zároveň je nákladově efektivní z hlediska celku.

Všechny tyto služby mají v systému péče o nevyčísitelně nemocné své nezastupitelné místo a vhodně zvolená rozvojová strategie na úrovni samosprávného celku může jejich prostřednictvím zajistit dostupnost všech úrovní paliativní péče za zachování ekonomické udržitelnosti systému.

Z důvodu výše popsaného definičního rozpětí pojmů *paliativní péče* a *hospic* je pro systematické uvažování o vhodnosti sítě poskytovatelů zdravotních služeb poskytujících paliativní péči vhodná deskripce prostřednictvím ustálených a dobře legislativně vymezených pojmů forma<sup>11</sup> zdravotní péče a odbornost<sup>12</sup>. Metodické vodítko pro rozlišení obecné a specializované paliativní péče poskytuje Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče (viz tabulka).

Snahy o rozvoj paliativní péče musí směřovat do oblasti **obecné** i **specializované** péče.

FORMA ZDRAVOTNÍ PÉČE (§ 7–10 zák. 372/2011 Sb.)	VYMEZENÍ POSKYTOVATELŮ PALIATIVNÍ PÉČE	
	OBECNÁ – NEKOMPLIKOVANÍ NEMOCNÍ (80–90 %)	SPECIALIZOVANÁ – KLINICKY KOMPLIKOVANÍ NEMOCNÍ (10–20 %)
<b>Primární ambulantní péče (§ 7 odst. 2 a)</b>	registrující lékař se specializovanou způsobilostí v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo lékař se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie, včetně návštěvní služby	
<b>Specializovaná ambulantní péče (§ 7 odst. 2 b)</b>	ošetřující ambulantní specialista	ambulantní specialista se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, včetně návštěvní služby
<b>Lůžková péče (§ 9)</b>	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
<b>Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta (§ 10)</b>	lékař ambulantní zdravotní služby poskytované registrujícím lékařem s odbornou způsobilostí v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost 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

<sup>11</sup> § 7-10 Zákona č. 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů

<sup>12</sup> Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů.

S každým takto vymezeným typem zdravotních služeb v této matici koresponduje úhradový mechanismus, byť často nedokonalý. Nejvýraznější diskrepance mezi existujícím modelem financování a praxí jsou shrnuty v následující tabulce.

FORMA ZDRAVOTNÍ PÉČE (§ 7–10 zák. 372/2011 Sb.)	TYP PALIATIVNÍ PÉČE – NEDOSTATKY EXISTUJÍCÍHO ÚHRADOVÉHO SYSTÉMU	
	OBCENÁ	SPECIALIZOVANÁ
<b>Primární ambulantní péče (§ 7 odst. 2 a)</b>	Praktičtí lékaři jsou kapitální platbou zavázáni k poskytování obecné paliativní péče i návštěvní službě; ve skutečnosti pro ně není úhradový systém motivační a povinnost není kontrolována.	
<b>Specializovaná ambulantní péče (§ 7 odst. 2 b)</b>	Úhradové mechanismy nejsou pro ambulantní specialisty motivující pro časově náročnou komunikaci o cílech a limitech péče u nevléčitelně nemocných; změna není v dohledné době plánována.	Zdravotní pojišťovny se v praxi zdráhají uzavírat nové smlouvy na ambulance paliativní medicíny, odbornost 720, a to ani s poskytovateli, kteří úspěšně absolvovali výběrové řízení a péči již poskytují. To má za následek malý počet smluvních poskytovatelů této formy péče (optimum 1/100 000 obyvatel).
<b>Lůžková péče (§ 9)</b>	Úhradové hladiny v lůžkové péči nejsou motivující pro časově náročnou paliativní péči poskytovanou personálem v rámci vlastní odbornosti; změna není v dohledné době plánována.	Úhrada za ošetřovací den 00030 (péče v lůžkovém zařízení hospicového typu) pokrývá jen cca 50 % nákladů na poskytování služby.  Model úhrady pro paliativní péči v nemocnicích neexistuje, bude zřejmě předmětem pilotního ověření.
<b>Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta (§ 10)</b>	Nerealisticky podhodnocená úhrada za návštěvní službu praktického lékaře má za následek velmi nízkou motivaci praktických lékařů návštěvní službu vykonávat. Změna není v dohledné době plánována.  Neexistuje veřejně dostupný seznam poskytovatelů odbornosti 925 všeobecná sestra – domácí péče s nasmlouvanou nepřetržitou dostupností služby a signálním kódem 06349 – ošetřovatelská péče o pacienta v terminálním stavu. Poskytovatelé tedy existují, ale pacienti ani ošetřující lékaři si je nemohou vyhledat.	Úhradový model v odbornosti 926 – mobilní specializovaná paliativní péče byl nově introdukovan po ukončení pilotního programu od roku 2018. Zdravotní pojišťovny deklarují neochotu uzavírat smlouvy s více než jedním poskytovatelem v kraji (optimum 1/100 000 obyvatel).

Na tomto místě je potřeba zdůraznit skutečnost zmiňovanou řadou oslovených expertů, že sebelépe nastavené úhradové mechanismy nemohou zvýšit dostupnost paliativní péče tam, kde chybí komunikace ze strany ošetřujícího lékaře. Jednoduše řečeno – aby mohla paliativní péče vstoupit do života pacienta s nevléčitelnou nemocí, musí se pacient nejdříve dozvědět, že kurativní péče dosáhla u jeho onemocnění svých limitů. Velká část pacientů přijímaných do specializované paliativní péče na území hl.m. Praha neví, že u nich již kurativní péče neprobíhá. Nikoli úhradové nedostatky ale tento problém je dnes považován za hlavní překážku v dostupnosti paliativní péče.

**Výše úhrady za lůžkovou hospicovou péči ze zdravotního pojištění** se liší v závislosti na kategorii pacienta. Úhrada se počítá na jeden ošetřovací den. Výši úhrady ukazuje následující tabulka.

#### Úhrada lůžkové hospicové péče:<sup>13</sup>

OŠETŘOVACÍ DEN 00030	PRO KATEGORII PACIENTA				
	1 podle seznamu výkonů	2 podle seznamu výkonů	3 podle seznamu výkonů	4 podle seznamu výkonů	5 podle seznamu výkonů
<b>Minimální paušální sazba za jeden den hospitalizace ve výši (Kč):</b>	<b>1 405,33</b>	<b>1 487,25</b>	<b>1 569,18</b>	<b>1 651,10</b>	<b>1 733,01</b>
<b>Maximální paušální sazba za jeden den hospitalizace ve výši (Kč):</b>	<b>1 424,09</b>	<b>1 496,86</b>	<b>1 576,69</b>	<b>1 660,33</b>	<b>1 742,89</b>

<sup>13</sup> Vyhláška č. 353/2017 Sb., Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018

**Kategorie pacientů jsou následující:**<sup>14</sup>

- 1 pacient soběstačný, nezávislý na základní ošetrovatelské péči, nebo obdobně soběstačné dítě nad 10 let věku nebo novorozenec na novorozeneckém oddělení,
- 2 pacient částečně soběstačný, nebo dítě nad 6 let do 10 let věku včetně, sebeobsluha s dopomocí, schopen pohybu mimo lůžko s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku,
- 3 pacient vyžadující zvýšený dohled, nebo dítě nad 2 roky do 6 let včetně, lucidní pacient neschopný pohybu mimo lůžko ani s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku, vyžadující téměř úplnou obsluhu, nebo psychicky alterovaný pacient, u něhož je nutný zvýšený osobní dohled, případně nutné přechodné omezení pohybu či farmakol. sedace,
- 4 pacient imobilní nesoběstačný, nebo dítě od 0 do 2 let věku včetně, kromě novorozence na novorozeneckém oddělení, lucidní pacient zcela imobilní, příp. inkontinentní, vyžadující ošetrovatelskou pomoc při všech i nejběžnějších úkonech,
- 5 pacient v bezvědomí.

Podle informací od poskytovatelů hospicové péče, jsou v lůžkové hospicové péči nejčastěji pacienti zařazení do kategorie 4. Vzhledem ke zhoršení zdravotního stavu v posledních dnech života, se část pacientů dostane na poslední dny před smrtí do kategorie 5. Pacienti v kategorii 3 jsou v lůžkových hospicích spíše výjimečně.

**Výše úhrady za mobilní specializovanou paliativní péči ze zdravotního pojištění** se liší v závislosti na závažnosti celkového zdravotního stavu pacienta. Pacienti v terminálním stádiu nemoci jsou rozděleni do dvou kategorií na základě Palliative Performance Scale (PPS). PPS hodnotí klíčové parametry jako je pohyblivost, aktivita, přítomnost nemoci, soběstačnost, příjem potravy, a úroveň vědomí. Škála je vyjádřena v procentech, kdy 100 % se rovná plnému zdraví a 0 % smrti pacienta. V rámci odbornosti 926 mohou být do péče zařazení pacienti jejichž PPS je rovno nebo menší 40 %. Dle výše PPS jsou zařazení buď do kategorie Nestabilní pacient (pacient s pokročilým onemocněním v celkově špatném funkčním stavu, PPS ≤ 40) nebo Nestabilní

pacient se závažnými symptomy (pacient s pokročilým onemocněním v celkově špatném funkčním stavu, PPS ≤ 40). Úhrada péče je formou agregovaných výkonů na 1 rodné číslo a 1 den. Jedná se o výkony 80900 – (VZP) Agregovaný výkon pro klinicky nestabilního pacienta a 80901 – (VZP) Agregovaný výkon pro klinicky nestabilního pacienta se závažnými symptomy.<sup>15</sup>

**Nestabilní pacient** = pacient s pokročilým onemocněním v celkově špatném funkčním stavu (PPS ≤ 40), který je léčen nejvýše pro dva symptomy (dle Edmonton System Assessment Scale (ESAS) nebo Mini Suffering State Examination (MSSE) vyžadujícími pravidelnou farmakoterapii.

**Nestabilní pacient se závažnými symptomy** = pacient s pokročilým onemocněním v celkově špatném funkčním stavu (PPS ≤ 40), který je léčen pro 3 a více závažných symptomů vyžadující pravidelnou farmakoterapii a vzhledem ke kolísavé intenzitě symptomů časté (více než 1x denně) záchranné dávky medikace.

**Úhrada mobilní specializované paliativní péče****1 152 Kč****Ošetrovací den klinicky nestabilního pacienta (80900)****1 463 Kč****Ošetrovací den klinicky nestabilního pacienta se závažnými symptomy (80901)**

V agregovaných výkonech 80900 a 80901 je zahrnuta platba za veškerou poskytnutou zdravotní péči (výkony lékaře i sestry, event. psychologa nebo jiných specialistů přizvaných ke konziliu, doprava lékaře i sestry za pacientem bez ohledu na vzdálenost, léčba souvisejících komplikací, léčivé přípravky, spotřebovaný materiál, amortizace a náklady na údržbu přístrojů apod.). Případná úhrada jiné péče vykázané na pacienta, na kterého byl zároveň vykázán výkon 80900 nebo 80901, je odečtena z úhrady poskytovateli paliativní

<sup>14</sup> Kategorizace pacientů dle Všeobecné zdravotní pojišťovny, dostupné online: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/kategorie-pacienta>

<sup>15</sup> Metodika pro poskytovatele poskytování specializované paliativní péče v domácím prostředí (odb. 926) v r. 2018 dostupné online na: [http://www.mobilnihospice.cz/wp-content/uploads/2018/07/MSPP\\_\\_\\_metodicky%CC%81\\_pokyn\\_MZ%C4%8CR.pdf](http://www.mobilnihospice.cz/wp-content/uploads/2018/07/MSPP___metodicky%CC%81_pokyn_MZ%C4%8CR.pdf)

péče, který má ve své péči daného pojištěnce. Ve výjimečných případech je pojišťovna ochotna jednat o možném zohlednění výjimečných situací v rámci celkového finančního vypořádání.<sup>16</sup>

Délka poskytované péče v plné výši úhrady u dospělých pacientů je 30 dní. Péče může být poskytována až 60 dní, ale výše úhrady se snižuje po třicátém dni na 50 %. U dětských pacientů je délka péče stanovena na 90 dní s maximální délkou péče 180 dní.

Zařazení mobilní specializované paliativní péče do systému úhrad je považováno za zásadní změnu v úhradě paliativní péče a předcházelo jí 15 let práce přední odborné veřejnosti a pilotní program Mobilní specializované paliativní péče (který běžel od roku 2015 do roku 2017)<sup>17</sup>.

Nicméně v systému úhrad jsou prostory ke zlepšení. Výše úhrad za výkony 80900 a 80901 je nižší než je reálná cena péče, která je cca 1900 na pacienta a den. Rozdíl pak musí dorovnat zařízení poskytující mobilní specializovanou paliativní péči z jiných zdrojů.

Další problematickou oblastí se jeví vykazování veškeré péče na poskytovatele MSPP. Toto nařízení neumožňuje poskytování péče od vícero poskytovatelů současně ačkoliv by to pro pacienta i poskytovatele mohlo být přínosné a efektivní.

V neposlední řadě je nutné zmínit také omezení délky poskytování péče v systému úhrad, která je limitována na 30 respektive 60 dní. Obzvláště u pacientů s jinou než onkologickou diagnózou, kteří mohou vyžadovat specializovanou paliativní péči v delší časové dotaci, se toto omezení jeví jako problematické.

Jak je uvedeno v kapitole 4, poskytovatelé paliativní péče čerpají dlouhodobě dotační podporu z různých zdrojů, včetně dotací od HMP. V tabulce níže jsou uvedeny výše dotací jednotlivým poskytovatelům v roce 2017.

