

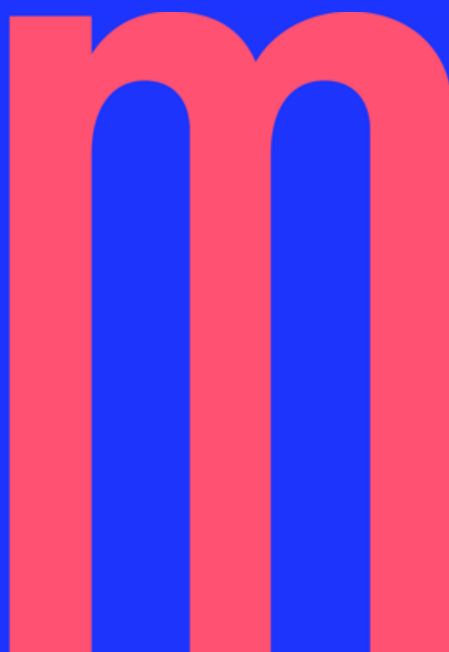
**jihomoravský kraj**

# Koncepce rozvoje paliativní péče v Jihomoravském kraji

2022 – 2025

leden 2022

Odbor zdravotnictví Krajského úřadu Jihomoravského kraje  
Odbor sociálních věcí Krajského úřadu Jihomoravského kraje  
Pracovní skupina pro paliativní péči v Jihomoravském kraji



1	Úvodní slovo hejtmána Jihomoravského kraje .....	5
2	Úvodní slovo radního pověřeného zabezpečováním samosprávných úkolů v oblasti zdravotnictví .....	6
3	Úvodní slovo radní pověřené zabezpečováním samosprávných úkolů v oblasti sociální a rodinné politiky .....	7
4	Úvod – Strategický rámec paliativní péče v ČR .....	8
5	Cíle koncepce rozvoje paliativní péče v Jihomoravském kraji 2022-2025 .....	10
5.1	Cílová skupina paliativní péče.....	10
6	Poskytování paliativní péče .....	13
6.1	Obecná a specializovaná paliativní péče .....	13
6.1.1	Obecná paliativní péče .....	13
6.1.2	Specializovaná paliativní péče.....	13
6.2	Poskytovatelé obecné paliativní péče .....	15
6.2.1	Primární ambulantní péče (praktický lékař) .....	15
6.2.2	Specializovaná ambulantní péče .....	15
6.2.3	Lůžková zdravotnická zařízení .....	15
6.2.4	Domácí péče.....	16
6.3	Poskytovatelé specializované paliativní péče.....	16
6.3.1	Ambulance paliativní medicíny .....	16
6.3.2	Lůžkový („kamenný“) hospic .....	17
6.3.3	Lůžkové oddělení paliativní péče .....	18
6.3.4	Konziliární tým paliativní péče v nemocnici akutní a následné péče .....	18
6.3.5	Mobilní specializovaná paliativní péče (926 – domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu) ..	19
6.4	Zdravotně sociální pomezí.....	20
6.4.1	Paliativní péče a sociální služby.....	20
6.4.2	Odborné sociální poradenství ve vztahu k paliativně nemocným.....	20
6.4.3	Odlehčovací služby .....	20
6.4.4	Pečovatelská služba a osobní asistence .....	20
6.4.5	Paliativní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb .....	21
6.5	Víceúrovňový model paliativní péče.....	21
6.6	Paliativní péče poskytovaná dětem.....	22
6.6.1	Definice a specifika.....	22
6.6.2	Dělení nemocí v pediatrické paliativní péči.....	23
6.6.3	Diagnostické skupiny „život ohrožujících“ a „život limitujících“ onemocnění .....	24
6.7	Právní rámec pro poskytování paliativní péče v ČR .....	26
7	Analýza současného stavu .....	27

7.1	Geografická a demografická situace JMK .....	27
7.2	Síť poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb v Jihomoravském kraji .....	29
7.2.1	Primární ambulantní péče .....	29
7.2.2	Lůžková zdravotnická zařízení .....	29
7.2.3	Domácí péče .....	30
7.2.4	Lůžkové („kamenné“) hospice .....	30
7.2.5	Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP) .....	30
7.3	Odhad potřeby paliativní péče v Jihomoravském kraji .....	30
7.4	Interpretace výsledků .....	37
8	PROGRAMOVÁ ČÁST KONCEPCE .....	38
8.1	Mise .....	38
8.2	Vize .....	38
8.3	Strategické a specifické cíle .....	38
8.3.1	Specifický cíl 1: Implementace paliativní péče do nemocnic, které poskytují akutní, následnou a dlouhodobou péči .....	39
8.3.1.1	Podpora implementace programu paliativní péče v nemocnicích v JMK: .....	39
8.3.1.2	Zlepšení kvality obecné paliativní péče v nemocnicích: .....	39
8.3.1.3	Zlepšení kvality specializované paliativní péče v nemocnici: .....	39
8.3.2	Specifický cíl 2: Zajištění dostupnosti mobilní specializované paliativní péče .....	39
8.3.2.1	Zajištění dostupnosti mobilní specializované paliativní péče: .....	39
8.3.2.2	Kroky, jimiž JMK mimo jiné podpoří tvorbu sítě poskytovatelů MSPP: .....	40
8.3.3	Specifický cíl 3: Zajištění dostupnosti paliativní péče ve vybraných pobytových sociálních službách ..	40
8.3.3.1	Klientům vybraných pobytových sociálních služeb je v závěru života dostupná kvalitní paliativní péče tak, aby v případě přání mohli v daném zařízení dožít (bez nutnosti akutní hospitalizace): .....	40
8.3.4	Specifický cíl 4: Rozvoj paliativní péče poskytované dětem .....	41
8.3.4.1	Všem dětem (a rodinám) s život limitujícími a ohrožujícími chorobami v JMK je dostupná paliativní péče: .....	41
8.3.5	Specifický cíl 5: Vytvoření pozice koordinátora a Pracovní skupiny pro paliativní péči v JMK .....	41
8.3.6	Specifický cíl 6: Zajištění dostupnosti kvalitní lůžkové paliativní péče v JMK .....	41
8.3.6.1	V JMK je dostupná dostatečná kapacita kvalitní lůžkové paliativní péče ať už v zařízeních hospicového typu nebo u jiných poskytovatelů lůžkové zdravotní péče. ....	41
8.3.7	Specifický cíl 7: Zvýšení informovanosti veřejnosti o paliativní péči v JMK .....	41
8.3.7.1	JMK bude podporovat informovat veřejnosti o paliativní péči a její dostupnosti, stejně jako o dalších aspektech problematiky péče o nevléčitelně nemocné. ....	41
9	SWOT analýza .....	42
10	ZÁVĚR .....	45

11	Slovník užívaných pojmů.....	46
12	Seznam zkratek .....	47
13	Seznam tabulek.....	48
14	Seznam obrázků .....	48
15	Seznam grafů.....	49
16	Seznam příloh.....	49

## **1 Úvodní slovo hejtmana Jihomoravského kraje**

To, jaké jsou hodnoty společnosti, ve které žijeme, poznáme podle toho, jak se chováme k těm nejzranitelnějším. I to je důvod, proč Jihomoravský kraj potřebuje kvalitní koncepci rozvoje paliativní péče. Každý lidský život si zaslouží úctu a nic na tom nemění skutečnost, že se chýlí k závěru.

Je naší povinností co nejlépe zvládat specifické potřeby lidí, kteří z tohoto světa odcházejí – a to nejen ty fyzické, ale i psychické a duchovní. A jsou zde i potřeby jejich nejbližších a všech, kteří o ně pečují.

Doprovázení na konci cesty není lehká, ale velmi důležitá služba. Strategický dokument, který máte nyní před sebou, obsahuje konkrétní kroky, které nám tento záměr umožní na jihu Moravy naplňovat. Jsem přesvědčen, že si získá Vaši pozornost.

Mgr. Jan Grolich  
hejtman Jihomoravského kraje

## **2 Úvodní slovo radního pověřeného zabezpečováním samosprávných úkolů v oblasti zdravotnictví**

Jihomoravský kraj s ohledem na demografický vývoj počítá 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.

Strategickým cílem Jihomoravského kraje je zajištění dostupnosti obecné i specializované paliativní péče. K naplnění tohoto strategického cíle v oblasti paliativní péče si Jihomoravský kraj stanovil čtyři základní okruhy, jako je podpora implementace paliativní péče do nemocnic, podpora dostupnosti mobilní specializované paliativní péče a zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta, podpora rozvoje dostupnosti paliativní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb a domovech pro seniory a podpora rozvoje paliativní péče poskytovaná dětem.

Dokument Konceptce rozvoje paliativní péče v JMK popisuje potřebu paliativní péče o pacienty v závěru života, definuje role a odpovědnost poskytovatelů paliativní péče, formuluje opatření, kterými lze podpořit z úrovně kraje její rozvoj a přispět k iniciaci systémových změn v této oblasti na národní úrovni. Mezi zásadní opatření navrhované v koncepci patří zřízení pozice krajského koordinátora rozvoje paliativní péče, prohloubení institucionální spolupráce, zvýšení dostupnosti specializované paliativní péče, prohlubování kompetencí poskytovatelů obecné paliativní péče a dostupnost relevantních informací.

Koncepcí rozvoje paliativní péče v Jihomoravském kraji 2022–2025 je zpracována tak, aby výše uvedené strategické cíle pomocí dat a informovanosti zlepšily provázanost v systému a paliativní péče se stala nedílnou součástí jihomoravského zdravotnictví.

Mgr. Jiří Kasala, MBA

### **3 Úvodní slovo radní pověřené zabezpečováním samosprávných úkolů v oblasti sociální a rodinné politiky**

Paliativní péče je pro budoucnost klíčová a neobejde se bez dobře propracované koncepce.

Nevyléčitelně nemocní potřebují pomoc, tlumit příznaky, obtíže a aby o ně bylo nějakým způsobem postaráno. Chceme, aby víc lidí mohlo poslední dny života strávit doma. Pacienti zůstávají ve svém prostředí, které je jim nejmilejší a je pro ně také psychosociálně nejvhodnější. Proto klademe důraz na podporu paliativní péče v domácím prostředí. S tím souvisí vzdělávání a podpora pro neformálně pečující rodiny, které dochovávají své příbuzné doma.

Narůstající význam má i terénní hospicová péče, která se neustále zlepšuje a ukazuje, že jsme schopni udržet doma závažně nemocného člověka i s jeho rodinou takovým způsobem, aby mohl žít a zemřít důstojně, a to lidsky i medicínsky. V koncepci je myšleno i na mobilní hospice, které jezdí do domácností umírajících a které potřebují oporu i v terénních pečovatelkách.

Třetím okruhem v sociální oblasti je paliativa v pobytových zařízeních. Lidé, kteří tam žijí, vnímají tato zařízení jako svůj domov. Je důležité, aby tam byl k dispozici vyškolený personál, přítomnost rodiny má také nenahraditelný význam.

Nemůžeme strkat hlavu do písku a myslet si, že stávající medicína vyřeší veškeré problémy. Vždy tady bude vysoké procento chorob, které nejsme schopni medicínou zvládnout, a tady právě nastupuje paliativní péče. Krajská koncepce by měla docílit toho, aby se paliativní péče stala obecně dostupnou a dobrou službou lidem, která zajistí důstojný odchod a vyhoví přáním umírajících.

Bc. Jana Leitnerová

## 4 Úvod – Strategický rámec paliativní péče v ČR

Socio-ekonomické změny, ke kterým došlo v posledních 30 letech, společně s technologickými pokroky moderní medicíny, vedly k výraznému prodloužení lidského života, ale současně k nárůstu počtu osob se závažným chronickým onemocněním a disabilitou. Tento vývoj klade naléhavé otázky, jak reagovat na potřeby pacientů v pokročilých fázích onemocnění, včetně zajištění kvalitní péče v závěru života. Závěrem života rozumíme období, kdy pacient a jeho blízcí musí čelit důsledkům pokročilého chronického onemocnění. V zahraničních zdravotně politických dokumentech je za závěr života (end-of life) obvykle považováno období posledního roku života<sup>1</sup>. U velké části pacientů s chronickým onemocněním jsme schopni toto období s vysokou pravděpodobností prospektivně poznat. Pacienti v závěru života mají komplexní potřeby v oblasti mírnění tělesných symptomů a dále potřeby psychologické, sociální a spirituální. Důležitou součástí péče o pacienty v závěru života je paliativní péče. Světová zdravotnická organizace definuje paliativní péči jako: „*Přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírnění utrpení, včasnou identifikací a náležitým zhodnocením a léčbou bolesti a dalších problémů fyzických, psychosociálních i duchovních*“<sup>2</sup>. Paliativní péče prokázala v globálním kontextu, že je nedílnou součástí odpovědného přístupu k výše popsaným výzvám, a to nejen z hlediska klinického, ale i zdravotně-ekonomického. Paliativní péče vychází z hodnot, přání a potřeb jednotlivého pacienta a splňuje požadavek na individualizovanou zdravotní a sociální péči. Její začlenění do systému současně podporuje udržitelnou rovnováhu mezi akutní medicínou a následnou, dlouhodobou a terminální péčí. Kvalitní paliativní péče je v současné době standardem dobré zdravotní a sociální péče o pacienty v závěru života.

Koncepce rozvoje paliativní péče v Jihomoravském kraji 2022–2025 je zpracována v souladu se strategickými dokumenty Jihomoravského kraje:

- Koncepcí zdravotnictví Jihomoravského kraje 2020-2025.
- Programem rozvoje Jihomoravského kraje 2018–2021.
- Strategií rozvoje lidských zdrojů Jihomoravského kraje 2016–2025.
- Střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb v Jihomoravském kraji 2018–2020 a na období 2021-2023

Koncepce rozvoje paliativní péče v Jihomoravském kraji (dále jen „JMK“) je vypracována v souladu se strategickým dokumentem vlády České republiky **Zdraví 2030 – Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030**. Hlavním strategickým cílem České republiky v oblasti zdraví je: Zdraví všech skupin obyvatelstva se zlepšuje. K tomuto cíli vedou tři strategické cíle Zdraví 2030:

**Strategický cíl 1 - Zlepšení zdravotního stavu populace**, který zahrnuje specifické cíle:

1.1. Reforma primární péče.

1.2. Primární a sekundární prevence nemocí, zvyšování zdravotní gramotnosti a odpovědnosti občanů za vlastní zdraví.

---

<sup>1</sup> Viz např. dokument Ministerstva zdravotnictví Velké Británie “National End of Life Care Strategy”, Londýn 2008. Dostupné online na: <https://www.gov.uk/government/publications/end-of-life-care-strategy-promoting-high-quality-care-for-adults-at-the-end-of-their-life> nebo dokument Australské vlády “End of Life and Palliative Care Framework 2019-2024”; dostupné online na: <https://www.health.nsw.gov.au/palliativecare/Pages/eol-pc-framework.aspx>

<sup>2</sup> Světová zdravotnická organizace. National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines, 2. vydání, Ženeva: WHO, 2002



**Strategický cíl 2 – Optimalizace zdravotnického systému**, který zahrnuje specifické cíle:

- 2.1. Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví.
- 2.2. Personální stabilizace resortu zdravotnictví.
- 2.3. Digitalizace zdravotnictví.
- 2.4. Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví.

**Strategický cíl 3 – Podpora vědy a výzkumu**, který zahrnuje specifický cíl:

- 3.1. Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví.

Tématu paliativní péče se týká především **Specifický cíl 2.1. Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví**, který obsahuje následující dílčí cíle:

- vytvoření konsensuální strategie rozvoje zdravotně sociální péče, standardizace doporučených postupů a metodik posilujících funkčnost zdravotně-sociálních služeb,
- implementace regionálně specifických modelů integrované péče,
- posilování role praktických lékařů v dlouhodobé péči o pacienty,
- zvýšení dostupnosti integrovaných zdravotních a sociálních služeb, zvýšení kvality života pacientů s chronickými a nevléčitelnými chorobami,
- optimalizace lůžkového fondu a zvýšení dostupnosti následné a dlouhodobé péče,
- posílení péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacientů,
- **programy optimalizace a zvyšování dostupnosti paliativní péče ve všech formách (konziliární paliativní péče v nemocnicích, mobilní specializovaná PP, domácí péče, hospicová péče),**
- programy posilující roli rodinných příslušníků a jiných laických pečovateli v dlouhodobé péči.

Koncepce rozvoje paliativní péče v JMK je v souladu s rezolucí Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 2014<sup>3</sup>. Cílem rezoluce je podpořit jednotlivé členské státy, aby na základě analýzy potřeb paliativní péče nastavily systém, který by na regionální a celostátní úrovni zajistil, aby paliativní péče byla dostupná pro všechny potřebné pacienty, bez ohledu na jejich finanční možnosti, sociokulturní status nebo místo bydliště. Nejdůležitější opatření, ke kterým rezoluce WHO členské státy vyzývá, jsou:

- Zavádět a posilovat politiku paliativní péče a její integraci do zdravotnických systémů na všech jejich úrovních.
- Zajistit odpovídající financování paliativní péče na úrovni národních států.
- Integrovat paliativní péči do vzdělávání všech poskytovatelů péče, v souladu s jejich rolí a odpovědností za péči. Důraz je kladen zejména na zahrnutí paliativní péče do vzdělávání lékařů a sester a zavádění specializovaných školení pro duchovní, pečovatele, sociální pracovníky a další, kteří se při své práci setkávají s paliativními pacienty.
- Posoudit a případně pozměnit národní a lokální legislativu pro kontrolovaná léčiva tak, aby byla léčiva pro mírnění bolesti dobře dostupná a využitelná.
- Podporovat partnerskou spolupráci mezi vládou a občanskou společností, včetně patientských organizací tak, aby přispěla k péči o paliativní pacienty.

---

<sup>3</sup> WHO. Dokument A67/31 Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. Ženeva 2014. Dokument dostupný na: [https://apps.who.int/gb/e/e\\_wha67.html](https://apps.who.int/gb/e/e_wha67.html). Český překlad dostupný na: <https://www.paliativnimediceina.cz/posilovani-paliativni-pece-jako-soucasti-komplexni-pece-v-prubehu-celeho-zivota/>

## 5 Cíle koncepce rozvoje paliativní péče v Jihomoravském kraji 2022-2025

Účelem dokumentu Koncepce rozvoje paliativní péče v JMK je:

- a. popsat potřebu paliativní péče o pacienty v závěru života,
- b. definovat role a odpovědnosti poskytovatelů paliativní péče
- c. formulovat opatření, kterými lze podpořit z úrovně kraje její rozvoj a přispět k iniciaci systémových změn v této oblasti na národní úrovni tak, aby mohly být naplněny rámcové cíle obsažené v Memorandu o spolupráci při systematickém rozvoji paliativní péče z roku 2019<sup>4</sup> (ve všech segmentech zdravotního a sociálního systému je každému nevléčitelně nemocnému pacientovi dostupná kvalitní paliativní péče).

Tyto rámcové cíle jsou následující (více viz. specifické cíle kap. 8.3)

- Je definována a vybudována síť poskytovatelů obecné a specializované paliativní péče, která svou kapacitou a místní a časovou dostupností saturuje potřebu paliativní péče.
- Každý pacient má reálnou možnost volby prostředí, ve kterém si přeje prožít život s nevléčitelnou chorobou i závěr svého života.
- Rodinám a blízkým, kteří pečují o nevléčitelně nemocného pacienta, je dostupná adekvátní sociální a psychologická podpora.

### 5.1 Cílová skupina paliativní péče

Potřebu paliativní péče je nutné předpokládat u pacientů v pokročilých a konečných stádiích následujících diagnostických skupin:

- křehcí „frailty“ polymorbidní geriatrickí pacienti, syndrom geriatrické deteriorace,
- nádorová onemocnění,
- neurodegenerativní onemocnění (např. roztroušená skleróza, Parkinsonova nemoc, demence, amyotrofická laterální skleróza apod.),
- konečná stadia chronických orgánových onemocnění (např. srdečních, plicních, jaterních, ledvinných apod.),
- pacienti se závažnými nevratnými poruchami vědomí (např. v persistujícím vegetativním stavu),
- kriticky nemocní pacienti s nevratným multiorgánovým selháváním v prostředí intenzivní péče,
- život limitující pediatrické syndromy a onemocnění.

Pacienti s těmito tzv. *paliativně relevantními diagnózami* představují významnou část populace pacientů s chronickým onemocněním. Za paliativně relevantní jsou dle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) považovány následující diagnózy uvedené v tabulce č. 1. Paliativně relevantní diagnózy jsou hlavní příčinou smrti u více než 80 % všech úmrtí v ČR<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Memorandum o spolupráci při systematickém rozvoji paliativní péče v ČR bylo podepsáno ministrem zdravotnictví, představiteli zdravotních pojišťoven a České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP 30.7.2017. Text Memoranda je dostupný na webu MZ ČR: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministr-zdravotnictviodborna-spolocnost-a-zastupci-pojistoven-podepsali-memora\\_17648\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministr-zdravotnictviodborna-spolocnost-a-zastupci-pojistoven-podepsali-memora_17648_1.html)

<sup>5</sup> Sláma O, Kabelka L, Loučka M. Paliativní péče v ČR v roce 2016. Cas Lek Cesk.2016;155(8):445-450

**Tabulka č. 1 Paliativně relevantní diagnózy<sup>6</sup>**

Diagnostické skupiny (dle MKN -10)	Klinické diagnózy
C00-C97	Zhoubné novotvary (solidní nádory i zhoubná onemocnění krevetvorby)
I00-I52	Chronická a akutní onemocnění srdce, chronické srdeční selhání
I60-I69	Cévní nemoci mozku (ischemie, krvácení)
N17, N18, N27	Selhání ledvin
I12, I13	Postižení srdce a ledvin při hypertenzi
K70-K77	Cirhóza jater, chronické záněty jater, selhání jater
J18-J22	Infekce dolní části dýchacího ústrojí
J40-J47	Chronická obstrukční plicní nemoc
J96	Chronické respirační selhání
G10	Huntingtonova nemoc
G12	Amyotrofická laterální skleróza
G11-G13	Dědičná ataxie, míšní svalová atrofie, systémová atrofie
G20-G24	Parkinsonova choroba, jiná degenerativní onemocnění bazálních ganglií
G35	Roztroušená skleróza
G70-73	Myastenia gravis, svalová dystrofie
F01-F06	Alzheimerova demence, vaskulární demence, demence u jiných nemocí
R54	Senilní slabost/astenie
B20-B24	HIV/AIDS

Široce pojatý koncept paliativně relevantních diagnóz zahrnuje pacienty, u kterých při obvyklém průběhu onemocnění velmi pravděpodobně vyvstane potřeba paliativní péče. Potřebou paliativní péče rozumíme skutečnost, že dané onemocnění přestalo být kauzální léčbou vyléčitelné nebo že je pravděpodobnost dosažení vyléčení nízká a kauzální léčba je spojena s velkou zátěží a riziky. Skutečnost, že pacient má některou z výše uvedených „paliativně relevantních diagnóz“ automaticky neznamená, že nepotřebuje

<sup>6</sup> Murtagh F. et al. (2014): How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. Palliative Medicine. Vol. 28, 2014, 358-371

žádnou kauzální léčbu a všechny jeho zdravotní potíže mají být řešeny paliativně symptomaticky. U těchto pacientů je naopak potřeba individuálně pojmenovat cíle léčby a péče a dle toho formulovat plán péče. Při realizaci tohoto plánu jsou v různé míře kombinovány kauzální, kurativní léčebné postupy a postupy symptomatické, zaměřené na mírnění bolesti a dalších nepříjemných projevů onemocnění. V pokročilých a konečných fázích nemoci jsou často aplikovány výhradně postupy symptomatické. Pro včasné rozpoznání pacientů s potřebou paliativní péče je doporučováno využít specifické skrínigové nástroje. V zahraničí je v této souvislosti nejvíce využíván nástroj NECPAL (viz příloha č.1). Pacienti/klienti s paliativně relevantními diagnózami čerpají péči ve všech prostředích a segmentech zdravotního a sociálního systému.