Předkládající organizace 2017	Název projektu 2017	Program	Evidenční číslo	Výše neinvest. grantu 2017
„soft palm“ o. s.	Hospic Malovická	IV / 1	ZOS132/001	4 980 000 Kč
Hospic sv. Jana N. Neumanna, o. p. s.	Péče o pacienty z Prahy v hospici SJNN	IV / 1	ZOP018/001	200 000 Kč
Hospic sv. Štěpána, z. s.	Hospic sv. Štěpána 2017	IV / 1	ZOS066/001	300 000 Kč
Hospic Štrasburk, o. p. s.	Terminální onkologický hospic	IV / 1	ZOP016/001	5 720 000 Kč
Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze	Oddělení paliativní péče v NMSKB	IV / 1	ZCI007/003	300 000 Kč
TŘI, o. p. s.	Hospic Dobrého pastýře v Čerčanech	IV / 1	ZOP017/001	2 100 000 Kč
Cesta domů, z. ú.	Domácí hospic Cesta domů	IV / 2	ZUS002/001	1 900 000 Kč
Home Care Bendová s. r. o.	Domácí paliativní péče	IV / 2	ZSR013/001	vyřazen
Zdravotní ústav Most k domovu, z. ú.	Mobilní specializovaná paliativní péče – Domácí hospic Most k domovu	IV / 2	ZUS001/001	1 400 000 Kč

IV/1 ... lůžková paliativní péče/hospic

IV/2 ... domácí paliativní péče/mobilní hospic

## Finanční podpora pečujících

Osoby, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb, mohou zažádat o **příspěvek na péči**. Z poskytnutého příspěvku si pak tyto osoby hradí pomoc, kterou jim může dle jejich rozhodnutí poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu. Přidělení příspěvku na péči se řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>16</sup> Metodika poskytování a úhrady hrazených služeb domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu (odb. 926) v r. 2018. V platném znění, dostupné na portálu VZP.

<sup>17</sup> Společná tisková zpráva České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP a Fóra mobilních hospiců, 28. 11. 2017. Dostupné na: [https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2017/11/2017\\_tiskova\\_zprava.pdf](https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2017/11/2017_tiskova_zprava.pdf)

Výše příspěvku na péči se liší podle stupně závislosti, který se hodnotí podle počtu základních životních potřeb, jež tato osoba není schopna bez cizí pomoci zvládat.

Při posuzování stupně závislosti osoby se hodnotí schopnost zvládat následující základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (péče o domácnost se neposuzuje u osob do 18 let). Zahájit řízení o přiznání příspěvku na péči je možné i během hospitalizace.

**Výše příspěvku na péči pro osoby starší 18 let za kalendářní měsíc je následující:<sup>18</sup>**

**880 Kč**

stupeň I – lehká závislost

**4 400 Kč**

stupeň II – středně těžká závislost

**8 800 Kč**

stupeň III – těžká závislost

**13 200 Kč**

stupeň IV – úplná závislost



Osoby, které dlouhodobě pečují o svého blízkého, mohou žádat o **dlouhodobé ošetřovné**<sup>19</sup>. Jedná se o finanční příspěvek určený pro pomoc rodinám, které potřebují překlenout nepříznivou životní situaci spojenou s nenadálou potřebou celodenně pečovat o osobu blízkou. Dlouhodobé ošetřovné vstoupilo v platnost 1. 6. 2018 a je poskytováno z nemocenského pojištění.

Základní podmínkou nároku na dlouhodobé ošetřovné je účast na nemocenském pojištění (min. 90 dní v předchozích 4 měsících u zaměstnanců a 3 měsíce u OSVČ). O potřebě dlouhodobé péče musí dále rozhodnout ošetřující lékař. Tato dávka je dále podmíněna předchozí alespoň sedmidenní

hospitalizací, což způsobuje, že někteří pečující o umírajícího blízkého o dávku nemohou požádat. Podpůrní doba (doba poskytování dávky) je maximálně 90 kalendářních dnů a opakování je možné až za dalších 12 kalendářních měsíců. Výše dlouhodobého ošetřovného činí 60 % redukováného denního vyměřovacího základu.

**Osoba, která o dlouhodobé ošetřovné žádá, musí být :**

- manželem (manželkou) ošetřované osoby nebo registrovaným partnerem (registrovanou partnerkou) ošetřované osoby,
- příbuzným v linii přímé s ošetřovanou osobou nebo je její sourozenec, tchyně, tchán, snacha, zeť, neteř, synovec, teta nebo strýc,
- manželem (manželkou), registrovaným partnerem (registrovanou partnerkou) nebo druhem (družkou) fyzické osoby uvedené v písmenu b), nebo
- druhem (družkou) ošetřované osoby nebo jinou fyzickou osobou žijící s ošetřovanou osobou v domácnosti.

<sup>18</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí, Příspěvek na péči, dostupné na:

<https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>

Podle novely zákona č. 108/2006 Sb., O sociálních službách schválené v lednu 2019 dojde k navýšení příspěvku na péči následujícím způsobem:

III. stupeň– 12 800 Kč, u dětí do 18 let 13 900 Kč, vyplácen od 1. 7. 2019

IV. stupeň– 19 200 Kč, vyplácen od 1. 4. 2019

zdroj: <http://www.nrzp.cz>

<sup>19</sup> Česká správa sociálního zabezpečení, Dlouhodobé ošetřovné. Dostupné na:

<https://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/davky/dlouhodobé-osetrovne.htm>

## 3

# KDE A JAK SE UMÍRÁ V PRAZE

Podle Českého statistického úřadu<sup>20</sup> žilo v roce 2017 v Praze 1 294 513 obyvatel, 49 % mužů a 51 % žen, 243 237 bylo starších 65 let. V roce 2017 **zemřelo 12 199 obyvatel** Prahy (z toho 5 845 mužů a 6 354 žen). Podle nejaktuálnější statistiky zemřelých, kterou vydal Ústav zdravotnických informací a statistiky pro rok 2017<sup>21</sup>, byly v Praze nejčastější příčinou úmrtí nemoci oběhové soustavy (5 245 úmrtí), onkologická onemocnění (3 241 úmrtí) a nemoci dýchací soustavy (828 úmrtí).

## Počty zemřelých v Praze (2017)

<b>41</b> děti 0–19 let	<b>1 797</b> dospělých 20–64 let	<b>10 361</b> seniorů 65 a více let
-------------------------------	--	---

Praha patří mezi regiony s tradičně velmi nízkou úmrtností, od roku 2000 se navzdory vyššímu počtu obyvatel počet zemřelých dokonce snížil (viz tabulka).

VÝVOJ POČTU ZEMŘELÝCH V HLAVNÍM MĚSTĚ PRAHA (statistiky ÚZIS, ČSÚ <sup>22</sup> )						
rok	2000	2003	2005	2010	2015	2017
počet obyvatel	1 183 900	1 161 851	1 176 116	1 251 726	1 267 449	1 294 513
počet zemřelých	13 425	13 488	12 673	12 266	12 420	12 199

<sup>20</sup> ČSÚ (2018). Demografický vývoj – Praha. Dostupné 11. 11. 2018 z <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=home>

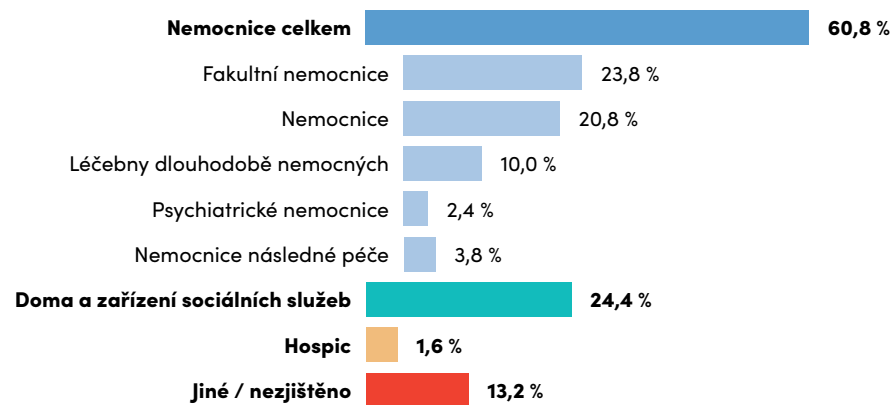
<sup>21</sup> ÚZIS (2018). Zemřelí 2017. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISSN: 1210-9967

<sup>22</sup> <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli>



Podrobnější informace o místě úmrtí a tedy částečně i o typu péče, kterou v závěrečné fázi života obyvatelé čerpali, nám poskytují data Národní datové základny paliativní péče, kterou spravuje Ústav zdravotnických informací a statistiky.<sup>23</sup> Tato databáze slučuje data z různých zdravotních registrů a podle agregovaného souboru dat zemřelých obyvatel z let 2011–2016 je patrné rozložení úmrtí podle místa, kde k nim došlo – většina obyvatel Prahy zemřela v nemocnicích (60 %).

### Místa úmrtí obyvatel Prahy v letech 2011–2016



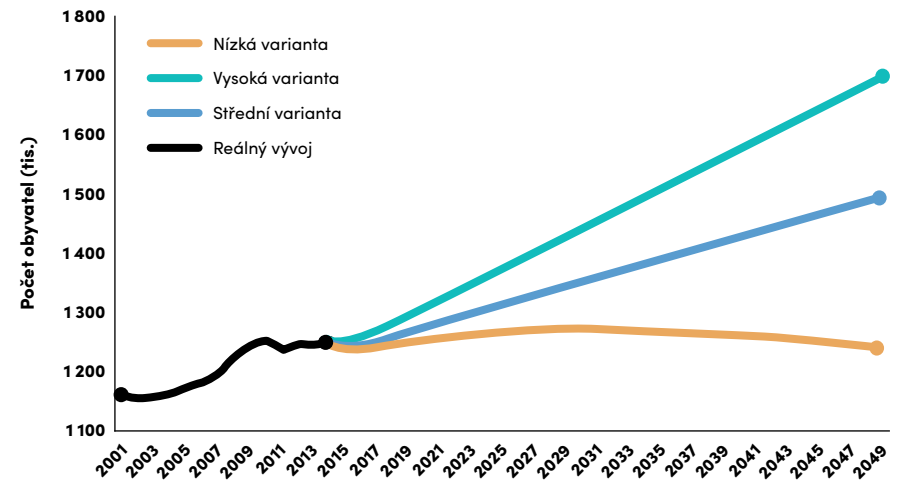
Z těchto popisných dat nám vychází, že obyvatelé Prahy umírali v letech 2011–2016 v lůžkových hospicích méně často ve srovnání se zbytkem ČR – 1,6 % úmrtí v Praze oproti 2,4 % úmrtí v hospicích v ČR. A to navzdory dvěma lůžkovým hospicům, které jsou přímo v Praze, lůžkovému paliativnímu oddělení v nemocnici sv. Karla Boromejského a dalšímu velkému hospici v Čerčanech, který je v dostupné vzdálenosti a pro pražské pacienty je častou volbou. Úmrtí v domácím prostředí pak bylo také méně časté než je celostátní průměr – 24,4 % v Praze oproti 27,1 % v celé republice. V poslední době se však situace výrazně zlepšuje, v roce 2017 zemřelo podle informací od poskytovatelů lůžkové a domácí hospicové péče v hospicích zhruba 950 obyvatel Prahy, tedy téměř 8 procent zemřelých. Nově zavedená úhrada mobilní hospicové péče také v budoucnu umožní přesnější výpočet úmrtí v hospicích, ve starších datech nebyla úmrtí v domácí hospicové péči samostatně registrována.

<sup>23</sup> <https://www.paliativnidata.cz>

Výzkumný tým dr. Burcina z Přírodovědecké fakulty UK publikoval demografickou prognózu pro hlavní město Praha, ze které vyplývá odhadovaný počet obyvatel Prahy v roce 2050 na 1,49 milionu.<sup>24</sup> Ačkoli se očekává přetrvávání trendu, kdy starší generace Prahu opouští a je nahrazována migrací mladších, ekonomicky aktivních lidí, v celkovém kontextu stárnutí obyvatelstva (viz graf) je třeba počítat s vyššími nároky na zdravotní a sociální služby i v Praze. Pro oblast paliativní péče z toho vyplývá otázka, zda poskytovatelé zdravotní péče, kteří dnes u mnohých pacientů poskytují péči v závěru života na akutních lůžkách, budou mít pro tuto činnost kapacitu i v budoucnu. Vzhledem k rostoucímu tlaku na uvolňování lůžek akutní péče hrozí, že možnost umírat v nemocnicích důstojně bude ještě více omezena. Toto omezení může být jak kapacitního, tak kvalitativního charakteru, tedy že zanikne možnost poskytnout pacientům komplexní péči zaměřenou na kvalitu života a poskytována bude pouze bazální péče, kterou provozní kapacita nemocnic umožní. Z tohoto důvodu se jako klíčové jeví posílení kapacit hospicových zařízení, ať už lůžkových nebo mobilních, a také zvýšení informovanosti odborné i široké veřejnosti o tomto typu péče.