**V souvislosti s koncepcí paliativní péče o pacienty v závěru života v JMK jsou cílovou skupinou dokumentu pacienti s paliativně relevantními diagnózami v posledním roce života.**

## 6 Poskytování paliativní péče

### 6.1 Obecná a specializovaná paliativní péče

V souladu s Evropskou asociací paliativní péče (EAPC) doporučujeme rozlišovat **dvě úrovně poskytování paliativní péče**: obecnou a specializovanou paliativní péči<sup>7</sup>.

#### 6.1.1 Obecná paliativní péče

je poskytována pacientům s pokročilým nevyлéčitelným onemocněním všemi zdravotníky a pracovníky sociálních služeb v rámci jejich odborností. Jejím základem je včasné rozpoznání nevyлéčitelného charakteru onemocnění a identifikace a ovlivňování oblastí, které jsou významné pro kvalitu pacientova života (např. racionální využití kauzálních léčebných postupů, léčba symptomů, empatická podpůrná komunikace, pomoc při organizačním zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí péče atd.). Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci a pracovníci sociálních služeb s ohledem na specifika své odbornosti.

#### 6.1.2 Specializovaná paliativní péče

je aktivní komplexní péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Specializovaná paliativní péče představuje koordinovanou, multiprofesní péči, která je poskytována lékaři specialisty na paliativní medicínu<sup>8</sup>, všeobecnými sestrami, pracovníky sociálních služeb, psychology a duchovními. Specializovaná paliativní péče je poskytována pacientům, kteří komplexností svých potřeb (tělesných nebo psychosociálních) přesahují možnosti a kompetence poskytovatelů obecné paliativní péče.

Specializovaná paliativní péče může mít různé organizační formy:

- ambulance paliativní medicíny,
- hospic,
- oddělení paliativní péče v rámci poskytovatele zdravotních služeb,
- konziliární tým paliativní péče v rámci poskytovatele zdravotních služeb,
- mobilní specializovaná paliativní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta,
- denní stacionář (většinou ve spojení s lůžkovým nebo ambulantním zařízením paliativní péče).

Výše uvedené úrovně paliativní péče definuje rovněž Metodický pokyn MZ ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče (MSPP)<sup>9</sup>. Základní typy a formy paliativní péče jsou znázorněny v tabulce č. 2.

---

<sup>7</sup> EAPC: Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. Doporučení Evropské asociace pro paliativní péče 2009. Český překlad vydala Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny, Praha 2010. Dostupné na: <https://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina/standardy-a-normy-hospicove-a-paliativni-pecce-v-evrope/>

<sup>8</sup> Lékař se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína (paliatr) má atestaci z nástavbového oboru Paliativní medicína nebo nástavbového oboru Paliativní medicína a léčba bolesti.

<sup>9</sup> Věstník MZ ČR Částka 13/2017 Metodický pokyn MZ ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče

**Tabulka č. 2 Formy a typy paliativní péče**

Forma zdravotní péče (§ 7-10 zákona č. 372/2011 Sb.)	Typ paliativní péče	
	Obecná (80–90 %)	Specializovaná (10–20 %)
<b>Primární ambulantní péče</b> (§ 7 odst. 2 písm. a)	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 návštěvních služeb	
<b>Specializovaná ambulantní péče (§ 7 odst. 2 písm. b)</b>	ošetřující ambulantní specialista	ambulantní specialista se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, včetně návštěvních služeb
<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

## 6.2 Poskytovatelé obecné paliativní péče

### 6.2.1 Primární ambulantní péče (praktický lékař)

Praktický lékař je ústřední osobou ve zdravotní péči o nemocného v domácím prostředí. Je odpovědný za zhodnocení, zda lze potřebnou zdravotní péči zajistit v domácím prostředí nebo zda je nutné přijetí do lůžkového zdravotnického zařízení. Pro toto rozhodování nejsou podstatné pouze medicínské parametry, ale také aspekty komunikační, psychosociální a spirituální. Důležitou roli hrají osoby blízké pacienta (pečující, rodinní příslušníci). Často jsou to právě oni, kteří svým postojem a možnostmi rozhodují o organizaci další péče. V rámci obecné paliativní péče je praktický lékař se svojí znalostí „terénu“ a svých registrovaných pacientů cenným spolupracovníkem týmu, který o pacienta pečuje. Je nezbytné, aby měl praktický lékař podporu specialisty (např. v oboru geriatric, onkologie, vnitřní lékařství, paliativní medicína apod.). Ideálně by tedy péče o nevléčitelně nemocného v domácím prostředí měla probíhat za spolupráce praktického lékaře a ošetrovateľského týmu domácí péče (obecná paliativní péče) nebo praktického lékaře a týmu mobilní specializované paliativní péče. Limitujícím faktorem pro zapojení praktických lékařů do péče o pacienty s potřebou paliativní péče je jejich omezená časová dostupnost v pracovní době a nedostupnost v mimopracovní době. V některých případech se setkáváme s nižší ochotou k opakovaným domácím návštěvám u pacientů, která je při péči o klinicky nestabilní pacienty v závěru života nezbytná. To má za následek časté a opakované převozy zdravotnickou záchrannou službou a opakované akutní hospitalizace v posledních měsících a týdnech života.

### 6.2.2 Specializovaná ambulantní péče

Obecnou paliativní péči poskytují ambulantní specialisté různých oborů v rozsahu své odbornosti. Při zajištění péče spolupracují s praktickým lékařem a/nebo s agenturou domácí péče.

### 6.2.3 Lůžková zdravotnická zařízení

V rámci lůžkové péče je za **obecnou paliativní péči** považována péče poskytovaná zdravotnickými pracovníky v lůžkovém zařízení v rámci vlastní odbornosti, včetně lůžkových zařízení dlouhodobé péče a pobytových zařízení sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Základem **obecné paliativní péče v lůžkových zařízeních** je správné a včasné rozpoznání nevléčitelného charakteru onemocnění a efektivní ovlivňování těch oblastí, které jsou v širokém slova smyslu významné pro kvalitu pacientova života. Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti. Determinanty kvality obecné paliativní péče v nemocnici jsou:

- počet, vzdělání a motivace zdravotnického personálu,
- komunikační dovednosti zdravotnického personálu,
- individuální přístup ke specifickým potřebám závažně nemocných pacientů,
- úroveň „hotelových“ služeb: velikost a vybavení nemocničních pokojů, počet lůžek na pokoji, kvalita lůžek, kvalita stravy, zázemí pro návštěvy atd.,
- kvalita řešení nejčastějších symptomů a klinických stavů: bolest, úzkost, výživa, spánek,
- dostupnost sociální, psychologické a pastorační péče,
- způsob organizace předávání pacientů (příjmy, propuštění, překlady).

#### 6.2.4 Domácí péče

Domácí péče, tzv. home care, zahrnuje poskytování ošetrovatelské péče, léčebně rehabilitační nebo paliativní péče ve vlastním sociálním prostředí. Jedná se o zdravotní péči, kterou poskytují všeobecné sestry na základě indikace praktického lékaře nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci nebo ambulantního specialisty (v případě, že je pacient kategorizován jako pacient v terminálním stavu).

Charakteristika domácí péče:

- rozsah péče určuje ošetřující lékař nebo praktický lékař,
- indikující lékař specifikuje cíl péče, plán a jednotlivé výkony sester (i jejich četnost), které se u pacienta budou provádět. Jedná se o plánované ošetrovatelské intervence bez zajištění nepřetržité dostupnosti lékaře a sestry. V mimopracovní době lékaře je lékařská péče zajištěna lékaři RLP, LPS nebo formou telefonických konzultací s ošetřujícím lékařem nebo ambulantní vyšetření lékařem lůžkového poskytovatele zdravotních služeb,
- je určena pacientům všech věkových kategorií, kteří potřebují buď krátkodobé ošetření (např. po úrazu či operaci) nebo trpí chronickým onemocněním a museli by být hospitalizováni na lůžkových odděleních nemocnic, nebo v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, nabízí péči také pacientům v terminálním stádiu nemoci, tedy umírajícím,
- plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

Takto nastavená péče je obvykle dostačující, pokud je pacientův stav klinicky stabilní a nedochází k častým změnám celkového stavu a intenzity symptomů, jež by vyžadovaly akutní zásah lékaře a sestry i mimo ordinační dobu. V kontextu pokročilého onemocnění se ale klinický stav a celková symptomová zátěž obvykle zhoršuje – nejednou se v krátkém časovém intervalu dramaticky mění. V současné době většina klinicky nestabilních pacientů v domácím prostředí končí v péči ZZS či na akutním lůžku v nemocnici. Tato situace je neefektivní, náročná a psychicky zatěžující pro pacienta i jeho rodinu a v neposlední řadě zatěžující systém zdravotní péče. Pro minimalizaci rizik pacientova utrpení je v tomto čase potřebné zajištění pohotovosti a trvalé dostupnosti lékařské a ošetrovatelské péče nejvýše do 60 minut. Tento stupeň péče zajišťuje mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP) – viz 6.3.5.

### 6.3 Poskytovatelé specializované paliativní péče

#### 6.3.1 Ambulance paliativní medicíny

Specializované ambulance paliativní medicíny (odbornost 720) zajišťují ambulantní zdravotní služby pacientům, kteří pobývají v domácím prostředí nebo v pobytových zařízeních sociálních služeb (vlastní sociální prostředí). Obvyklá je úzká spolupráce s praktickým lékařem, zařízeními domácí péče a mobilní specializované paliativní péče. Pokud je ambulance paliativní medicíny součástí lůžkového zdravotnického zařízení, je důležitou součástí péče konziliární péče o hospitalizované pacienty.



Ambulance paliativní medicíny poskytuje:

1. ambulantní péči (lékař se specializací v oboru paliativní medicína – paliatr, všeobecná sestra),
2. konziliární činnost lékaře se specializací v oboru paliativní medicína. Obsahem konzilia paliativní péče může být management bolesti a dalších obtížných tělesných a psychických symptomů, facilitace rozhodování o ukončení kauzální léčby a spolupráce na tvorbě plánu paliativní péče,
3. domácí návštěvní službu,
4. edukační činnost vůči veřejnosti a ostatním zdravotnickým profesionálům.

Charakteristickým rysem a výstupem práce ambulance paliativní medicíny je písemně v dokumentaci nemocného formulovaný „plán paliativní péče.“ Ten vzniká ve spolupráci s pacientem, poskytovateli péče, a jeho osobami blízkými (pečujícími, rodinnými příslušníky). Součástí plánu paliativní péče mohou být dříve vyslovená přání nemocného o rozsahu péče v případě ztráty rozhodovacích schopností.

Systémové přínosy ambulance paliativní medicíny:

1. Kvalitní léčba tělesných a psychických symptomů závažného onemocnění.
2. Stanovení individuálního plánu péče, který vychází z hodnot a preferencí pacienta.
3. Racionální využití nákladných diagnostických a léčebných modalit. Prevence neúčelné léčby.
4. Facilitace přechodu pacientů z akutní péče do domácí paliativní nebo lůžkové paliativní péče.
5. Zjednodušuje se komunikace o zdravotním stavu pacienta, zajišťuje se kontinuita péče.

Specializované ambulance v oboru paliativní medicína mohou mít oprávnění jako samostatné ambulance (ambulance odbornosti 720 – paliativní medicína) nebo jako součást mobilní specializované paliativní péče (odbornost 720 - paliativní medicína a odbornost 925 – domácí péče).

### 6.3.2 Lůžkový („kamenný“) hospic

Hospic je samostatně stojící lůžkové zdravotnické zařízení poskytující specializovanou paliativní péči pacientům v terminálním stavu. Většina hospiců má registrované také některé sociální služby (např. odborné poradenství, odlehčovací služby). Hospice kladou důraz na individuální potřeby a přání každého nemocného v oblasti tělesné, psychické, sociální a spirituální. Tohoto cíle je mimo jiné dosahováno snahou o osobitou a domácí atmosféru hospice, maximálním soukromím pacientů (jednolůžkové pokoje) a volným režimem pro návštěvy. Komplexní péče a podpora je poskytována nejen nemocnému, ale také jeho blízkým. Personální zabezpečení lůžkového hospice vychází z multidisciplinarity poskytované služby a má podobné profesní zastoupení jako jiné týmy poskytující specializovanou paliativní péči. Financování hospiců je vícezdrojové. Zdravotní péče je hrazena paušální platbou za ošetřovací den. Většina hospiců v ČR má charakter nestátních zdravotnických zařízení. V ČR jsou do lůžkových hospiců přijímáni především onkologičtí pacienti (více než 90 %). Většina pacientů (92 %) v hospici umírá. Průměrná délka hospitalizace v hospicích v ČR je 29 dní (medián je 13 dnů). V lůžkových hospicích v ČR nastává 3 %<sup>10</sup> úmrtí.

---

<sup>10</sup> Zdroj: [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz) a <https://www.paliativnidata.cz/browser/web/mortalitni-data/misto-umrti/>

### 6.3.3 Lůžkové oddělení paliativní péče

Lůžkové oddělení paliativní péče v rámci nemocnice je oddělení s lůžky hospicového typu. Jedná se o dlouhodobou lůžkovou péči o nevyléčitelně nemocné pacienty v terminálním stavu. Většina pacientů, kteří jsou na takto koncipované oddělení přijati, zde také umírá (mortalita obvykle větší než 90 %). Péče je zajišťována multidisciplinárním týmem složeným z lékaře specialisty, sester, sociálních pracovníků, psychologa a kaplana. Na oddělení paliativní péče s lůžky hospicového typu je plátcí péče pohlíženo stejně jako na lůžka v samostatných lůžkových („kamenných“) hospicích. Zdravotní péče je hrazena formou paušální platby za ošetrovací den. Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů, definuje minimální složení multidisciplinárního ošetrovacího týmu na lůžkovém oddělení tohoto typu.

Zvláštní formu lůžkové paliativní péče v nemocnici představují samostatná („dedikovaná“) lůžka paliativní péče v rámci jiného lůžkového oddělení. V praxi se jedná nejčastěji o vyčlenění jednoho nebo více jednolůžkových pokojů, které jsou určeny k péči o pacienty v terminálním stavu. Vybavení těchto pokojů obvykle kromě zajištění komfortu a soukromí také umožňuje trvalou přítomnost blízkých osob a návštěv. Terminologicky bývají tato lůžka označována jako „paliativní lůžka“, nebo tzv. „rodinné pokoje“. Z hlediska úhrady z veřejného zdravotního pojištění je v některých případech nasmlouvána úhrada jako pro lůžko hospicového typu. V jiných zařízeních je takové lůžko vykazováno a hrazeno stejně jako ostatní lůžka na daném oddělení (např. jako akutní lůžko interní, lůžko následné péče, lůžko ošetrovatelské péče atd.). Přijetí/překladu na lůžko/oddělení specializované paliativní péče v ideálním případě předchází konziliární vyšetření paliativním týmem nebo ambulancí paliativní medicíny v rámci, kterého je zhodnoceno, zda je indikován přechod do specializované paliativní péče nebo může péče dále probíhat na primárním oddělení, příp. může-li být pacient propuštěn domů s podporou domácí péče (home care) nebo domácího hospice.

### 6.3.4 Konziliární tým paliativní péče v nemocnici akutní a následné péče

Konziliární tým paliativní péče (KTPP) je multidisciplinární tým, sestávající se minimálně z lékaře specialisty v oboru paliativní medicína, všeobecné sestry a sociálního pracovníka. Žádoucí je úzká spolupráce týmu s psychologem, psychoterapeutem, pastoračním asistentem nebo duchovním a dalšími zdravotnickými pracovníky (např. nutriční terapeut, fyzioterapeut, specialista na léčbu chronických ran atd.). Složení a personální kapacita KTPP bude vždy záviset na velikosti zdravotnického zařízení, konkrétním personálním obsazení týmu a na struktuře pacientů z hlediska základních diagnóz a komorbidit. Vytvoření plně obsazeného samostatného multidisciplinárního paliativního týmu bude možné spíše ve větších nemocnicích. V menších zdravotnických zařízeních bude pravděpodobně využíván základní tým ve složení lékař – paliatr, sestra a sociální pracovník, nebo konziliární služba ambulance paliativní medicíny ve spolupráci s již existujícími podpůrnými službami v rámci nemocnice (např. psycholog, sociální pracovník, nutriční terapeut apod.).

Obvyklé situace/indikace pro vyžádání konzilia KTPP:

- obtížně zvládnutelná bolest a další symptomy, které přesahují erudici nebo možnosti primárního ošetrovacího týmu,
- podpora při péči o pacienta v terminálním stavu,
- podpora při formulaci léčebných cílů a jim přiměřenému léčebnému plánu u pacientů v pokročilých a konečných stádiích závažných onemocnění,

- podpora při komunikaci o limitaci péče, případně změny terapeutického přístupu z kurativního na paliativní, včetně využití institutu dříve vysloveného přání,
- obtížná komunikace s pacientem a jeho blízkými – např. rozpor v očekávání a terapeutických možnostech, při komunikačním nesouladu, hrozícím nebo přítomném konfliktu apod.,
- potřeba intenzivní psychologické podpory pacienta nebo jeho blízkých,
- potřeba řešení sociální problematiky, návaznosti péče mezi jednotlivými prostředními poskytování péče (např. konzultace odchodu pacienta do domácí péče, nebo do hospiců),
- zprostředkování informací o možnostech paliativní péče v místě pacientova bydliště, vysvětlení fungování různých paliativních zařízení, pomoc s kontaktováním těchto zařízení,
- podpora v období truchlení, zejména v kontextu mimořádných situací (úmrť dítěte, těžká emoční dysbalance pozůstalých, děti jako pozůstalí, úmrť živitele rodiny apod.),
- potřeba spirituální péče a podpory u pacientů a jejich blízkých.

### 6.3.5 Mobilní specializovaná paliativní péče (926 – domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu)

MSPP je formou specializované ambulantní paliativní péče ve vlastním sociálním prostředí v režimu nepřetržité dostupnosti lékařské a ošetrovatelské péče. Tento organizační model má charakter tzv. domácí hospitalizace. Péči zajišťuje tým lékařů a sester s odbornou garancí lékaře specialisty paliativní medicíny. Součástí týmu je sociální pracovník a psycholog nebo psychoterapeut.

MSPP je indikovaná u pacientů v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných onkologických i neonkologických chorob, u kterých:

- Přítomnost závažných symptomů a celková klinická nestabilita vyžadují časté intervence a pravidelné přehodnocování a úpravu plánu péče (časté krize a dekompenzace).
- Významně omezená mobilita a nízká celková funkční zdatnost neumožňuje pravidelné kontroly u praktického lékaře nebo ambulantního specialisty.
- Prognóza délky života je při obvyklém průběhu daného onemocnění v řádu týdnů až několika měsíců.
- Pacient a jeho blízcí si přejí, aby péče probíhala v domácím prostředí.

Pro tuto skupinu pacientů MSPP přináší:

- Garanci trvalé (24/7) dostupnosti lékařské a ošetrovatelské péče.
- Bezpečnou specializovanou službu, která je poskytována v souladu s nejmodernějšími odbornými poznatky při plném respektu zákonných požadavků na zdravotní péči.
- Kvalitativně vyšší úroveň zajištění péče než obvyklý model registrujícího praktického lékaře a služeb domácí péče.

Péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění formou agregované platby za ošetrovací den.

## **6.4 Zdravotně sociální pomezí**

V závěru života existuje řada konkrétních nepříznivých životních situací, v nichž klienti potřebují současně využívat jak sociální, tak i zdravotní služby nebo jsou v situaci, která vyžaduje těsnou součinnost sociálního a zdravotního systému. Bez tohoto propojení dochází k situacím, kdy občan s nedostatečnou sociální podporou a nevyřešenou sociální situací zatěžuje systém zdravotní péče anebo naopak nedostupnost některých prvků zdravotní péče nebo nedostatečné řešení zdravotního problému může způsobit dlouhodobou závislost na sociálních službách i v případě, kdy se takovým dopadům dalo efektivně předejít. Problematika zdravotně sociálního pomezí se týká i řady jiných životních situací než těch, které vznikají v kontextu poskytování paliativní péče. V závěru života se však velmi zřetelně ukazuje nerozlučná propojenost a vzájemná podmíněnost zdravotních a sociálních potřeb pacientů/klientů a jejich blízkých.

### **6.4.1 Paliativní péče a sociální služby**

Paliativní péči v sobě zahrnují zdravotní a sociální služby. Pacienti v závěru života ve zdravotnických zařízeních potřebují některé sociální služby. Klienti pobytových zařízení sociálních služeb potřebují v různé intenzitě zdravotní služby. Vzájemné propojení a koordinace těchto služeb zatím v řadě případů vážne. S rozvojem systému paliativní péče a s tvorbou strategie paliativní péče v JMK je spojena snaha o zajištění optimální spolupráce a vytvoření koordinovaného a komplexního systému zdravotní a sociální péče v oblasti paliativní péče v kraji.

**Úlohou kraje je koordinace všech priorit, opatření a aktivit týkajících se nastavení systému péče a zajištění služeb pro nevléčitelně nemocné v terminálním stádiu nemoci.**

### **6.4.2 Odborné sociální poradenství ve vztahu k paliativně nemocným**

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

### **6.4.3 Odlehčovací služby**

Odhlehčovací služby jsou sociální služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. Odlehčovací služby mohou mít podobu terénní, kdy je služba poskytována u klienta doma nebo pobytové, kdy je klient přijat na lůžko poskytovatele pobytových sociálních služeb. Některé lůžkové a mobilní hospice mají registrované odlehčovací služby jako součást svých komplexních služeb.