### Graf: Prognóza demografického vývoje Prahy do roku 2050

(Burcin a kol. 2014 podle Brabec, 2015)

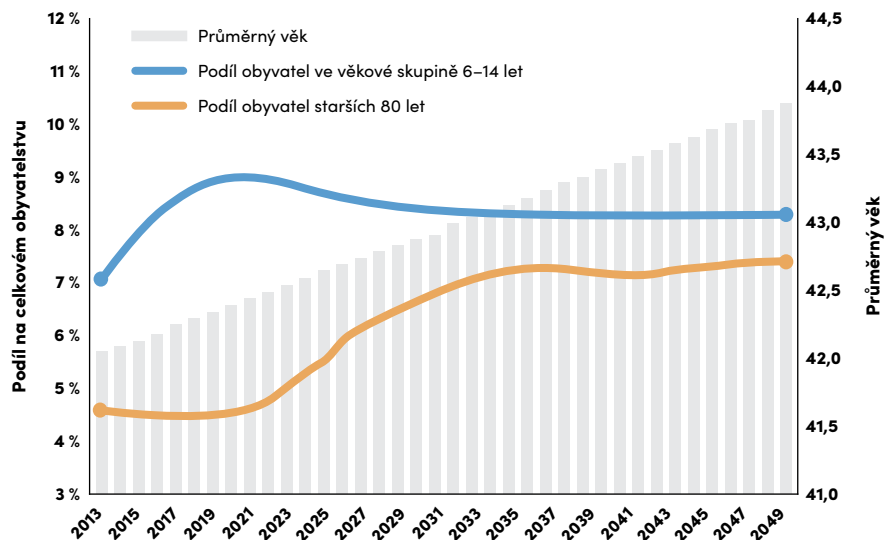


<sup>24</sup> podle Brabec, T. (2015). Demografie, bydlení a veřejná vybavenost: Demografie. Analýza a prognóza demografického vývoje Prahy. Praha: Institut plánování a rozvoje hlavního města Prahy. ISBN: 978-80-87931-37-0, dostupný z [www.iprpraha.cz](http://www.iprpraha.cz).



Graf: Podíl věkových kategorií v demografické prognóze Prahy do roku 2050

(Burcin a kol. 2014 podle Brabec, 2015)



V Praze se k paliativní péči dostane ročně **méně než 10 procent pacientů.**

# 4 PALIATIVNÍ PÉČE V PRAZE 2018

4.1

Poskytovatelé specializované paliativní péče v hl. m. Praha

4.2

Poskytovatelé obecné paliativní péče na území hl. m. Prahy

## 4.1

### Poskytovatelé specializované paliativní péče v hl. m. Praha

Evropská asociace paliativní péče (EAPC) definuje síť paliativní péče z hlediska dostupnosti jednotlivých služeb v populaci.<sup>25</sup>

LŮŽKOVÁ PALIATIVNÍ PÉČE

**80–100 lůžek**

na 1 milion obyvatel

PALIATIVNÍ STACIONÁŘ

**1 stacionář**

na 150 000 obyvatel

NEMOCNIČNÍ PALIATIVNÍ  
TÝMY

**1 tým**

na 250 pacientů

MOBILNÍ SPECIALIZOVANÁ  
PALIATIVNÍ PÉČE

**1 tým**

na 100 000 obyvatel

V této kapitole jsou popsány organizace nabízející specializovanou paliativní péči na území hl. m. Praha. Z dat od těchto organizací vychází, že Praha v řadě ohledů doporučenou kapacitu sítě nenaplnuje.

### Lůžkové hospice

Hospicová péče pro občany hlavního města Praha je poskytována převážně ve třech zařízeních. Jedná se o Hospic Štrasburk, Hospic Malovická a Hospic Dobrého pastýře. Kromě hospicových lůžek poskytuje lůžkovou formu specializované paliativní péče také oddělení paliativní péče v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. Činnost oddělení je popsána v samostatné části této kapitoly.

<sup>25</sup> Dokument publikován v European Journal of Palliative Care 2009; 16(6) a 17(1). V českém překladu k dispozici online: <https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-a-normy-eapc.pdf>

### Hospic Štrasburk

Hospic Štrasburk sídlí v Praze 8 v Bohnicích. Poskytuje hospicovou péči pouze pacientům s onkologickou diagnózou a má k dispozici 25 lůžek. V roce 2017 pečoval o 211 pacientů, přičemž v hospici zemřelo 199 pacientů. Průměrná délka hospitalizace je 31 dní, ale výjimkou nejsou situace, kdy jsou pacienti v péči hospice pouze několik dní. Jako ideální dobu strávenou v hospici přítom vedení hospice uvádí 3 týdny až měsíc, aby bylo možné pacientům poskytnout adekvátní paliativní péči. Za důležitou proto vedení hospice považuje osvětu odborné veřejnosti vedoucí k včasné indikaci paliativní péče.

Provoz hospice je financován z grantů, dotací, ze zdravotního pojištění a ze soukromých darů. Pacienti se spolupodílí paušální částkou 450 Kč/den. Hospic kladně hodnotí dotační politiku MČ Prahy 6 a Prahy 10, které se podílí na financování péče pro své občany. Administrativní zátěž spojená s dotacemi je ale vnímána jako příliš vysoká a problematické je i načasování vyplácení dotací, které probíhá se značným zpožděním.

### Hospic Malovická

Hospic Malovická sídlí v Praze 4 na Spořilově a má kapacitu 30 lůžek. Péči poskytuje všem pacientům s nevyčísitelným onemocněním bez ohledu na diagnózu, nicméně většina pacientů trpí onkologickým onemocněním. V roce 2017 pečovali o 316 pacientů, z toho 257 pacientů mělo onkologickou diagnózu a v hospici zemřelo 301 pacientů. Průměrná délka hospitalizace byla 19,4 dne. O navyšování kapacity lůžek vedení hospice neuvažuje. Stávající kapacita je dostačující a ve většině případů jsou pacienti přijímáni do péče bez delších čekacích lhůt. V některých případech se ale stává, že jsou pacienti do péče hospice odesláni ze stran nemocnic příliš pozdě a umírají během dne příjmu nebo do několika dnů od přijetí (v roce 2017 zemřelo do 5. dne od příjmu 81 pacientů).

Většina pacientů přichází do hospice z nemocnic, nejčastěji se jedná o Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, Thomayerovu nemocnici, případně Ústřední vojenskou nemocnici. Hospic spolupracuje také s poskytovateli MSPP a to hlavně s organizací Most k domovu, od které přebírá pacienty, jejichž péče již není zvládnutelná v domácím prostředí. Nejvíce pacientů pochází z Prahy 4 (125 pacientů) a z Prahy 10 (51 pacientů).

Budovu hospice vlastní MČ Praha 4, která provoz hospice ročně dotuje částkou ve výši 750 000 Kč. Hospic ale zároveň platí MČ roční nájem

v souhrnné výši 1,2 milionu Kč. Hospic je financován vícezdrojově. Největší část příjmu tvoří příjem od zdravotních pojišťoven, dále se na chodu hospice finančně podílí hlavní město Praha. Pacienti za pobyt v hospici platí paušální poplatek 500 Kč za den.

### Hospic Dobrého Pastýře

Ačkoliv Hospic Dobrého Pastýře sídlí v Čerčanech, poskytuje své služby také občanům hlavního města Praha, kteří představují 50 % všech pacientů. V roce 2017 bylo v hospici hospitalizováno celkem 201 pacientů a zemřelo 176 pacientů. Hospic má kapacitu 30 lůžek, z čehož je 25 lůžek paliativních a 5 respitních. Přestože do péče přijímá pacienty s onkologickou i neonkologickou diagnózou v terminální fázi nemoci, většina pacientů přijatých do péče v roce 2017 trpěla onkologickým onemocněním (88 %). Průměrná délka hospitalizace byla 38 dní, nicméně medián hospitalizace byl 15 dní a podobně jako v ostatních hospicích ani zde není výjimkou, že pacienti umírají během několika dnů po přijetí do péče či v den příjmu. V roce 2017 zemřelo během prvních 7 dnů hospitalizace celkem 75 pacientů. Pro poskytnutí kvalitní hospicové péče, ze které pacienti mohou dostatečně benefitovat, je ale ideální délka hospitalizace dva až čtyři týdny.

*„...pacient by neměl umřít v den příjmu.... protože my to naše poslání vůbec nemůžeme naplnit. Pro pacienta je optimální, když je tady 2 týdny, měsíc. Podle stavu, jak on už akceptuje svou smrtelnost a to, že se to blíží, jak je připraven.“*

Paliativní péče je v Hospici Dobrého Pastýře poskytována multidisciplinárním týmem, který poskytuje také psychosociální, psychotherapeutickou a duchovní podporu. V týmu dále pracují dobrovolníci, kteří jsou na svoji činnost v hospici odborně vyškoleni. Dobrovolnický program je akreditovaný u Ministerstva vnitra České republiky.

Kromě lůžkové paliativní péče poskytuje hospic také mobilní specializovanou paliativní péči, která ale není poskytována na území hlavního města Praha. Mezi další poskytované služby se řadí pobytová odlehčovací služba, která nabízí seniorům a chronicky nemocným až 90denní respitní pobyt a umožňuje tak pečujícím potřebný odpočinek. Hospic Dobrého Pastýře funguje také jako komunitní centrum, provozuje kavárnu a kapli přímo v budově hospice a Centrum denních služeb, které je otevřené nejen pacientům hospice, ale také lidem z blízkého okolí se sníženou soběstačností. Cílem služby je aktivizace klientů a zabránění jejich sociálnímu vyloučení.

Vedení hospice klade velký důraz na vzdělávání laické i odborné veřejnosti. Uvědomuje si také potřebu navázání efektivní spolupráce s praktickými lékaři a snaží se proto posílit jejich informovanost o paliativní péči a o službách, které v hospici poskytují. Hospic si také zakládá na vysoké úrovni kvality poskytované péče, a proto každoročně žádá o značku kvality a externí audit.

Provoz hospice je financován vícezdrojově (zdravotní pojišťovny, granty, dotace, dárci). Vedení hospice kladně hodnotí systém financování, který zavedla městská část Praha 10. Pacienti se podílejí na úhradě nadstandardního ubytování a poskytovaných služeb. Výše spoluúčasti je závislá na příjmech pacienta. Maximální výše úhrady je 500 Kč/den.

#### **Příklad dobré praxe: Podpora paliativní péče na Praze 10**

*Městská část Praha 10 zavedla v roce 2017 nový systém dotační podpory pro poskytování paliativní péče pro své občany. Systém financování paliativní péče je zaměřený na dvě oblasti. První oblast podpory je zaměřena na podporu činnosti paliativního týmu, který působí ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. Druhou oblastí je program na podporu poskytovatelů paliativní péče hospicového typu (mobilní i lůžkové).*

#### **Program podpory pro lůžkovou a domácí hospicovou péči**

- 1 MČ Praha 10 může poskytnout na 1 občana dotaci ve výši
  - 200 Kč na 1 ošetrovací den – o tuto částku bude snížena finanční spoluúčast občana vůči organizaci, která mu poskytuje paliativní péči
  - 200 Kč na 1 ošetrovací den jako dotace na úhradu dalších nákladů spojených s poskytováním paliativní péče přímo občanovi MČ Praha 10
  - Maximální výše finanční podpory na 1 ošetrovací den je 400 Kč
- 2 Dotace na jednoho občana může být poskytnuta v maximální délce 60 ošetrovacích dnů.

**Funkční síť** paliativní péče stojí na specializovaných týmech, ale i na praktických lékařích a agenturách domácí péče.

## Mobilní specializovaná paliativní péče

Jak bylo uvedeno v kapitole „Terminologie a standardy“, mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP) je multidisciplinární a specializovaná péče, která je poskytována pacientům s nevyléčitelným onemocněním v závěru života. Poskytování péče zajišťuje mobilní multidisciplinární tým, který poskytuje lékařskou péči, ošetrovatelskou péči a sociální, psychologickou a duchovní podporu. Péče je poskytována nejen nemocnému, ale i jeho blízkým. MSPP je dostupná nepřetržitě 24 hodin, 7 dnů v týdnu a je poskytována v domácím prostředí pacienta. Služba je též nazývaná mobilní nebo domácí hospic. Na území hl. m. Praha fungují dva poskytovatelé mobilní specializované paliativní péče. Jedná se o organizace Cesta domů, z. ú. (dále jen Cesta domů) a Zdravotní ústav Most k domovu, z.ú. (dále jen Most k domovu), které jsou podrobněji představeny v této části kapitoly. V roce 2017 poskytli péči celkem 430 pacientům. Objem poskytnuté mobilní specializované paliativní péče v hl. m. Praze může ilustrovat i údaj, že každé osmé<sup>26</sup> ohledání koronarem v Praze se týká pacienta dochovaného doma za podpory MSPP, přičemž tento poměr nadále meziročně roste.

Příjem pacientů do péče poskytovatelů MSPP je iniciován ve většině případech ošetřujícím lékařem v nemocnici, ve které je pacient hospitalizován. V nemocnicích s fungujícím paliativním týmem je spolupráce více efektivní a lépe nastavená než v ostatních nemocnicích. Stále ale dochází k situacím, kdy jsou pacienti odesíláni do péče mobilních hospiců příliš pozdě a nemohou tak dostatečně benefitovat z komplexní péče, kterou poskytovatelé MSPP nabízejí. Příjem do péče pro své blízké zajišťují také rodinní příslušníci, kteří ale musí být dostatečně informováni o stavu pacienta a možnostech péče. O přijetí do péče může požádat také praktický lékař pacienta. K tomu ale dochází jen ve výjimečných případech.