### **6.4.4 Pečovatelská služba a osobní asistence**

Pečovatelská služba a osobní asistence jsou terénní služby, které poskytují podporu a pomoc osobám závislým na pomoci jiné osoby, zejména seniorům, osobám se zdravotním postižením, ale i rodinám s dětmi v jejich domácím přirozeném prostředí, splňují péči blízkých osob, jiné veřejné a zdravotní služby, včetně paliativní péče. Jsou dostupné na území celého kraje, provozní doba je minimálně 12 hodin denně v průběhu celého týdne včetně víkendů a svátků v rozsahu podle potřeb konkrétní osoby.

#### 6.4.5 Paliativní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb

Vlivem stárnutí populace a zvyšující se kvalitou zdravotní péče o seniory a osoby se zdravotním postižením se postupně proměňuje klientela pobytových zařízení sociálních služeb především z hlediska potřeb odborné zdravotní péče. Zařízení poskytující pobytové služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, se tak stávají čím dál častěji náhradním sociálním prostředím, kde si jejich obyvatelé přejí prožít i závěr života a zemřít. Zejména domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, ale i další pobytová zařízení sociálních služeb, která se na sklonku života stala pro své obyvatele domovem, by to měla umožnit. Většina poskytovatelů sociálních služeb, jejichž zaměstnanci poskytují také zdravotní služby, mají oprávnění k poskytování zdravotních služeb a splňují požadavky stanovené jak vyhláškou č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů, tak vyhláškou č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějšího předpisu, a disponují již dnes odborným personálem, všeobecnými sestrami, pracovníky přímé obslužné péče, sociálními pracovníky i nutričními terapeuty, což umožňuje reagovat na potřeby člověka v závěru života jak po stránce zdravotní, tak psychické i sociální. Řada zařízení dnes dokáže zajistit i duchovní služby. Limitujícím faktorem je ve většině případů omezená dostupnost lékařské péče a omezená kapacita odborné ošetrovatelské péče. Lékařskou péči ve většině pobytových zařízení sociálních služeb zajišťuje registrující praktický lékař. Jeho časová dostupnost je však poměrně omezená. Dostupnost externě přizvaných lékařů specialistů a psychologů je rovněž velmi nízká.

Současné nastavení finančních podmínek a personálních kapacit prozatím většinou neumožňuje komplexní paliativní péči o klienta v závěrečné fázi života. Většina klientů pobytových zařízení sociálních služeb je v závěru života v případě zhoršení zdravotního stavu převážena do zdravotnických zařízení, a to často opakovaně. Také z hlediska prostorového komfortu není ve většině případů možno klientovi zajistit pro poslední dny například jednolůžkový pokoj. Záleží na samotných zařízeních sociálních služeb, jak dokáží takové situace řešit. Vzdělávání personálu je zatím rozvíjeno individuálně na úrovni jednotlivých poskytovatelů a ze strany kraje není zavedena systémová podpora nebo doporučení k jeho zajištění.

**Podpora rozvoje paliativní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb je jednou z priorit Koncepce rozvoje paliativní péče v JMK.**

#### 6.5 Víceúrovňový model paliativní péče

Pro zajištění paliativní péče na regionální a celostátní úrovni je třeba systematicky budovat **víceúrovňový model paliativní péče**, ve kterém jsou dostupné služby poskytovatelů obecné i specializované paliativní péče a tyto služby jsou logicky propojeny a koordinovány. Cílem je vybudovat síť poskytovatelů, která svou kapacitou a místní a časovou dostupností saturuje potřeby paliativní péče občanů v daném regionu. Každá forma a typ má jinou působnost, je určena jiné cílové skupině z pohledu věku, diagnózy, fáze choroby a potřeb – jak z hlediska zdravotního, tak sociálního. Zahraniční zkušenost ukazuje, že u 60-80 % pacientů v závěru života paliativní péče může být zajištěn poskytovateli obecné paliativní péče. U 20-40 % pacientů v závěru života s komplexními potřebami, obtížně zvládnutelnými symptomy a náročnými komunikačními potřebami je nezbytné předání do péče poskytovatelů specializované paliativní péče. Potenciál poskytovatelů obecné paliativní péče je významně zvýšen, pokud je konziliárně podporován poskytovateli specializované péče (např. konziliární ambulance paliativní medicíny nebo konziliární týmy paliativní péče v nemocnicích).

Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP v souladu s některými zahraničními dokumenty doporučuje pro zajištění dostatečné kapacity následující síť poskytovatelů specializované paliativní péče.

**Tabulka č. 3 Doporučená síť poskytovatelů specializované paliativní péče<sup>11</sup>**

Typ poskytovatele	Doporučená kapacita
Ambulance paliativní medicíny	1 ambulance na 100-150 000 obyvatel
Lůžkový „kamenný“ hospic/ oddělení paliativní péče v nemocnici	5-10 lůžek na 100 000 obyvatel
Konziliární tým paliativní péče v nemocnici	V každé nemocnici, kde nastává více než 50 úmrtí za rok
Mobilní specializovaná paliativní péče	1 poskytovatel MSPP na 75-150 000 obyvatel, podle hustoty osídlení

## 6.6 Paliativní péče poskytovaná dětem

### 6.6.1 Definice a specifika

„Dětská paliativní péče je aktivní kompletní péčí o somatickou, psychickou a spirituální dimenzi nemocného dítěte a zahrnuje také poskytování podpory rodině. Péče začíná v okamžiku stanovení diagnózy závažné život ohrožující nebo limitující nemoci a pokračuje bez ohledu na to, zda je dítě léčeno se zaměřením na základní onemocnění. Zdravotníci musí zhodnotit a minimalizovat fyzické, psychické a sociální strádání dítěte. Efektivní paliativní péče vyžaduje široký multiprofesní přístup, který zahrnuje i rodinu a využívá komunitní zdroje. Péče může být poskytována v pečovatelských ústavech, ve zdravotnických zařízeních i v domácím prostředí.“<sup>12</sup> „Pediatrická paliativní péče se odlišuje od péče určené dospělým zejména spektrem diagnóz, které děti pro tuto péči kvalifikují. Typickými diagnózami v dětské paliativní péči jsou dystrofie, dědičná metabolická onemocnění a těžké komplexní vývojové vady. Charakteristickou vlastností těchto chorob je častá nepředvídatelnost rychlosti jejich rozvoje u jednotlivých pacientů, což zdravotníkům velmi komplikuje schopnost odhadnout předpokládanou délku života. Oproti dospělé paliativní péči, zejména poskytované v klasických hospicích, je délka poskytování dětské paliativní péče výrazně delší, dětské pacienti jsou v paliativní péči často déle než rok.“<sup>13</sup>

Pediatrická paliativní péče se zaměřuje na udržení co nejvyšší možné kvality života nemocného dítěte. Zabývá se nejen fyzickými, ale také psychickými, sociálními a duševními potřebami dítěte. Péče je komplexní a zahrnuje podporu celé rodiny včetně sourozenců a pokračuje i po úmrtí dítěte, kdy pro rodinu

<sup>11</sup> Dokument České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP: PALIATIVNÍ PÉČE – KVALITNÍ ŽIVOT PACIENTŮ SE ZÁVAŽNÝM A POKROČILÝM ONEMOCNĚNÍM. ČSPM ČLS JEP 2017, dostupné na: <https://www.paliativnimediceina.cz/cile-a-zdravotne-politicke-priority-cspm-v-roce-2017/>

<sup>12</sup> převzato z publikace Potřeby dětí s život limitujícím nebo život ohrožujícím onemocněním a jejich rodin <https://detska.paliativnimediceina.cz/wp-content/uploads/2018/11/cpp-potreby-deti-digitalni-data-final.pdf>

<sup>13</sup> převzato z publikace Potřeby dětí s život limitujícím nebo život ohrožujícím onemocněním a jejich rodin <https://detska.paliativnimediceina.cz/wp-content/uploads/2018/11/cpp-potreby-deti-digitalni-data-final.pdf>

nastává dlouhé a těžké období truchlení<sup>14</sup>. Pro poskytování kvalitní paliativní péče je stěžejní, aby byla v jejím plánování zahrnuta celá rodina. Poskytovatelé paliativní péče musí také brát ohled na vývoj dítěte, a to nejen na vývoj fyzický, ale i emocionální a kognitivní. Je důležité si uvědomit odlišné komunikační dovednosti, které jsou ovlivněny nejen věkem, ale i nemocí dítěte, a rozlišovat jeho potřeby podle aktuálního stupně vývoje<sup>15</sup>. Děti také mají právo na vzdělávání a přiměřený vývoj a tyto potřeby je při poskytování péče nutno zohlednit. I nemocné děti by měly mít možnost udržet si své koníčky a oblíbené aktivity a udržovat své vztahy s vrstevníky.<sup>16</sup>

### 6.6.2 Dělení nemocí v pediatrické paliativní péči

(texty převzaty z publikace Potřeby dětí s život limitujícím nebo život ohrožujícím onemocněním a jejich rodin)

Onemocnění, která mohou vyžadovat zahájení paliativní péče, se dělí do dvou skupin, a to na život limitující onemocnění a život ohrožující onemocnění. Život limitující onemocnění („life-limiting“) jsou definována jako stavy, kdy je předčasné úmrtí obvyklé a není naděje na vyléčení (např. Duchennova svalová atrofie). Život ohrožující onemocnění („life-threatening“) jsou nemoci, u kterých je vysoká pravděpodobnost předčasného úmrtí v důsledku těžké nemoci, ale zároveň může existovat šance na dlouhodobé přežití do dospělosti (např. onkologická onemocnění, vážné úrazy). Oproti paliativní péči poskytované dospělým osobám, zejména poskytované v klasických hospicích, je délka poskytování dětské paliativní péče výrazně delší, dětští pacienti jsou v paliativní péči často déle než rok.

Dětské diagnózy, které mohou být indikací pro paliativní péči, je dále možné rozdělit do čtyř kategorií. Tyto kategorie byly stanoveny Asociací pro děti s život ohrožujícím nebo terminálním onemocněním a jejich rodiny a Královskou školou dětského lékařství a dětského zdraví ve Velké Británii.<sup>17</sup>

Skupina 1: Onemocnění ohrožující život. Kurativní terapie je primárně možná, ale může selhat. Přístup k paliativní péči může být nezbytný při selhání léčby nebo během akutního zhoršení zdravotního stavu. Při remisi či vyléčení není již paliativní péče nutná. Jedná se např. o nádorová onemocnění, nezvratné selhání jater, ledvin, srdce.

Skupina 2: Onemocnění, kde předčasná smrt je nevyhnutelná. Mohou nastat dlouhá období intenzivní léčby, jejímž cílem je prodloužení života a umožnění účasti na běžných denních činnostech. Např. cystická fibróza, Duchennova svalová atrofie.

Skupina 3: Progresivní onemocnění bez možnosti kurativní léčby. Léčba je výhradně paliativní a může trvat mnoho let. Např. Battenova choroba, svalová dystrofie, mukopolysacharidosa.

Skupina 4: Nezvratné, nicméně neprogresivní onemocnění způsobující komplexní zdravotní postižení, které vede ke komplikacím a vysoké pravděpodobnosti předčasného úmrtí. Např. těžké formy mozkové obrny a kombinovaná postižení po poranění mozku nebo míchy, těžké komplexní vývojové vady.