Při poskytování specializované paliativní péče poskytovatelé narážejí na systém úhrad nastavený zdravotní pojišťovnou (odbornost 926), který limituje poskytování mobilní specializované péče na 30 dnů od zahájení péče. Poskytování MSPP je možné prodloužit až na 60 dní, přičemž ale úhrada od zdravotních pojišťoven klesá na 50 %. Při poskytování péče v odbornosti 926 není také možné kombinovat MSPP s péčí poskytovanou jinými poskytovateli zdravotní péče (nemocnice, agentury zdravotní péče). Při souběžném poskytování péče jsou veškeré náklady vázány na poskytovatele MSPP. Při poskytování MSPP může

být ale vhodné spolupracovat s agenturami domácí péče, obzvláště v případech, kdy se jedná o klienty, kteří služeb agentur domácí péče již využívají a kdy stav pacienta není natolik závažný aby nezbytně vyžadoval MSPP.

Poskytovatelé MSPP také narážejí na nedostatečnou spolupráci s praktickými lékaři svých klientů. Na základě rozhovorů s poskytovateli MSPP je zřejmé, že zlepšení vzájemné spolupráce je nezbytným předpokladem pro zvýšení dostupnosti paliativní péče pro obyvatele hlavního města Praha.

### Cesta domů, z. ú.

Cesta domů poskytuje mobilní specializovanou paliativní péči dospělým i dětským pacientům. V roce 2017 bylo v péči Cesty domů 260 pacientů a v rámci poskytování dětské paliativní péče jejich služeb využily 4 dětské pacientky a jejich rodiny. Okamžitá kapacita paliativního týmu je 25 pacientů. I přes soustavné zvyšování počtu pacientů přijatých do péče nemůže přijmout do péče všechny pacienty, kteří o péči žádají (v roce 2017 se jednalo celkem o 486 žádostí). Při navyšování kapacity organizace naráží hlavně na nedostatek kvalifikovaných zdravotních sester. Kromě přijetí do péče nabízí Cesta domů také konziliární návštěvy v domácnostech pacientů. Ve spolupráci s vybranými domovy pro seniory (např. Domov Sue Ryder) poskytuje paliativní péči klientům přímo v domově tak, aby nemuseli být v závěru života překládáni do nemocnic.

Mezi další služby, které Cesta domů poskytuje, patří poradna (osobní i telefonická) a informační webový portál (umirani.cz), které poskytují informace těm, kteří pečují o umírající v domácím prostředí. „Sycení“ informačních potřeb pro pečující a nemocné dobře ilustruje fakt, že web umirani.cz má ročně čtvrt milionu unikátních návštěv, a každý dotaz v online poradně má v průměru 400 přečtení. Cesta domů provozuje také podpůrný tým, který poskytuje podporu rodinám během péče a pro pozůstalé, odlehčovací služby umožňující odpočinek pečujícím a půjčovnu pomůcek.

Cesta domů se významně podílí na osvětě a vzdělávání veřejnosti a umožňuje odborné stáže pro lékařské a nelékařské pracovníky. Od r. 2004 provozuje vlastní obsáhlou knihovnu zaměřenou na paliativní a hospicovou péči a má vlastní nakladatelství, ve kterém bylo vydáno již 30 titulů, které se věnují tématu umírání, smrti a péči o umírající. Publikace jsou určeny jak pro odbornou, tak pro laickou veřejnost. Nakladatelství vydává knížky určené i pro dětské čtenáře.

### Zdravotní ústav Most k domovu, z. ú.

Organizace Most k domovu poskytuje kromě mobilní specializované paliativní péče také domácí zdravotní péči (odbornost 925). Most k domovu pečuje

<sup>26</sup> Statistika Zdravotnického operačního střediska ZZSHMP, 2017

o pacienty nejen z Prahy, ale působí také v okrese Praha-západ. V roce 2017 bylo přijato do péče celkem 170 pacientů, přičemž okamžitá kapacita týmu je zhruba 15 pacientů. Do péče jsou přijímáni pacienti nejen s onkologickou diagnózou, kteří nicméně tvoří většinu pacientů, ale také pacienti s neurologickým či interním onemocněním. Většina pacientů je odeslána do péče přímo z nemocnic, případně Most k domovu kontaktuje sama rodina. V některých případech přecházejí pacienti do péče paliativního týmu z domácí zdravotní péče, kterou organizace sama poskytuje. O navýšení kapacity v tuto chvíli organizaci neuvažuje. Nezbytným předpokladem pro navýšení kapacity týmu by bylo navýšení úvazku zdravotních sester, které se jeví jako problematické vzhledem k nedostatku sester na trhu práce. Most k domovu provozuje také ambulanci paliativní medicíny, která sídlí v Ústřední vojenské nemocnici – Vojenské fakultní nemocnici Praha (dále jen Ústřední vojenská nemocnice). Tato ambulance nabízí ambulantní péči pacientům této nemocnice a také umožňuje plynulejší předání pacientů do péče domácího hospice. Mezi další služby, které Most k domovu zajišťuje, patří půjčovna pomůcek a pečovatelská služba.

## Ambulance paliativní medicíny

Ambulance paliativní medicíny je definována jako specializovaná ambulance odbornosti 720 – paliativní medicína, vedená lékařem specialistou v nástavbovém oboru Paliativní medicína, popř. Paliativní medicína a léčba bolesti.<sup>27</sup>

**Ambulance paliativní medicíny vykonávají následující činnosti (převzato z České společnosti paliativní medicíny):**

- ambulantní péči o pacienty v pokročilých a konečných stádiích nevyléčitelných chorob
- konziliární činnost v oboru paliativní medicína. Obsahem konzilia paliativní medicíny může být management bolesti a dalších tělesných a psychických symptomů, facilitace rozhodování o ukončení kurativní léčby a spolupráce na tvorbě plánu paliativní péče
- vyšetření a ošetření pacientů v pokročilých a konečných stádiích nevyléčitelných chorob v domácím prostředí

Poskytovatelé ambulantní služby spolupracují s poskytovateli mobilní specializované paliativní péče, s praktickými lékaři a poskytovateli domácí ošetrovatelské péče. Dále spolupracují se sociálním pracovníkem, psychoterapeutem, pastoračním asistentem nebo duchovním a dalšími zdravotnickými pracovníky (např. nutriční specialista, rehabilitační pracovník, specialista na léčbu chronických ran).

Ačkoliv ambulance paliativní medicíny jsou nezbytným předpokladem pro rozvoj paliativní péče, je počet ambulancí paliativní medicíny v současné době na území hlavního města Praha minimální. Ambulance paliativní medicíny nyní funguje ve Vojenské ústřední nemocnici ve spolupráci s Mostem k domovu, ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze (jako součást Centra paliativní a podpůrné péče) a v Ústavu hematologie a krevní transfuze. Cesta domů provozuje mobilní ambulanci paliativní a podpůrné péče, která své služby poskytuje formou domácích návštěv a je určena nejen dospělým, ale také dětským pacientům. Kromě výše uvedených ambulancí existují v Praze také samostatné ambulance zaměřené na léčbu bolesti a paliativní péči.

Pro další rozvoj ambulancí paliativní medicíny je potřeba lepší spolupráce se zdravotními pojišťovnami při nasmlouvání úhrad ze zdravotního pojištění. Vzhledem k počtu obyvatel hlavního města Praha a doporučením týkajícím se optimálního počtu ambulancí na 100 000 obyvatel<sup>28</sup> by v rámci Prahy mělo fungovat 13 ambulancí paliativní medicíny.

## Lůžková oddělení paliativní péče

V Praze v tuto chvíli existuje pouze jedno oddělení zaměřené specificky na poskytování specializované paliativní péče. Jedná se o Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze, která sídlí na Malé Straně. Fungování oddělení je podřízeno § 85 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a jedná se tedy o speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu. Oddělení má proto nárok pobírat příspěvek na péči, pokud ho má pacient přiznán nebo o něj může požádat. Zdravotní péče je hrazena ze zdravotního

<sup>27</sup> Kabelka, Sláma, Loučka: Paliativní péče v České republice 2016 – Situační analýza. Česká společnost paliativní medicíny, 2016. Dostupné online na: <https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/12/situačni-analyza-paliativní-pece.pdf>

<sup>28</sup> Kabelka, Sláma: Stanovisko ČSPM ČLS JEP k otázce ambulantní a mobilní specializované paliativní péče v systému zdravotních služeb v ČR. Sekretariát ČSPM ČLS JEP, 2016. Dostupné online na: [https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/09/Ambulantn%C3%AD-a-MS-paliativn%C3%AD-p%C3%A9%C4%8De\\_%C4%8CSPM\\_2016.pdf](https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/09/Ambulantn%C3%AD-a-MS-paliativn%C3%AD-p%C3%A9%C4%8De_%C4%8CSPM_2016.pdf)

pojištění a na finančním provozu paliativního oddělení se významně podílí zřizovatel nemocnice, kterým je Kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského. Činnost oddělení byla také finančně podpořena Nadačním fondem Avast.

Oddělení disponuje 13 lůžky a umožňuje ubytování pro doprovod pacienta. Ubytování na jednolůžkovém pokoji je zpoplatněno dle aktuálního ceníku nemocnice (v době analýzy se jednalo o 100 Kč/den).

Poskytování péče zajišťuje multidisciplinární tým, který kromě odborné lékařské a ošetrovatelské péče poskytuje péči psychosociální a duchovní podporu. Oddělení paliativní péče se také podílí na dalším vzdělávání zdravotníků z jiných zařízení a funguje jako školicí pracoviště.

## Nemocniční paliativní týmy

Nemocniční paliativní týmy, někdy též nazývané nemocniční podpůrné týmy paliativní péče, poskytují specializovanou paliativní péči, poradenství a podporu odbornému zdravotnickému personálu, pacientům a jejich rodinám v nemocničním prostředí.<sup>29</sup> Nemocniční paliativní týmy mohou působit v rámci celé nemocnice, jedná se o mobilní konziliární službu. Cílem nemocničních paliativních týmů je zmírňování symptomů pacientů formou poskytování odborných konzultací ošetřujícímu personálu, který nemá odbornou kvalifikaci v paliativní péči, a podpory pacientům a jejich blízkým. Nemocniční paliativní týmy se také věnují vzdělávání a osvětě odborné i laické veřejnosti a aktivně se podílejí na výzkumu v paliativní péči. Dle doporučení EAPC má být nemocniční paliativní tým dostupný v každé nemocnici. V České republice v současné době vznikají nemocniční paliativní týmy v rámci programu Spolu až do konce, který podporuje Nadační fond Avast. Ministerstvo zdravotnictví vyhlásilo v roce 2017 projekt na podporu rozvoje nemocniční paliativní péče ("Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče"), který si klade za cíl systémové nastavení poskytování paliativní péče v nemocnicích. Většina fungujících nemocničních paliativních týmů provozuje nyní svoji činnost v rámci své primární odbornosti a často nad rámec svých běžných pracovních povinností.

Pro dobré fungování týmů je ale nezbytným předpokladem, aby personál, který v paliativním týmu pracuje, měl svoji práci v týmu jako hlavní pracovní náplň.

Na území hl. m. Praha působí několik nemocničních paliativních týmů. Jedná se o paliativní tým ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, paliativní tým v Ústřední vojenské nemocnici, Centrum paliativní a podpůrné péče ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, tým podpůrné a paliativní péče při Ústavu hematologie a krevní transfuze, paliativní tým na Interním oddělení Strahov Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Ve Fakultní nemocnici v Motole působí tým poskytující dětskou paliativní péči v rámci dětské kliniky.

### Doporučení poskytovatelů specializované paliativní péče pro zvýšení dostupnosti paliativní péče v Praze

*Na základě rozhovorů s poskytovateli specializované paliativní péče byla identifikována následující opatření a doporučení, která mohou vést ke zvýšení dostupnosti kvalitní paliativní péče pro občany hl. m. Praha.*

- Edukace zdravotníků (lékařů i nelékařů) a sociálních pracovníků v paliativní péči.
- Vzdělávání praktických lékařů v poskytování paliativní péče.
- Vzájemná mezioborová spolupráce organizací a zařízení, které poskytují péči občanům v závěru života.
- Efektivní propojení zdravotních a sociálních služeb, které jsou do péče o pacienty v závěru života zapojeny.
- Zohlednit provázanost zdravotních a sociálních služeb v paliativní péči při grantových a dotačních řízeních.
- Rozvoj spolupráce agentur domácí péče a praktických lékařů při poskytování obecné paliativní péče.
- Umožnit souběžné poskytování mobilní specializované paliativní péče a péče poskytované agenturami domácí péče v systému úhrad zdravotního pojištění.
- Zvýšení kapacity poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče.
- Včasné odesílání pacientů hospitalizovaných v nemocnicích do lůžkových hospiců.
- Finanční podpora osob, které pečují o své blízké v domácím prostředí.

<sup>29</sup> Dokument publikován v European Journal of Palliative Care 2009; 16(6) a 17(1). V českém překladu dostupné online na: <https://www.paliativnimediceina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-a-normy-eapc.pdf>



**Obecná  
paliativní péče** je  
charakterizována  
jako dobrá  
zdravotní  
a sociální péče  
o pacienty  
s pokročilým  
onemocněním.

## 4.2

### Poskytovatelé obecné paliativní péče na území hl. m. Praha

Obecná paliativní péče je charakterizována jako dobrá zdravotní a sociální péče o pacienty s pokročilým onemocněním.<sup>30</sup> Je poskytována primárním zdravotnickým personálem a sociálními pracovníky, kteří přicházejí do kontaktu s pacienty s nevléčitelným nebo život ohrožujícím onemocněním. Součástí obecné paliativní péče je léčba symptomů, komunikace s pacientem a jeho rodinou a organizační zajištění adekvátní péče.<sup>31</sup>

Mezi poskytovatele obecné paliativní péče se řadí praktičtí lékaři, nemocnice akutní a následné péče, domovy pro seniory, léčebny dlouhodobě nemocných, agentury domácí péče a poskytovatelé pečovatelských služeb.