<sup>14</sup> [Liben, Papadau, Wolfe, 2008; Husovská, 2014; American Academy of Pediatrics, 2010]

<sup>15</sup> [Husovská, 2014]

<sup>16</sup> <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>

<sup>17</sup> <http://docplayer.cz/898792-Impacct-standardy-detske-paliativni-pece-v-evrope.html>

Ačkoliv pediatrická paliativní péče sdílí některé znaky a cíle s paliativní péčí pro dospělé pacienty, existují mezi nimi zásadní odlišnosti, které je nutné si uvědomit. Děti umírají následkem jiných onemocnění než dospělí a jejich celkový počet je výrazně menší. Onemocnění, která se vyskytují i u dospělých, mohou mít u dětí jiný průběh. Liší se také časový průběh nemoci, kdy děti mohou potřebovat paliativní péči nejen dny a týdny, ale také v průběhu mnoha let.<sup>18</sup>

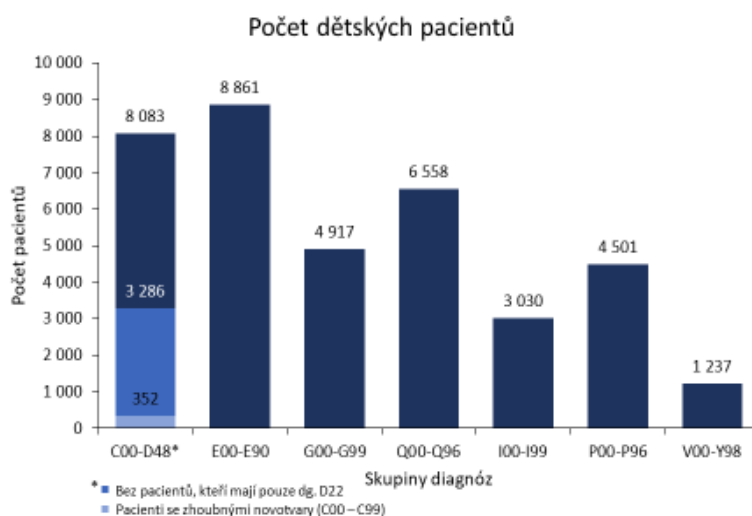
### 6.6.3 Diagnostické skupiny „život ohrožujících“ a „život limitujících“ onemocnění

- C00-D48 Novotvary
- E00–E90 Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek
- G00–G99 Nemoci nervové soustavy
- Q00-Q96 Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality
- I00-I99 Nemoci oběhové soustavy
- P00–P96 Některé stavy vzniklé v perinatálním období
- V01-Y98 Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti

**Graf č. 1 Počet dětí mladistvých s definovanými diagnózami<sup>19</sup>**

#### Počet dětí a mladistvých s definovanými diagnózami v Jihomoravském kraji v roce 2017

Pacienti mladší 18 let s bydlištěm v Jihomoravském kraji  
Pacienti s danými skupinami diagnóz na hlavní diagnóze dokladu



<sup>18</sup> převzato z publikace Potřeby dětí s život limitujícím nebo život ohrožujícím onemocněním a jejich rodin <https://detska.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2018/11/cpp-potreby-deti-digitalni-data-final.pdf>

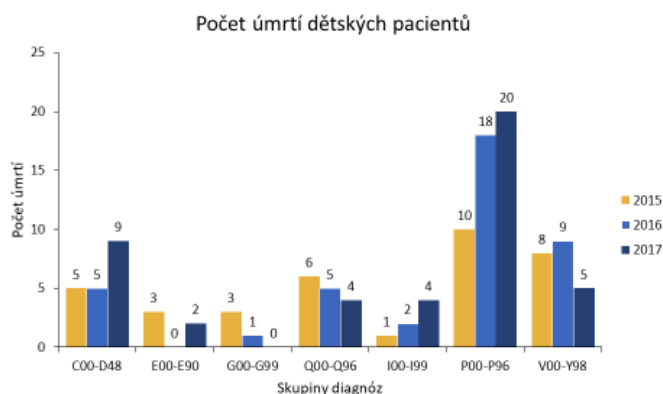
<sup>19</sup> Zdroj: [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz) a <https://www.paliativnidata.cz/browser/web/mortalitni-data/misto-umrti/>



## Graf č. 2 Dětská úmrtí pro definované skupiny diagnóz<sup>20</sup>

### Dětská úmrtí pro definované skupiny diagnóz v Jihomoravském kraji v letech 2015 - 2017

Pacienti mladší 18 let s bydlištěm v Jihomoravském kraji



Pozn. Vzrůstající počet úmrtí může být mimo jiné ovlivněn vzrůstající porodností.

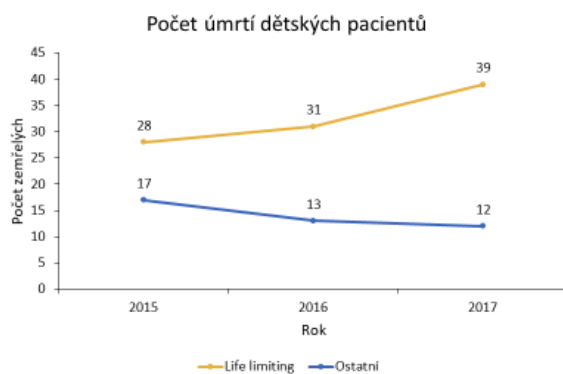
LPZ 2015-2017



## Graf č. 3 Dětská úmrtí<sup>21</sup>

### Dětská úmrtí (life limiting diagnózy vs. ostatní) v Jihomoravském kraji v letech 2015 - 2017

Pacienti mladší 18 let s bydlištěm v Jihomoravském kraji



Pozn. Vzrůstající počet úmrtí může být mimo jiné ovlivněn vzrůstající porodností.

LPZ 2015-2017



<sup>20</sup> Zdroj: [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz) a <https://www.paliativnidata.cz/browser/web/mortalitni-data/misto-umrti/>

<sup>21</sup> Zdroj: [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz) a <https://www.paliativnidata.cz/browser/web/mortalitni-data/misto-umrti/>

## Graf č. 4 Místo úmrtí dětských pacientů<sup>22</sup>

### Místo úmrtí dětských pacientů z Jihomoravského kraje v letech 2015 - 2017

Pacienti mladší 18 let s bydlištěm v Jihomoravském kraji  
N = 140

	Nemocnice	Doma, v zařízeních sociálních služeb	Fakultní nemocnice	Na ulici, při převozu	Ostatní ZZ	Jiné, nezjištěno
C00-D48	0 (0,0 %)	12 (63,2 %)	6 (31,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (5,3 %)
E00-E90	0 (0,0 %)	3 (60,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (40,0 %)	0 (0,0 %)
G00-G99	0 (0,0 %)	1 (25,0 %)	3 (75,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Q00-Q96	2 (13,3 %)	2 (13,3 %)	6 (40,0 %)	0 (0,0 %)	5 (33,3 %)	0 (0,0 %)
I00-I99	1 (14,3 %)	3 (42,9 %)	2 (28,6 %)	0 (0,0 %)	1 (14,3 %)	0 (0,0 %)
P00-P96	5 (10,4 %)	5 (10,4 %)	33 (68,8 %)	0 (0,0 %)	5 (10,4 %)	0 (0,0 %)
V00-V98	0 (0,0 %)	6 (27,3 %)	4 (18,2 %)	8 (36,4 %)	1 (4,5 %)	3 (13,6 %)
Ostatní	2 (10,0 %)	6 (30,0 %)	6 (30,0 %)	0 (0,0 %)	2 (10,0 %)	4 (20,0 %)

LPZ 2015-2017



Pro zajištění kvalitní péče o děti s život limitujícím či život ohrožujícím onemocněním a jejich rodiny je nezbytná dostatečná nabídka zdravotních a sociálních služeb. Pokrytí potřeb rodin vyžaduje účast lékaře (často je dítě pacientem několika lékařů specialistů), zdravotníků, psychologa, sociálních pracovníků, duchovního. Doporučováno je stanovení koordinátora péče. Dětské pacienti i jejich blízcí mohou využívat služby mobilního nebo lůžkového hospice, poraden, denních a týdenních stacionářů i pobytových zařízení sociálních služeb.

## 6.7 Právní rámec pro poskytování paliativní péče v ČR

Paliativní péče je nedílnou součástí systému zdravotních a sociálních služeb v České republice. Právní rámec paliativní péče je v současné době tvořen zejména:

- zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů (vymezení paliativní péče, hospic, práva a povinnosti mezi pacientem, jeho blízkými, poskytovatelem, zdravotníky, institut dříve vysloveného přání),
- zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů (úhrada paliativní péče),
- zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (postavení uživatele služby jakožto osoby závislé na péči jiné osoby a jeho nárok na sociální služby; zákon o sociálních službách stanoví druhy služeb, které se poskytují bez úhrady, specifikuje sociální služby za úhradu a bližší podmínky pro její výši sjednanou ve smlouvě o poskytování služby mezi uživatelem služby a jejím poskytovatelem),
- zákonem č. 89/2012 Sb., občanským zákoníkem, ve znění pozdějších předpisů (právní úprava zásahu do tělesné integrity, zastoupení osoby nezpůsobilé právně jednat, nový systém odškodňování zásahu do přirozených práv člověka – tělesná integrita, soukromí, důstojnost).

<sup>22</sup> Zdroj: [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz) a <https://www.paliativnidata.cz/browser/web/mortalitni-data/misto-umrti/>

## 7 Analýza současného stavu

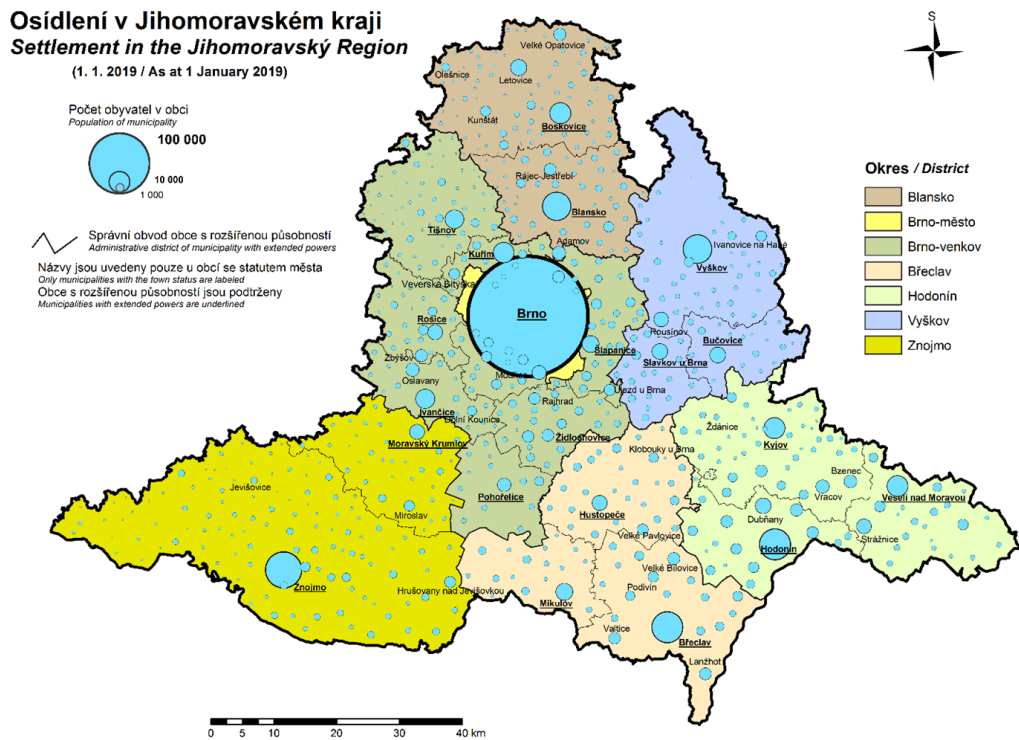
### 7.1 Geografická a demografická situace JMK

Jihomoravský kraj (rozloha 7.188 km<sup>2</sup>, 1.188 tis. obyvatel k 31.12.2018, zdroj: [www.czso.cz](http://www.czso.cz)) se nachází na jihovýchodě České republiky. Na východě sousedí se Slovenskou republikou a na jihu s Rakouskou republikou. V rámci České republiky sousedí od západu s Jihočeským krajem, Krajem Vysočina, Pardubickým krajem, Olomouckým krajem a Zlínským krajem.

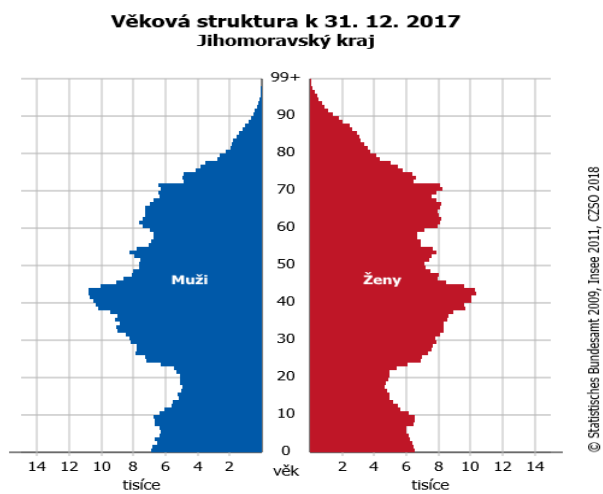
Obr. č. 1 Geografická situace v Jihomoravském kraji



**Obr. č. 2 Osídlení v Jihomoravském kraji**



**Obr. č. 3 Věková struktura obyvatel v Jihomoravském kraji**



## **7.2 Síť poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb v Jihomoravském kraji**

### **7.2.1 Primární ambulantní péče**

Počet poskytovatelů zdravotních služeb (PZS) v oboru všeobecné praktické lékařství v JMK dosahuje počtu 585, přičemž poskytovatel zdravotních služeb není ekvivalent pro lékaře. PZS poskytují zdravotní služby v rámci kraje na jednom či více místech poskytování zdravotních služeb (ordinací), ten samý PZS pak může mít místo poskytování zdravotních služeb ve více okresech.

### **7.2.2 Lůžková zdravotnická zařízení**

#### **Ministerstvo zdravotnictví zřizuje:**

- Fakultní nemocnici Brno, která je rozdělena na areály: Nemocnice Bohunice, Dětská nemocnice, Porodnice s 1 888 lůžky,
- Fakultní nemocnici U sv. Anny v Brně s 917 lůžky,
- Psychiatrickou nemocnici Brno se 761 lůžky,
- Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie Brno s 90 lůžky,
- Masarykův onkologický ústav s 254 lůžky.

#### **Ministerstvo obrany zřizuje:**

- Vojenskou nemocnici Brno s 212 lůžky.

#### **Ministerstvo spravedlnosti zřizuje:**

- Vazební věznici a ústav pro výkon zabezpečovací detence Brno se 110 lůžky.

#### **Městy jsou zřizovány:**

- Nemocnice Milosrdných bratří, příspěvková organizace, se 466 lůžky,
- Úrazová nemocnice v Brně se 174 lůžky,
- Nemocnice Blansko se 183 lůžky,
- Nemocnice Boskovice s.r.o. se 272 lůžky (městem je vlastněn obchodní podíl 100 %).

#### **Jihomoravský kraj je zřizovatelem nemocnic s celkem 2 661 lůžky:**

- Nemocnice Znojmo, příspěvkové organizace,
- Nemocnice Kyjov, příspěvkové organizace,
- Nemocnice Vyškov, příspěvkové organizace,
- Nemocnice Ivančice, příspěvkové organizace,
- Nemocnice TGM Hodonín, příspěvkové organizace,
- Nemocnice Letovice, příspěvkové organizace,
- Nemocnice Hustopeče, příspěvkové organizace,
- Nemocnice Tišnov, příspěvkové organizace,
- Nemocnice Břeclav, příspěvkové organizace.

#### **Nemocnice v soukromém vlastnictví na území Jihomoravského kraje:**

- SurGal Clinic s.r.o. Brno se 161 lůžky,
- Nemocnice Valtice s.r.o. se 184 lůžky,

- VIVIDUS Medical, s.r.o. s 90 lůžky,
- Chronicare Mund s.r.o. s 58 lůžky.

### 7.2.3 Domácí péče

V JMK je registrováno nebo má oprávnění více než 36 poskytovatelů domácí péče (odbornost 925): Poskytovatelé specializované paliativní péče v JMK.

### 7.2.4 Lůžkové („kamenné“) hospice

V JMK působí dva lůžkové hospice:

- Hospic sv. Alžběty, o.p.s v Brně s 22 lůžky,
- Diecézní charita Brno – Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradu u Brna s 50 lůžky.

Oba hospice jsou nestátní zdravotnická zařízení. S celkovou kapacitou 72 lůžek na 1,2 milionu obyvatel (tj. 6 lůžek/100 000 obyvatel) naplňuje obecně doporučenou kapacitu hospicových lůžek (5 lůžek/100 000 obyvatel). Geografické umístění hospiců však činí tuto péči hůře dopravně dostupnou především pro obyvatele ze Znojemska, Hodonínska, Břeclavska a Boskovicka.

### 7.2.5 Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP)

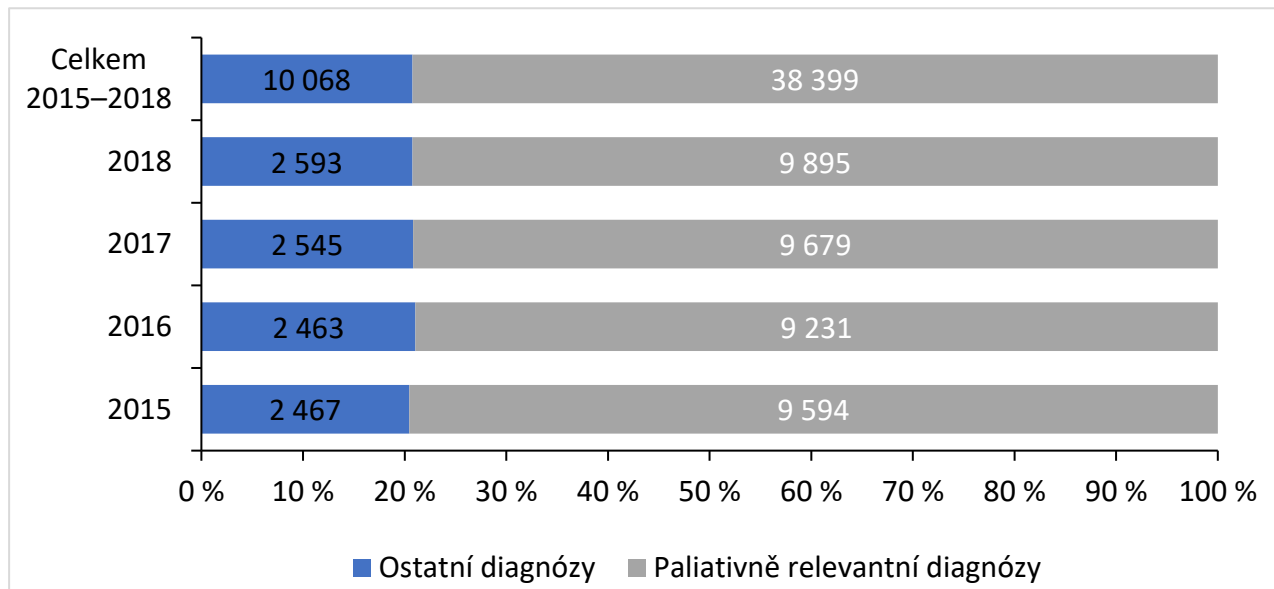
V JMK je registrováno (má oprávnění) sedm poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče:

- Diecézní charita Brno – Oblastní charita Blansko,
- Diecézní charita Brno – Oblastní charita Rajhrad,
- Diecézní charita Brno – Oblastní charita Znojmo,
- Diecézní charita Brno – Správa DCHB a Služby Brno,
- Fakultní nemocnice Brno,
- Girasole, sdružení pro pomoc a rozvoj, z.s.
- Hospic sv. Alžběty o.p.s.
- Sdružení zdrav. zařízení II Brno, p.o. – Centrum paliativní péče

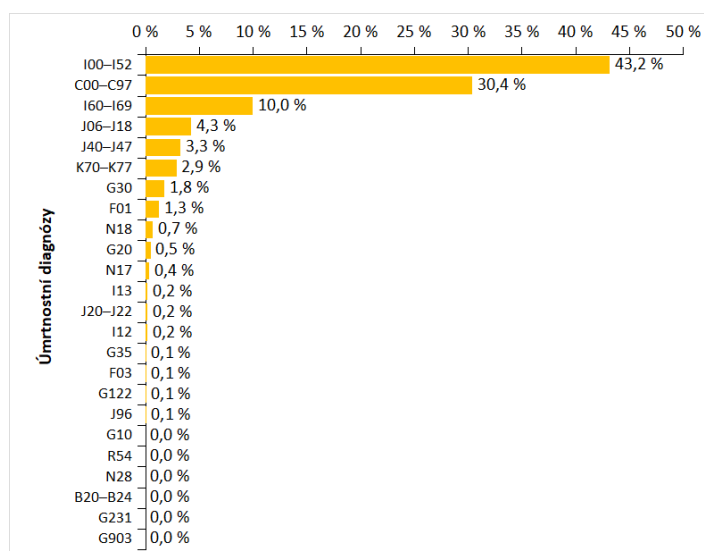
## 7.3 Odhad potřeby paliativní péče v Jihomoravském kraji

Na základě dat z národních zdravotních registrů (List o prohlídce zemřelého-LPZ, Národní registr hospitalizovaných-NRHOSP a Národní registr hrazených zdravotních služeb-NRHZS) lze charakterizovat populaci pacientů s paliativně relevantními diagnózami v JMK, kteří v posledním roce života velmi pravděpodobně potřebují určitou formu paliativní péče. Výsledky jsou zobrazeny v následujících grafech.