V rámci dotazníkového šetření mezi výše uvedenými poskytovateli zdravotní a sociální péče bylo osloveno 126 organizací nebo individuálních provozovatelů zdravotních a sociálních služeb, které svoji činnost provozují na území hl. m. Praha a přicházejí do kontaktu s pacienty s pokročilým onemocněním nebo v závěru života. Dotazník byl odeslán celkem na 179 e-mailových adres vedoucích pracovníků těchto organizací. Celkem odpovědělo 75 respondentů. Návratnost dotazníků byla 41,9 %.

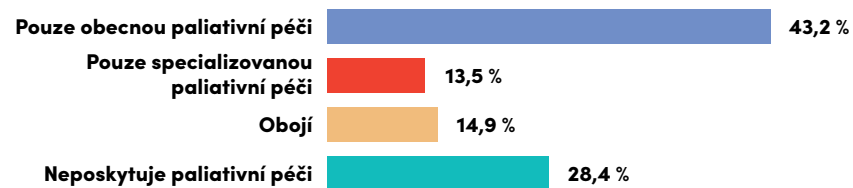
Většina respondentů působila v zařízeních poskytujících pečovatelskou službu (25,3 %) a v domovech pro seniory (24 %). Agentury domácí péče a léčebny dlouhodobě nemocných byly zastoupeny shodně po 10,7 % respondentů. Více než polovina respondentů (58,1 %) uvedla, že poskytuje obecnou paliativní péči, 28,4 % naopak uvedlo, že neposkytuje paliativní péči vůbec. Obecnou paliativní péči poskytují domovy pro seniory, léčebny dlouhodobě nemocných, agentury domácí péče a výjimečně i pečovatelské služby.

<sup>30</sup> Sláma: Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. Paliativna medicína a liečba bolesti, 2012 5(1):10-12

<sup>31</sup> Sláma: Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. Paliativna medicína a liečba bolesti, 2012 5(1):10-12



Obrázek: Typ paliativní péče, kterou organizace poskytují



Specializovanou paliativní péči poskytuje 28,4 % organizací, které se výzkumného šetření zúčastnily. Jedná se o lůžkové hospice, poskytovatele MSPP a nemocnice.

Většina organizací (77,3 %) spolupracuje při péči o své klienty s některým z poskytovatelů specializované paliativní péče. S poskytovateli mobilní specializované paliativní péče spolupracuje 37,3 % respondentů. Nejčastěji se jedná o agentury domácí péče, domovy pro seniory a pečovatelskou službu. S lůžkovými hospici spolupracují nejvíce nemocnice a léčebny dlouhodobě nemocných.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že při poskytování paliativní péče organizace nejvíce narážejí na **nedostatek personálu, který by měl odpovídající kvalifikaci a vzdělání pro poskytování paliativní péče.**

Další problematickou oblastí je **finanční zajištění poskytování paliativní péče.** Nedostatek financí se týká potřeby navýšení mezd a platů personálu, nedostatečné výše úhrad za péči v rámci systému zdravotního pojištění, problematika sociálně zdravotního lůžka a jeho vykazování a finanční podpory na rozvoj paliativní péče v rámci organizace. Nedostatečnou finanční podporu uváděli organizace také u rodin, které pečují o svého blízkého v domácím prostředí.

Některé organizace narážejí na vlastní limity, jako je nedostatečné vybavení nebo zázemí pro poskytování paliativní péče v jejich zařízení.

Pro rozvoj paliativní péče je dle organizací nezbytná **podpora vzdělávání personálu v paliativní péči, zlepšení informovanosti lékařů o paliativní péči a edukace rodin.** Organizace by také uvítaly možnost dostupného paliativního lékaře pro potřebné konzultace, ideálně 24 hodin denně. Jako vhodná forma podpory se jeví **zajištění telefonické paliativní poradny, která by byla**

**dostupná lékařům, pacientům a rodinám.** Při poskytování paliativní péče je nezbytná spolupráce mezi různými poskytovateli. Klíčová je **spolupráce s praktickým lékařem, s nemocnicemi a hospici.** Vzhledem k charakteru paliativní péče, je také potřeba lépe **propojit poskytování zdravotních a sociálních služeb** a zajistit lepší **finanční podporu pečujícím rodinám.**

Specifika jednotlivých typů poskytovatelů obecné paliativní péče jsou představena v následující části textu.

## Agentury domácí péče

Domácí péče je odborná zdravotnická péče, která je poskytovaná pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí. Domácí péči může indikovat praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost nebo ošetřující lékař při hospitalizaci. Péče má být dostupná nepřetržitě. Délku a frekvenci návštěv stanovuje indikující lékař dle stavu pacienta. Vzhledem k charakteru poskytované péče má domácí péče významné místo i při poskytování obecné paliativní péče. **Pro poskytování paliativní péče je ale nezbytná spolupráce s praktickým lékařem pacienta, která je v tuto chvíli nedostatečná** a agentury narážejí na neochotu praktických lékařů se do péče o pacienty aktivně zapojovat. Pokud spolupráce s praktickým lékařem funguje dostatečně, jsou zdravotní sestry z agentur domácí péče schopny zajistit vhodnou péči i o pacienty v závěru života a omezit tak překlady do nemocnic při zhoršení jejich zdravotního stavu.

Agentury domácí péče často spolupracují s mobilními hospici. Jak bylo uvedeno v předchozí části textu, agentury domácí péče nemohou poskytovat péči současně s poskytovateli mobilní specializované paliativní péče, ačkoliv by pacient mohl využívat obě služby ke svému prospěchu.

Závažným limitujícím faktorem je nastavení preskripčního systému této služby na konkrétní frekvenci a délku návštěv, která neumožňuje pružně zareagovat na akutně zhoršený zdravotní stav pacienta. Tuto zřetelnou nevýhodu částečně koriguje **signální kód** (výkon 06349 „Signální kód – ošetřovatelská péče o pacienta v terminálním stavu“), který nemá časovou ani bodovou hodnotu. Tento kód signalizuje péči o pacienta v terminálním stavu a ruší omezení frekvence provedených výkonů sester domácí zdravotní péče. Signální kód indikuje praktický nebo ošetřující lékař v rozsahu 30 dnů. Pokud je požadováno

prodloužení je nutné požádat o schválení revizního lékaře. Signální kód je určený pro pacienty u kterých není reálné očekávat jejich uzdravení a je pravděpodobné, že zemřou v relativně krátké době a kurativní péče je již ukončena.

## Zařízení následné péče

Následná lůžková péče je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, ke zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče<sup>32</sup>. Poskytovaná péče zahrnuje péči léčebnou včetně obecné paliativní péče, léčebně rehabilitační a ošetrovatelskou péči. V období 2011–2016 zemřelo v léčebnách pro dlouhodobě nemocné 7 341 pacientů (tj. 10 % všech úmrtí v hl. m. Praha ve sledovaném období).<sup>33</sup>

V této publikaci používáme také starší označení léčebna dlouhodobě nemocných (LDN) z důvodu zachování tohoto termínu v názvech některých dotazovaných organizací a také proto, že je tato kategorie používána v citovaných statistikách ÚZIS a NRPZS, například o místu úmrtí.

Léčebny dlouhodobě nemocných přijímají do své péče pacienty v pokročilé fázi nevléčitelného onemocnění a služby paliativní péče jsou proto nezbytným předpokladem pro poskytování komplexní péče pacientům v závěru života. V dotazníkovém šetření většina respondentů z LDN (87,5 %) uvedla, že poskytují obecnou případně specializovanou paliativní péči a polovina respondentů uvedla, že nespolupracují s žádným poskytovatelem paliativní péče.

## Domovy pro seniory

Domovy pro seniory jsou formou sociální služby, která poskytuje dlouhodobé pobytové služby osobám se sníženou soběstačností způsobenou převážně

věkem jež vyžadují pravidelnou pomoc druhé osoby.<sup>34</sup> Služba zahrnuje širokou škálu činností od poskytnutí ubytování, stravy, pomoci v péči o vlastní osobu a ošetrovatelskou péči až po sociálně terapeutické a aktivizační činnosti. Služby jsou poskytovány v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů<sup>35</sup> a jsou poskytovány za úhradu.

Dle registru sociálních služeb na území hl.m. Praha funguje 32 domovů pro seniory (z toho je jeden určen pro řeholní sestry a jeden pro válečné veterány). Z celkového počtu domovů pro seniory je hl. m. Praha zřizovatelem 9 z nich (další 4 domovy, které MHMP zřizuje, leží mimo katastr hl. m. Praha). Celková lůžková kapacita domovů pro seniory v Praze v roce 2016 byla 2530 lůžek.<sup>36</sup> V domovech pro seniory v hl. m. Praha zemřelo v roce 2017 celkem 700 seniorů, v roce 2016 se jednalo o 628 úmrtí.<sup>37</sup>

Většina domovů pro seniory účastnících se dotazníkového šetření uvedla, že poskytují obecnou nebo specializovanou paliativní péči. Více než polovina z nich (53 %) pravidelně spolupracuje s některým z poskytovatelů specializované paliativní péče. Nejčastěji se jedná o spolupráci s mobilním hospicem. Tato spolupráce umožňuje poskytování specializované paliativní péče v prostředí domova pro seniory, tedy v místě, kde senior žije a které je pro něj přirozeným prostředím, na něž je zvyklý a cítí se v něm dobře a bezpečně. **Cílem spolupráce s MSPP je umožnit klientům dožít v domově v maximálním možném komfortu a bez bolesti.** Spolupráce může mít různé podoby, jedná se např. o využití konziliární služby poskytované MSPP (Cesta domů). V tomto případě je ale potřeba spolupráce praktického lékaře, který působí v domově. Další možností je souběžné poskytování specializované paliativní péče a péče poskytované v domově pro seniory, kdy se senior stává pacientem poskytovatele MSPP a zůstává přitom klientem domova pro seniory. Nezbytné je ale nastavení vykazování úhrad za zdravotnické výkony, které si nemohou oba poskytovatelé vykazovat souběžně. Při poskytování obecné paliativní péče v prostředí domova pro seniory je potřeba posilovat znalosti a dovednosti praktických lékařů, kteří v domovech působí, a podporovat paliativní přístup celého týmu, který o klienty pečuje.

<sup>32</sup> MZČR, 2018. Dostupné online na: [https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece\\_2627\\_22.html](https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.html)

<sup>33</sup> Zdroj: <https://www.paliativnidata.cz>

<sup>34</sup> MPSV, 2018. Dostupné online na: <https://www.mpsv.cz/cs/18661#sspd>

<sup>35</sup> účinnost od 1. 10. 2017

<sup>36</sup> Zdroj: ČSÚ, dostupné online na: <https://www.czso.cz/csu/czso/22-socialni-zabezpeceni-57110w5syd>

<sup>37</sup> Zdroj: MPSV, oddělení statistiky, osobní sdělení, Ing. Král, leden, 2019

### **Příklad dobré praxe: Model spolupráce Domova pro seniory Sue Ryder s poskytovatelem MSPP Cesta domů**

Projekt "Proces integrace paliativní péče" je zaměřený na rozvoj paliativní péče v organizaci a na sdílení zkušeností s dalšími poskytovateli sociálních a zdravotních služeb. Součástí projektu je intenzivní vzdělávání personálu (kurzy ELNEC, Paliativní péče v domovech pro seniory), účast na odborných seminářích i stáže v zahraničí. Pomocí těchto aktivit dochází k otevření tématu paliativní péče a posílení paliativního přístupu v organizaci. Díky projektu a na základě reflexe praxe dochází také k rozvoji kompetencí týmu odborníků v oblasti geriatrické paliativní péče a k navyšování kompetencí praktického i „domovského“ lékaře, kteří v Domově Sue Ryder působí. Klienti mají k dispozici kaplana a psychologa, kteří mají svou nezastupitelnou úlohu v poskytování paliativní péče. Projekt zaměřený na integraci paliativní péče běží v Domově Sue Ryder již čtvrtým rokem a díky němu se zvyšuje počet klientů, kterým je umožněno zemřít důstojně v prostředí Domova. V roce 2017 zemřelo 11 klientů, přičemž 8 z nich zemřelo v Domově za přítomnosti svých nejbližších.

Pro poskytování paliativní péče byla navázána spolupráce s Cestou domů. Vzájemná spolupráce pomáhá personálu domova Sue Ryder nastavit potřebou péči, léčbu i medikaci tak, aby klient mohl dožít v domově místo toho, aby musel být převezen do nemocnice při zhoršení stavu v závěru života.

Vzájemná spolupráce umožňuje poskytování paliativní péče ve formě konziliární návštěvy paliativního lékaře nebo jako model sdílené péče.

Model sdílené péče se využívá v péči o klienty s komplexními a špatně zvladatelnými projevy nemoci. Klientovi je umožněno setrvat v domově pro seniory a přitom se stává pacientem Cesty domů, která zajišťuje stálou dostupnost lékařské péče, stejně jako podporu kvalifikovanými sestrami pro pečující multidisciplinární tým domova.

**„...naše zkušenost byla, že pro řadu kolegů bylo obtížné vést hovor na téma závěru života a péče v závěru života. To ani nebylo tak, že by to klienty nezajímalo, ale tou bariérou jsme vlastně byli i my do jisté míry. Jako odborná veřejnost jsme nebyli připraveni vést s lidmi hovor v duchu toho, že existuje péče v závěru života a jaké jsou možnosti.“**

## **Pečovatelská služba**

Pečovatelská služba je sociální službou a její poskytování se řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Jedná se o terénní nebo ambulanci službu určenou osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována v domácnostech klientů nebo v zařízeních sociálních služeb.

Služba není vykonávána zdravotníky, nýbrž pracovníky v sociálních službách (pečovateli a pečovatelky). Pro poskytování zdravotní péče je potřeba spolupráce s agenturou domácí péče.

S ohledem na paliativní péči je potřeba posílit informovanost pečovatelů o paliativní péči tak, aby mohly fungovat jako zdroj informací v případě potřeby. Klienti, kteří pečovatelské služby využívají, jsou velmi často v pokročilém věku a dostupnost paliativní péče může zabránit nechtěné hospitalizaci při zhoršení jejich zdravotního stavu. Pro poskytování paliativní péče jsou klíčoví praktičtí lékaři, které mohou pečovatelky kontaktovat a informovat je o zhoršení stavu jejich pacienta. Pečovatelské služby spolupracují s poskytovateli specializované paliativní péče spíše příležitostně (třetina z dotazovaných respondentů) a pokud ano, spolupracují s mobilní paliativní péčí. 68 % respondentů uvedlo, že paliativní péči neposkytují vůbec.

**„Pro naše křehké geriatrické pacienty by bylo důležité zvýšení kapacity praktiků směrem do terénu. Ti lidé by stejně užili často jen základní, obecnou paliativní péči, nepotřebovali by specializovanou paliativu, ale jen třeba nějakou konziliární návštěvu.“**

5

# PRAKTIČTÍ LÉKAŘI A PALIATIVNÍ PÉČE

Role praktických lékařů ve zdravotnickém systému České republiky je klíčová. Představují ve většině případů první kontakt pacienta se systémem zdravotnictví, a proto se také řadí do kategorie primární péče. Úkolem praktických lékařů je poskytovat preventivní a obecnou lékařskou péči a zároveň delegovat pacienty vyžadující specializovanou lékařskou péči k adekvátním poskytovatelům (ambulantní či nemocniční péče). V rámci paliativní péče je to obdobné, tedy měli by být schopni poskytovat obecnou paliativní péči a zároveň nasměrovat pacienta v případě potřeby k specializované paliativní péči.

Abychom zjistili, jak vnímají samotní praktičtí lékaři současnou situaci a jaký mají vztah k paliativní péči, provedli jsme dotazníkové šetření mezi praktickými lékaři kteří poskytují své služby na území Prahy. Osloveno bylo celkem 468 praktických lékařů, z čehož bylo zpět obdrženo 129 vyplněných dotazníků.

Respondenti pocházeli ze 13 městských částí. Většina respondentů byly ženy (82,9 %). Necelá polovina respondentů byla věkově mezi 31–56 let a více než třetina respondentů byla ve věku 56–65 let. Co se týče počtu let praxe, téměř polovina respondentů uvedla praxi delší než 20 let. Podrobná demografie respondentů je představena v následující tabulce.

**Praktický lékař by měl být schopen poskytovat obecnou paliativní péči, pacienty vyžadující specializovanou paliativní péči by měl delegovat k adekvátním poskytovatelům.**

Obrázek: Demografie respondentů

Charakteristika	četnost respondentů a jejich poměr ve výběrovém souboru
<b>Pohlaví</b>	
ženy	107 (82,9 %)
muži	22 (17,1 %)
<b>Věk</b>	
21–35 let	5 (3,9 %)
36–50 let	57 (44,2 %)
51–65 let	47 (36,4 %)
starší 65 let	20 (15,5 %)
<b>Počet let praxe</b>	
0–5	11 (8,5 %)
6–10	21 (16,3 %)
11–15	22 (17,1 %)
16–20	11 (8,5 %)
více než 20	64 (49,6 %)

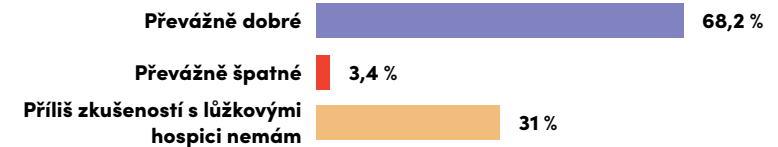
Na otázku, jak by praktičtí lékaři sami hodnotili své znalosti v paliativní péči na škále od 1 do 10, kdy hodnota 1 znamená minimální znalosti v paliativní péči a hodnota 10 znamená že se praktický lékař považuje za experta v paliativní péči, ohodnotilo nejvíce respondentů své znalosti číslem 5. Podle odpovědí byli respondenti sloučeni do tří kategorií úrovně znalostí v oblasti paliativní péče (základní úroveň znalostí, dobré znalosti, vynikající znalosti).

Obrázek: Sebehodnocení znalostí v oblasti paliativní péče

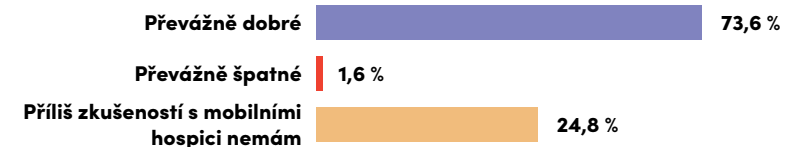
KATEGORIE	PROCENTA	ČETNOST RESPONDENTŮ
Základní úroveň znalostí	28,7	37
Dobré znalosti paliativní péče	60,5	78
Vynikající znalosti paliativní péče	10,9	14

Zhruba dvě třetiny dotázaných praktických lékařů uvedly, že má dobrou zkušenost s lůžkovými i mobilními hospici. Zbytek respondentů nemá s hospici příliš zkušeností.

#### Zkušenosti s lůžkovými hospici

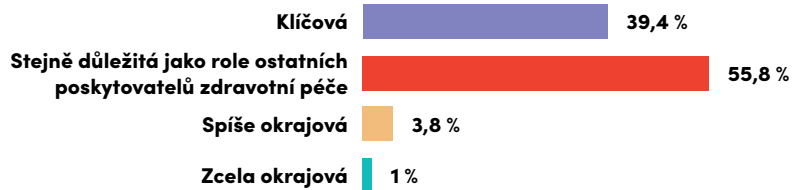


#### Zkušenosti s domácími / mobilními hospici

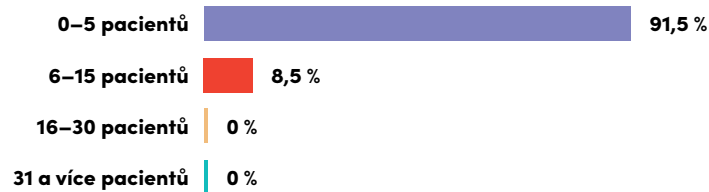


Nadpoloviční většina považuje roli praktického lékaře v péči o pacienty v závěru života za stejně důležitou jako roli ostatních poskytovatelů zdravotní péče a téměř 40 % vnímá roli praktického lékaře jako klíčovou. Nicméně během posledního roku iniciovalo přijetí do hospicové péče u více než 6 pacientů pouze 8,5 % lékařů. Téměř všichni lékaři (83,7 %), kteří se dotazníkového šetření zúčastnili, se domnívají, že jejich pacienti nejsou dostatečně informováni o významu a možnostech paliativní péče.

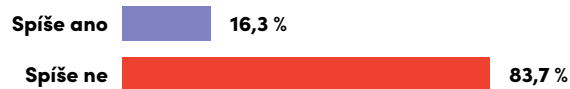
### Role praktického lékaře v péči o pacienta v závěru života



### Kolik pacientů odeslal praktický lékař do hospicové péče v posledním roce



### Informovanost pacientů o významu a možnostech paliativní péče



Jako největší překážky v dostupnosti paliativní péče uvedli praktičtí lékaři omezenou kapacitu poskytovatelů specializované paliativní péče. U lůžkových hospiců uváděli, že je nedostatečný počet lůžek a u mobilních hospiců zmiňovali dlouhé čekací lhůty a nedostatečnou kapacitu. Jako prioritní pro zlepšení dostupnosti paliativní péče vnímají navýšení kapacit mobilních a lůžkových hospiců, případně zřízení paliativních oddělení či ambulancí v nemocnicích.

Praktičtí lékaři si dále uvědomují finanční náročnost péče spojenou s nutností úhrady služeb lůžkových i mobilních hospiců, která může být pro některé jejich pacienty příliš zatěžující. V případě, že o své blízké pečují rodina v domácím prostředí, se praktičtí lékaři domnívají, že by rodiny měli dostat adekvátní finanční podporu.

Z výzkumného šetření dále vyplývá, že praktičtí lékaři vnímají jako nedostatečnou informovanost svých pacientů a jejich rodin o možnostech paliativní péče. Neznalost paliativní péče úzce souvisí s obavami a nedůvěrou pacientů a rodin, pokud jim paliativní péči nabízejí. Nedostatečná informovanost se týká nejen pacientů, ale také odborné veřejnosti.

Polovina respondentů dále uvedla, že ke zlepšení dostupnosti a kvality poskytované paliativní péče v Praze by pomohlo navýšení plateb za domácí návštěvu praktického lékaře a zvýšení úhrad zdravotní pojišťovny za výkony v paliativní péči.

*“...malé kompetence praktických lékařů (paliativní péče neodmyslitelně patří ke všeobecnému praktickému lékařství). Paliativní péči poskytují jako praktický lékař prakticky zdarma, ve svém osobním volnu a náklady nese ordinace.”*

Více než polovina respondentů uvedla, že ke zvýšení dostupnosti paliativní péče by bylo vhodné zajistit telefonickou poradnu pro pacienty, rodiny i lékaře, ideálně s 24 hodinovou help linkou. V tuto chvíli je v Praze dostupná telefonická poradna, kterou provozuje Cesta domů, případně poradna v Hospici Dobrého pastýře. Obě poradny ale fungují pouze v běžné pracovní době.

### Hlavní překážky v poskytování paliativní péče z pohledu praktických lékařů

- Nedostatečná kapacita lůžkových hospiců.
- Nedostatečná kapacita mobilních hospiců.
- Dlouhé čekací lhůty pro příjem pacientů do péče poskytovatelů specializované paliativní péče.
- Finanční zátěž pro pacienta a rodinu spojená s úhradou hospicové péče.
- Nedostatečná informovanost pacientů a rodin o paliativní péči.
- Problematická spolupráce s rodinou pacienta.
- Nedostatečná spolupráce mezi různými poskytovateli služeb.
- Nízké ohodnocení návštěvní služby praktického lékaře a systém úhrad zdravotních pojišťoven při vykazování výkonů spojených s paliativní péčí.

6

# DOPORUČENÍ PRO DALŠÍ ROZVOJ PALIATIVNÍ PÉČE

V této závěrečné kapitole nabízíme několik doporučení pro další rozvoj paliativní péče v hl. m. Praha, která vychází z dat obsažených v této analýze. Ze zjištěných informací vyplývá řada možných nástrojů a cest ke zlepšení dostupnosti a kvality paliativní péče v Praze, níže uvedená doporučení jsou však formulována s ohledem na roli a možnosti magistrátu.

## Doporučení č. 1

### Využívat konkrétní definice a standardy pro poskytovatele paliativní péče

#### Proč je to důležité?

Nejednoznačná definice paliativní péče a vágní právní vymezení slova hospic jsou jedním z důvodů, proč je těžké přesně vymezit a v praxi poznat, která organizace poskytuje opravdu komplexní paliativní péči na specializované úrovni (multidisciplinární tým včetně vlastního lékaře, dostupnost 24/7, adekvátní vzdělání personálu), které organizace poskytují obecnou paliativní péči (adekvátní vzdělání a kompetence, využívání plánu paliativní péče u svých klientů, spolupráce s poskytovateli specializované paliativní péče) a které organizace pouze tvrdí, že poskytují hospicovou nebo paliativní péči, přitom však toto zakládají pouze na faktu, že v jejich péči jsou i klienti v závěru života. Nejednoznačnost vymezení může být pro veřejnou správu komplikací například v momentu rozhodování o přidělení dotační podpory, pro občany je zároveň zdrojem nepřehlednosti služeb.

#### Co dělat?

Doporučujeme při tvorbě veřejné politiky využít některý z dostupných definičních rámců pro paliativní péči – konkrétně můžeme doporučit Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví k poskytování mobilní specializované paliativní péče (v příloze) a Standardy paliativní péče, publikované Českou společností paliativní medicíny ČLS JEP,<sup>38</sup> které přehledně definují rozsah péče paliativních týmů. Naplnění těchto standardů se dá využít pro měření kvality péče v daných organizacích.

<sup>38</sup> Dostupné online na [https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp\\_cspm\\_2013\\_def.pdf](https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf)



## Doporučení č. 2

### Zvýšit kapacitu poskytovatelů specializované paliativní péče

#### Proč je to důležité?

V hlavním městě umírá v hospicích méně obyvatel, než jaká je odhadovaná potřeba této péče, a vzhledem k demografickému vývoji se dá očekávat, že tlak na kapacity poskytovatelů bude dále narůstat. Praha by měla naplnit doporučené kapacity paliativní sítě, definované doporučením Evropské asociace paliativní péče (viz kapitola 3). Zejména v oblasti mobilní specializované paliativní péče je nedostatek kapacity často zmiňován organizacemi i experty jako jedna z hlavních překážek v zajištění paliativní péče.

#### Co dělat?

Zvýšení kapacity paliativních týmů je možné několika způsoby.

- Podpořit vznik nových domácích hospiců – zejména v této oblasti jsou v Praze velké limity (doporučení Evropské asociace paliativní péče je 1 tým na 100 000 obyvatel, v Praze jsou v současnosti dvě organizace). Vzhledem k existujícímu úhradovému mechanismu pro mobilní specializovanou paliativní péči a velké poptávce není překážkou v této oblasti finanční stránka věci, ale spíše se dají čekat komplikace v personální oblasti, narážející na celkový nedostatek zdravotních sester. Nabízí se možnost podpořit již existující lůžkové hospice v rozšíření služeb o mobilní péči.
- Zvýšit kapacitu lůžkové paliativní péče – kapacita lůžkových hospiců v Praze není dostatečná (doporučení 80–100 lůžek na 1 milion obyvatel) a zároveň jeden ze dvou pražských hospiců přijímá pouze pacienty s onkologickou diagnózou, což významně komplikuje dostupnost péče pro pacienty s jinými onemocněními. Z provozního hlediska by bylo otevření nového lůžkového hospice udržitelné finančně i s ohledem na poptávku, vyžadovalo by však významnou počáteční investici. Alternativu mohou do budoucna nabídnout nemocniční oddělení paliativní péče.
- Podpořit rozvoj specializované paliativní péče ve zdravotnických zařízeních a v ambulancích paliativní medicíny. Lůžková zařízení akutní péče jsou klíčovou institucí v trajektorii péče o osoby s pokročilým závažným onemocněním a v otázkách rozhodování o typu další péče včetně paliativní péče jsou odbornou autoritou, na které je závislé rozhodování o případném dalším poskytování paliativní péče zařízeními mimo nemocniční paliativní péče. Ve vztahu k četnosti úmrtí jsou zařízení akutní péče dominantním

poskytovatelem péče o osoby v závěru života. Ambulance paliativní medicíny může zajistit bezprostřední návaznost na specializované medicínské výkony v akutní péči a zásadním způsobem přispět k efektivní podpoře pacientů s pokročilým závažným onemocněním včetně poskytnutí návštěvní péče v domácím prostředí. V rámci formulované koncepce je možné definovat možnosti ovlivnění a podpory nemocničních paliativních týmů a ambulancí paliativní medicíny (např. podpora specializované edukace, bonifikace péče o rezidenty, dotační aktivity k personálnímu zajištění funkčních týmů, spolufinancování služeb nehrazených nebo nedostatečně hrazených z prostředků zdravotního pojištění a další)

- ke zvýšení kapacity by mohlo přispět i stabilnější financování poskytovatelů paliativní péče ve smyslu úpravy dotačních programů, které by obsahovaly menší faktor nejistoty – například formou paušální úhrady za pacienta nebo bonifikací za splnění standardů kvality.
- poskytovatelé specializované paliativní péče, podobně jako jiná zdravotnická zařízení, narážejí na nedostatek personálu. Bylo by vítané, pokud by magistrát mohl podpořit organizace v náborech nových zaměstnanců hospiců, zejména zdravotních sester, nějakou formou benefitu (náborový příspěvek, ubytování a podobně).

## Doporučení č. 3

### Zvýšit kompetence poskytovatelů obecné paliativní péče

#### Proč je to důležité?

Podle stanovisek odborných společností potřebuje specializovanou paliativní péči v závěru života zhruba 20–30 % pacientů. Ostatní by mohli získat adekvátní podporu od **neformálních pečujících za podpory** poskytovatelů obecné paliativní péče – praktických lékařů, domovů pro seniory, agentur domácí zdravotní péče. V současné situaci však kompetence těchto organizací často nestačí a klienty odesílají na akutní lůžka nebo do specializovaných pracovišť (hospiců), které často plní funkci stabilizační a pacienty doprovodí do konce ne kvůli nezbytnosti specializované péče, ale kvůli neschopnosti ostatních složek systému poskytnout adekvátní péči v rámci svých kompetencí.

#### Co dělat?

Doporučujeme podpořit modely sdílené péče – například domovů pro seniory a mobilních hospiců. Tato spolupráce je v hlavním městě již otestována



a ukazuje se jako funkční. Mnoho organizací však s tímto modelem nemá zkušenosti a nemá ani informace o tom, že je to možné. Podpořit sdílení dobré praxe, například vzdělávacími semináři nebo konkrétní finanční dotací může posílit tyto funkce systému, které mohou ve výsledku zajistit potřebnou péči velkému množství klientů. Ti budou ponecháni ve vlastním sociálním prostředí a zároveň dostanou péči, kterou potřebují. Magistrát také může cíleně podpořit vlastní zřizované organizace ve vzdělání a prohloubení kompetencí v oblasti paliativní péče. S ohledem na nedostatečnou kapacitu mobilních hospiců se jako významná jeví práce se zdravotnickou záchrannou službou, která pro občany představuje zdroj pomoci v akutní situaci. Zvýšení kompetencí ZZS ve smyslu zajištění pacienta v domácím prostředí a propojení rodiny s týmem mobilní paliativní péče by významně částí pacientů umožnilo dožít doma podle svého přání.

Jako potřebné se také jeví pracovat s praktickými lékaři a motivovat je, prohlubovat jejich spolupráci a kontakt s poskytovateli specializované paliativní péče a také zvyšovat jejich kompetence v oblasti obecné paliativní péče (využívání agentur domácí péče se signálním kódem, práce s opiáty, formulace plánu paliativní péče). Opět se zde jako vhodný nástroj nabízí vzdělávací akce a semináře, umožňující prohloubení spolupráce mezi organizacemi a praktickými lékaři. Za předpokladu pregnantního vymezení definičních znaků a nároků na organizace, uvádějících poskytování paliativní péče jako jednu ze svých služeb, se nabízí možnost účelové finanční podpory pro poskytovatele obecné paliativní péče, kteří splní požadované standardy (například agentury domácí péče).

## Doporučení č. 4

### Zvýšit informovanost veřejnosti o paliativní péči

#### Proč je to důležité?

Nedostatečná informovanost veřejnosti byla jednou z nejčastěji zmiňovaných překážek v zajištění paliativní péče podle oslovených expertů a organizací. Informovanost o paliativní péči má význam faktický a také psychologický – povědomí o možnostech paliativní péče pomáhá nemocným i jejich rodinám s rozhodováním v závěru života, efektivnějšímu plánování péče a celkovým vyrovnáním s jejich situací. Toto zpětně pomáhá poskytovatelům zdravotních a sociálních služeb s úpravou plánu péče nebo včasným překladem do hospiců.

#### Co dělat?

V oblasti zvýšení informovanosti doporučujeme čtyři kroky:

- realizaci osvětové kampaně o paliativní péči, zaměřené na širokou veřejnost
- zřízení poradenské linky zaměřené na pomoc lidem, kteří čelí vážnému onemocnění nebo pečují o těžce nemocného člověka, případně podpora existujících služeb (například poradny hospice Cesta domů, která nabízí své služby zdarma) s cílem zvýšení jejího dosahu a kapacity – oslovené organizace i experti mluvili o potřebě takové služby, fungující ideálně v nepřetržitém provozu a nabízející poradenství pečujícím, ale i pacientům a profesionálům
- podpora komunikačních dovedností pracovníků ve zdravotních a sociálních službách, které umožní efektivnější komunikaci o paliativní péči s jejich klienty

## Doporučení č. 5

### Zvýšit podporu neformálních pečujících

Většina lidí si přeje umírat doma. Pokud se blízcí pacienta rozhodnou toto přání nemocnému splnit, budou potřebovat podporu. Nově ustanovený institut dlouhodobého ošetrového významně snížil finanční zátěž, přesto na tuto podporu řada občanů nedosáhne (například kvůli podmínce předchozí hospitalizace). Péče o umírajícího člověka obnáší řadu těžkých momentů a situací, na které většina lidí není předem připravena. Bez péče mobilních hospiců na to mnohdy zůstávají lidé sami a v určitém momentu péči ukončí kvůli obavám, zda vše zvládnou. Péče v domácím prostředí přitom nejvíce odpovídá přáním lidí a ze systémového hlediska se jedná o ekonomicky nejúspěšnější variantu.

#### Co dělat?

Doporučujeme podpořit vznik vzdělávacích seminářů pro pečující. Podobné semináře již v několika regionech probíhají, mohou je připravit přímo poskytovatelé péče (například mobilní hospice), Charita, zdravotnické školy a další instituce. Pečující by také ocenili již zmíněnou možnost konzultace například v poradně a samozřejmě oporu v praktickém lékaři, případně dalších službách, které využívají (agentury domácí péče). U některých skupin obyvatel se jako efektivní forma podpory ukazují také svépomocné skupiny (například rodiče těžce nemocných dětí, pozůstalí). Z hlediska již dostupných nástrojů

je vhodné pracovat na vyšší informovanosti o příspěvku na péči a zrychlení procesu jeho vyřízení a hledání dalších možností finanční podpory rodin, které pečují o své blízké v závěru života. Příkladem může být podpora MČ Praha 10, která pečujícím o terminálně nemocné vyplácí příspěvek ve výši 200 Kč za den, který pomáhá pokrýt náklady na péči a výpadek příjmů během období péče.

## Doporučení č. 6

### **Koordinovat podporu paliativní péče s ohledem na zdravotní i sociální rozměr péče**

Paliativní péče je ze své povahy multidisciplinární a působí na pomezí sociální a zdravotní oblasti. Tato oblast se dlouhodobě potýká s neefektivním přístupem státní správy, která v řadě případů neřeší zdravotně-sociální problematiku komplexně, ale odděleně pod gesci dvou ministerstev. Na komunální úrovni má veřejná správa možnost využít efektivnějšího přístupu, který reflektuje legislativní rámec i možnosti podpory v obou oblastech tak, aby tvorba nástrojů pro rozvoj paliativní péče souběžně a logicky řešila obě témata. Poskytovatelé péče hodnotili roli magistrátu jakožto koordinátora pro tento úkol jako velmi důležitou.

## Doporučení č. 7

### **Vytvořit koncepční dokument pro rozvoj paliativní péče v Praze**

Všechna výše zmíněná opatření je nutné vyhodnotit v kontextu rozvoje zdravotních a sociálních služeb města, rozpočtových možností a politických priorit. Nezbytným krokem je vytvoření koncepčního dokumentu, který by stanovil priority pro oblast rozvoje paliativní péče, včetně harmonogramu a konkrétních cílů, kterých chce hlavní město dosáhnout.

**Paliativní péče**  
je ze své povahy  
multidisciplinární  
a působí na pomezí  
sociální a zdravotní  
oblasti.

7

# METODICKÝ POKYN

## Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče

### 1. Kontext metodické úpravy

#### 1.1 Účel úpravy

Účelem metodického pokynu k poskytování mobilní specializované paliativní péče (dále jen „MSPP“) je specifikovat kritéria pro nasmlouvání zdravotních výkonů odbornosti 926 – domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu. Tento metodický pokyn má za cíl popsat pacienty, kteří jsou indikováni k tomuto typu péče, popsat nástroje používané ke kategorizaci pacientů a popsat poskytovatele této specifické zdravotní péče určené pro nemocné ve vlastním sociálním prostředí pacienta<sup>1</sup>.

#### 1.2 Vymezení pojmů pro účely tohoto Metodického pokynu

- **Paliativní péče** – je podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon č. 372/2011 Sb.“) definována jako péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí.
- **Paliativní péče obecná** – souhrn léčebných postupů o pacienty s pokročilým onemocněním, které jsou poskytovány v rámci rutinní činnosti u poskytovatelů zdravotních služeb, kteří jsou držiteli oprávnění pro poskytování zdravotních služeb i v jiných oborech, než je paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti.
- **Paliativní péče specializovaná** – je poskytována lékařem se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína<sup>2</sup> pacientům s komplexními problémy. Specializovaná paliativní péče vyžaduje týmový přístup spojující různé profese s multidisciplinárním způsobem práce. Odborným garantem specializované paliativní péče je lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína. Specializovaná paliativní péče je určena pacientům, kteří komplexností svých potřeb (somatických, psychických, sociálních, spirituálních) přesahují možnosti, případně kompetence poskytovatelů obecné paliativní péče, kteří jsou

<sup>1</sup> Termínem „vlastní sociální prostředí“ se v zákoně 372/2011 Sb. rozumí domácí prostředí nebo pobytové zařízení nahrazující domácí prostředí pacienta, například zařízení sociálních služeb.

<sup>2</sup> Oborem „paliativní medicína“ se rozumí i obor „paliativní medicína a léčba bolesti“, který byl podle přílohy č. 3 vyhlášky č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, převeden na obor „paliativní medicína“

držiteli oprávnění pro poskytování zdravotních služeb v jiných oborech, než je paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti.

- **Terminální stav** – konečné období nemoci, které obvykle trvá dny, týdny až měsíce. Jedná se zpravidla o pacienta, u něhož lze s ohledem na předpokládaný přirozený průběh základního nevléčitelného onemocnění očekávat úmrtí do 6 měsíců.
- **Umírající pacient** – pacient, u kterého dochází v důsledku progresu základního nevléčitelného onemocnění k selhávání základních životních funkcí, které směřuje k úmrtí nemocného.
- **Mobilní specializovaná paliativní péče** poskytovaná pod odborností 926 – je multidisciplinární a specializovaná péče o pacienty s nevléčitelnou nemocí v terminálním stavu poskytovaná v jejich vlastním sociálním prostředí. Zdravotní péče MSPP je vždy nepřetržitě dostupná 24 hodin, 7 dnů v týdnu.

## 2. Síť poskytovatelů paliativní péče

Forma zdravotní péče (§ 7–10 zák. 372/2011 Sb.)	TYP PALIATIVNÍ PÉČE	
	OBECNÁ: (80–90 %)	SPECIALIZOVANÁ: (10–20 %)
<b>Primární ambulanti péče (§ 7 odst. 2 a)</b>	registrující lékař se specializovanou způsobilostí v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo lékař se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie, včetně návštěvní služby	
<b>Specializovaná ambulanti péče (§ 7 odst. 2 b)</b>	ošetřující ambulanti specialista	ambulanti specialista se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, včetně návštěvní služby
<b>Lůžková péče (§ 9)</b>	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
<b>Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta (§ 10)</b>	lékař ambulanti zdravotní služby poskytované registrujícím lékařem s odbornou způsobilostí v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo lékařem se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie; agentury domácí péče, návštěvní služba ambulanti 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

Standardy kvality MSPP vydává a podle nejnovějších poznatků vědy aktualizuje Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP. Každý poskytovatel MSPP sleduje kvalitu péče a vybraná statistická data v rozsahu platných předpisů a dále podle doporučených postupů platných pro obor paliativní medicína.

### 3. Kritéria pro přijetí pacienta do mobilní specializované paliativní péče

MSPP je indikována u pacientů, kteří si přejí prožít závěr života ve vlastním sociálním prostředí a zároveň míra jejich symptomové zátěže, klinická nestabilita a rychle se měnící nároky na objem péče neumožňují registrujícímu lékaři s odbornou způsobilostí v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo lékaři se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie ani ve spolupráci s agenturou domácí péče převzít odpovědnost za zajištění trvale dostupné péče ve vlastním sociálním prostředí až do úmrtí pacienta. MSPP indikuje lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína.

Nemocný nebo jeho blízcí se mohou s žádostí o přijetí do MSPP obrátit přímo na poskytovatele MSPP. Pokud nemocný splní níže uvedená klinická indikační kritéria a bude přijat do MSPP, poskytovatel MSPP jeho přijetí registrujícímu lékaři v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo lékaři se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie i relevantním ambulantním specialistům oznámí.

Z klinického hlediska je MSPP určena nemocným, jejichž zdravotní stav již nedovoluje ambulantní kontroly a jejichž symptomová zátěž je natolik komplexní či natolik obtížně řešitelná, že vyžaduje nepřetržitou dostupnost návštěvních služeb lékaře – specialisty a zpravidla i akutní skokové navýšování ošetřovatelské péče bez ohledu na denní dobu.

Podmínkou pro zařazení pacienta do MSPP je informovaný souhlas pacienta a jeho rodiny s poskytováním, podmínkami a cíli MSPP. Doporučuje se písemná forma tohoto informovaného souhlasu.

#### Indikace pacienta pro MSPP je doporučena zejména na základě:

- PPS (Palliative Performance Scale) – umožňuje klasifikovat pacienty podle míry funkčního omezení, způsobeného nemocí. Zařazení do MSPP je vhodné pro pacienty s PPS 40 a méně. Jde o pacienty, kteří již nejsou schopni docházet na ambulantní kontroly.
- U pediatrických pacientů se analogicky využije Paediatric Palliative Screening Scale.

- ESAS (Edmonton System Assessment Scale) – spolehlivý a mezinárodně používaný nástroj k hodnocení 9 symptomů, které nejčastěji postihují nevléčitelně nemocné a umírající pacienty.
- MSSE (Mini Suffering State Examination) – nástroj k hodnocení utrpení u pacientů, kteří nejsou schopni verbalizovat své obtíže.
- Nestabilní pacient – pacient s pokročilým onemocněním v celkově špatném funkčním stavu (PPS  $\leq$  40 %), který je léčen nejvýše pro 2 symptomy (dle ESAS nebo MSSE) vyžadujícími pravidelnou farmakoterapii.
- Nestabilní pacient se závažnými symptomy – pacient s pokročilým onemocněním v celkově špatném funkčním stavu (PPS  $\leq$  40 %), který je léčen pro 3 a více závažných symptomů (dle ESAS nebo MSSE) vyžadující pravidelnou farmakoterapii a vzhledem ke kolísavé intenzitě symptomů časté (více než 1x denně) také záchranné dávky medikace.
- Pro dětské pacienty lze využít například Paediatric Palliative Scoring Scale (PaPaSScale)
- Doplnkovými nástroji pro klinickou rozvahu o zařazení do péče a její plánování jsou zejména:
  - PaP (Palliative Prognostic Score)
  - D – PaP (Dementia Palliative Prognostic Score)
  - PPI (Prognostic Palliative Index)

U specifických diagnóz mohou být využita další kritéria podle doporučených postupů v daném oboru. Hodnocení probíhá 1x denně a musí být součástí zdravotnické dokumentace.

## 4. Požadavky na poskytovatele MSPP

### 4.1. Poskytovatelem mobilní specializované paliativní péče může být fyzická nebo právnická osoba, která<sup>3</sup>:

- a. splňuje požadavky na věcné a technické vybavení v souladu s vyhláškou č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění vyhlášky č. 284/2017 Sb. – zdravotní péče je poskytována ve vlastním sociálním prostředí, požadavkem je tedy kontaktní pracoviště paliativní péče (nikoliv ambulance),
- b. je držitelem oprávnění k poskytování zdravotních služeb ve vlastním sociálním prostředí pacienta v oboru paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti podle zákona č. 372/2011 Sb.,
- c. je držitelem oprávnění k poskytování zdravotních služeb ve vlastním sociálním prostředí pacienta podle zákona č. 372/2011 Sb. v oboru všeobecná sestra a
- d. pracuje v režimu nepřetržitě dostupné péče 24 hodin denně, 7 dnů v týdnu,
- e. splňuje minimální personální požadavky podle vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů, a personální požadavky podle této metodiky.

### 4.2. Požadavky na personální zabezpečení MSPP<sup>4</sup>

- a. lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína 0,2 úvazku
- b. lékař se specializovanou způsobilostí v oborech, které jsou základními obory pro nastavbový obor paliativní medicína 1,0 úvazek
- c. všeobecná sestra způsobilá k výkonu povolání bez odborného dohledu 5,0 úvazků (z toho musí být zajištěna alespoň jedna dětská sestra, pokud bude poskytována domácí péče dětem do 3 let)

## 5. Výběrové řízení

Výběrové řízení podle části deváté zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 48/1997 Sb.“):

### 5.1. Poskyvatelé zdravotních služeb pro nasmlouvání zdravotních výkonů odbornosti 926 – domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu musí doložit kladné stanovisko

- a. z výběrového řízení na poskytování paliativní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta v oboru paliativní medicína a všeobecná sestra nebo
- b. ze dvou výběrových řízení, jedno na poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta v oboru všeobecná sestra a druhé na poskytování ambulantní péče v oboru paliativní medicína.

### 5.2. Při konání výběrového řízení na rozsah hrazených služeb „paliativní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta v oboru paliativní medicína a všeobecná sestra“ je podle § 48 odst. 1 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb. členem komise zástupce České lékařské komory.

### 5.3. Při konání výběrového řízení na rozsah hrazených služeb „paliativní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta v oboru paliativní medicína a všeobecná sestra“ podle § 48 odst. 1 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb. je členem komise zástupce České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP.

<sup>3</sup> Uvedené podmínky musí být splněny kumulativně.

<sup>4</sup> Uvedené podmínky musí být splněny kumulativně.

## 6. Úhrada MSPP z veřejného zdravotního pojištění

MSPP je podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami vykazována prostřednictvím dvou výkonů:

- Výkon č. 80090 – Agregovaný výkon domácí paliativní péče – klinicky nestabilní pacient
- výkon č. 80091 – Agregovaný výkon domácí paliativní péče – klinicky nestabilní pacient se závažnými symptomy

Způsob a výši úhrady MSPP sjednává smluvní poskytovatel MSPP a zdravotní pojišťovna v dodatku ke smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb. V případě nedohody o způsobu a výši úhrady mezi smluvním poskytovatelem MSPP a zdravotní pojišťovnou se úhrada MSPP řídí právním předpisem stanovujícím hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení na příslušný kalendářní rok<sup>5</sup>.

*Ministr zdravotnictví:*  
*JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA*

<sup>5</sup> § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

**Paliativní péče v hlavním městě Praha / Analýza**

Analýza vznikla na základě smlouvy o dílo č. DIL/04/01/007298/2018.

**Objednatel: Hlavní město Praha**

**Zhotovitel: Centrum paliativní péče, z.ú.v roce 2018.**

Autoři: Martin Loučka, Kristýna Poláková

Grafická úprava: Hedvika Člupná

[paliativnicentrum.cz](http://paliativnicentrum.cz)



CENTRUM  
PALIATIVNÍ  
PÉČE





Centrum paliativní péče, z. ú.  
2018  
**paliativnicentrum.cz**



**Hlavní město Praha**  
**ZASTUPITELSTVO HLAVNÍHO MĚSTA PRAHY**

**U S N E S E N Í**

Zastupitelstva hlavního města Prahy

číslo  
ze dne

*k návrhu na schválení Záměru rozvoje paliativní péče na území hl. m. Prahy pro roky 2020-2025*

**Zastupitelstvo hlavního města Prahy**

**I. s c h v a l u j e**

Záměr rozvoje paliativní péče na území hl. m. Prahy pro roky 2020–2025, která je přílohou č. 1 a 2 tohoto usnesení

**II. u k l á d á**

1. Radě HMP

1. zajistit realizaci bodu I. tohoto usnesení

Kontrolní termín: 31.1.2021

Kontrolní termín: 31.12.2022

Kontrolní termín: 31.12.2023

Kontrolní termín: 31.12.2024

Kontrolní termín: 31.12.2025

Předkladatel: Rada HMP  
Tisk: Z-7948  
Provede: Rada HMP  
Na vědomí: odborům MHMP

**Připomínkový list k tisku č. R-35453**

20. 2. 2020 13:45

**podepsáno - potvrzeno**Připomínkové místo: **MHMP - ROZ MHMP**

<b>Zadavatel</b>	<b>Text připomínky</b>	<b>Zpracovatel</b>	<b>Stanovisko zpracovatele</b>
<b>Typ Připomínky</b>		<b>Vypořádáno</b>	
<b>Datum</b>			
<b>Ivana Skokanová</b>	odhadované výdaje 16 mil. Kč, není určeno odkud budou hrazeny (odbor, odpa, orj, org)	<b>Svobodová Kamila Ing.,MHMP - ZDR MHMP</b>	Akceptováno Do důvodové zprávy (tabulka s údajem 16 mil. Kč) byl přidán odkaz na poznámku pod čarou, která byla doplněná o požadované údaje.
<b>Poznámka</b>		<b>akceptováno</b>	
<b>19. 2. 2020 17:34:42</b>			

**Připomínkový list k tisku č. R-35453**

6. 3. 2020 11:01

**podepsáno - potvrzeno**Připomínkové místo: **náměstek primátora Pavel Vyhnánek, M.A.**

<b>Zadavatel</b>	<b>Text připomínky</b>	<b>Zpracovatel</b>	<b>Stanovisko zpracovatele</b>
<b>Typ Připomínky</b>		<b>Vypořádáno</b>	
<b>Datum</b>			
<b>Markéta Pechačová</b>	Vzhledem k formě schvalovaného dokumentu navrhuje změnu titulu tisku na: k záměru k budoucímu rozvoji paliativní péče na území hl.m. Prahy pro roky 2020-2025. V případě budoucího schvalování strategického dokumentu/koncepce paliativní péče očekáváme, že v takovémto dokumentu bude důsledně zpracovaná finanční rozvaha dopadů budoucích opatření na rozpočet.	<b>Weberová Alena MUDr.,MHMP - ZDR MHMP</b>	akceptováno - formulace "koncepce" je v celém materiálu změněna na "záměr", což lépe vystihuje charakter materiálu
<b>Poznámka</b> <b>6. 3. 2020 10:59:33</b>		<b>akceptováno</b>	

**Připomínkový list k tisku č. R-35453**

18. 2. 2020 15:47  
podepsáno - potvrzeno

Připomínkové místo: **zástupkyně ředitele MHMP pro Sekci služeb občanům**

<b>Zadavatel</b>	<b>Text připomínky</b>	<b>Zpracovatel</b>	<b>Stanovisko zpracovatele</b>
<b>Typ Připomínky</b>		<b>Vypořádáno</b>	
<b>Datum</b>			
<b>Ing. Alice Mezková</b>	Bez připomínek nebo zobrazena pouze v náhledu	<b>neurčeno</b>	
<b>bez připomínek</b>			
<b>18. 2. 2020 15:47:50</b>			

**Připomínkový list k tisku č. R-35453**

21. 2. 2020 14:08  
**podepsáno - potvrzeno**

Připomínkové místo: **MHMP - LEG MHMP**

<b>Zadavatel</b>	<b>Text připomínky</b>	<b>Zpracovatel</b>	<b>Stanovisko zpracovatele</b>
<b>Typ Připomínky</b>		<b>Vypořádáno</b>	
<b>Datum</b>			
<b>JUDr. Adrián Radošinský</b>	Bez připomínek nebo zobrazena pouze v náhledu	<b>neurčeno</b>	
<b>bez připomínek</b>			
<b>21. 2. 2020 14:08:01</b>			