**Graf č. 5 Počet zemřelých v JMK na paliativně relevantní vs. ostatní diagnózy<sup>23</sup>**



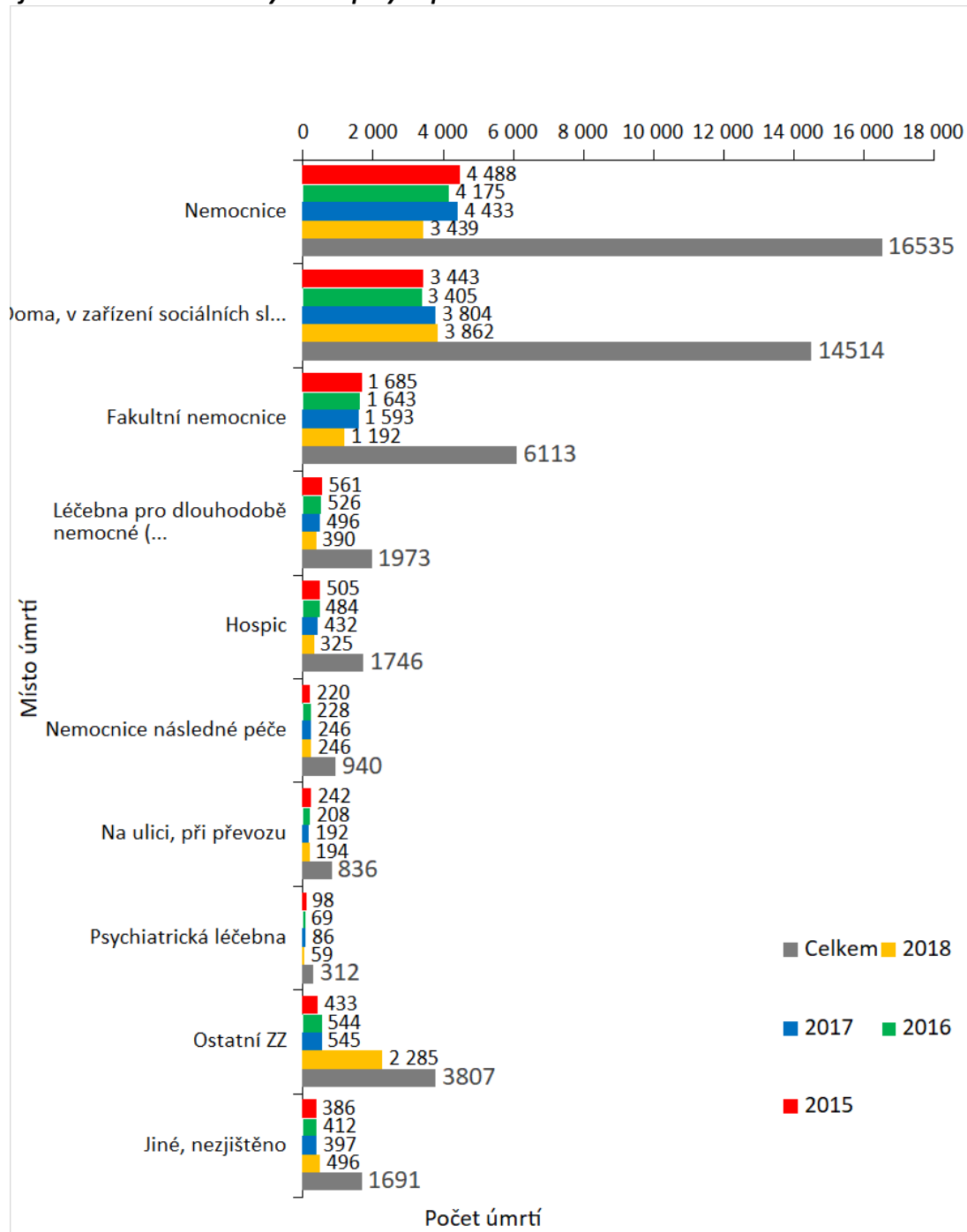
**Graf č. 6 Zastoupení paliativně relevantních úmrtnostních diagnóz dospělých pacientů Jihomoravského kraje za období 2015–2018<sup>24</sup>**



<sup>23</sup> Prezentace UZIS „Paliativní péče – Jihomoravský kraj 2015–2017“

<sup>24</sup> Prezentace UZIS „Paliativní péče – Jihomoravský kraj 2015–2017“

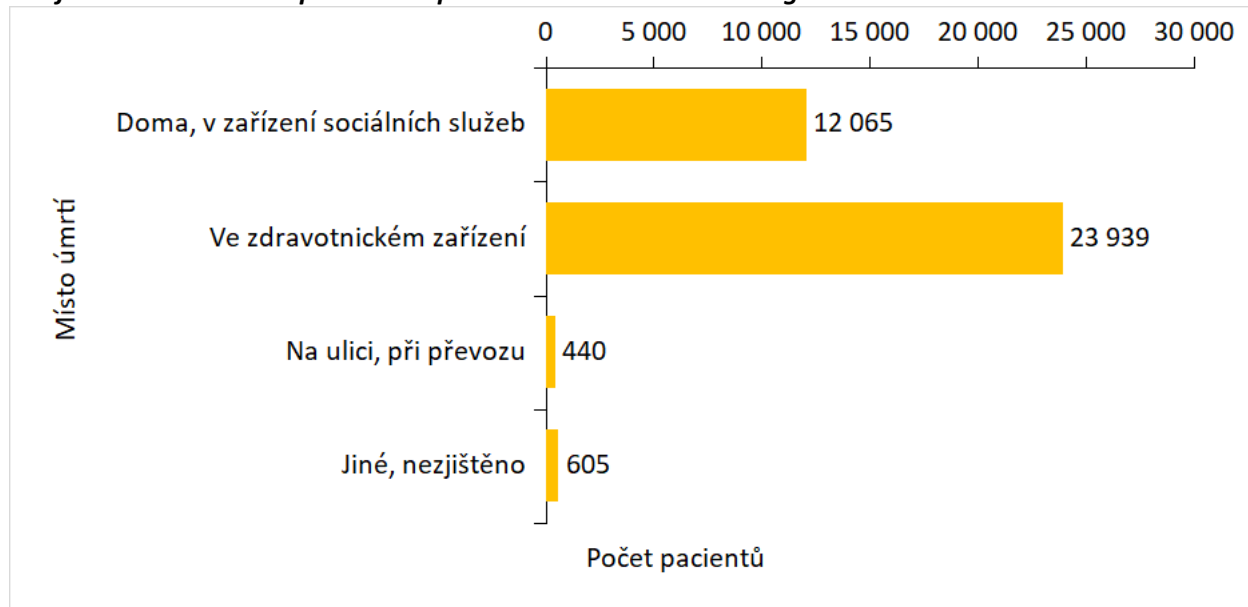
**Graf č. 7 Struktura zemřelých dospělých pacientů v JMK v letech 2015–2018 dle místa úmrtí<sup>25</sup>**



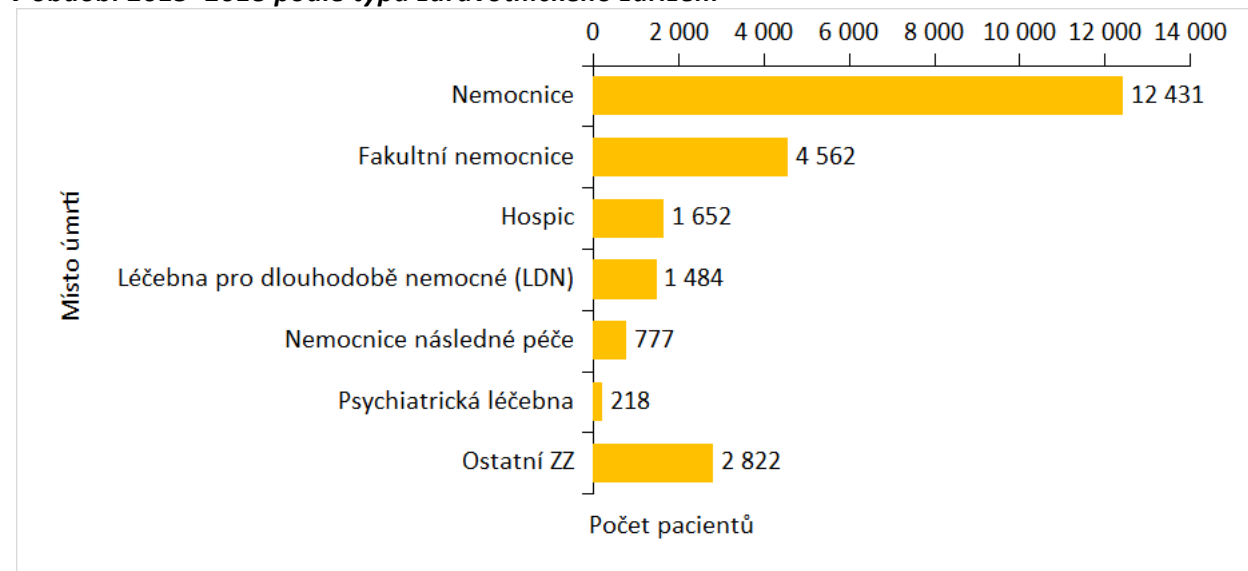
<sup>25</sup> Prezentace UZIS „Paliativní péče – Jiho­moravský kraj 2015-2017“



**Graf č. 8 - Místo úmrtí pacientů s paliativně relevantními diagnózami v JMK v letech 2015–2018<sup>26</sup>**



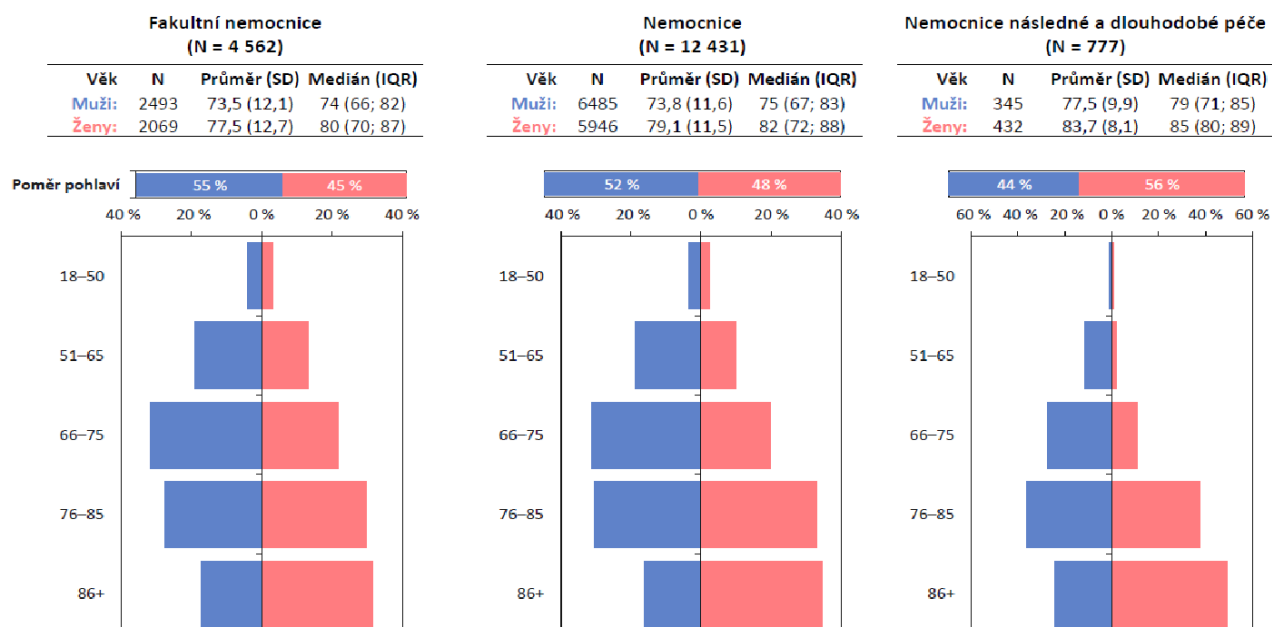
**Graf č. 9 Pacienti s paliativně relevantními diagnózami a úmrtím ve zdravotnickém zařízení v JMK v období 2015–2018 podle typu zdravotnického zařízení<sup>27</sup>**



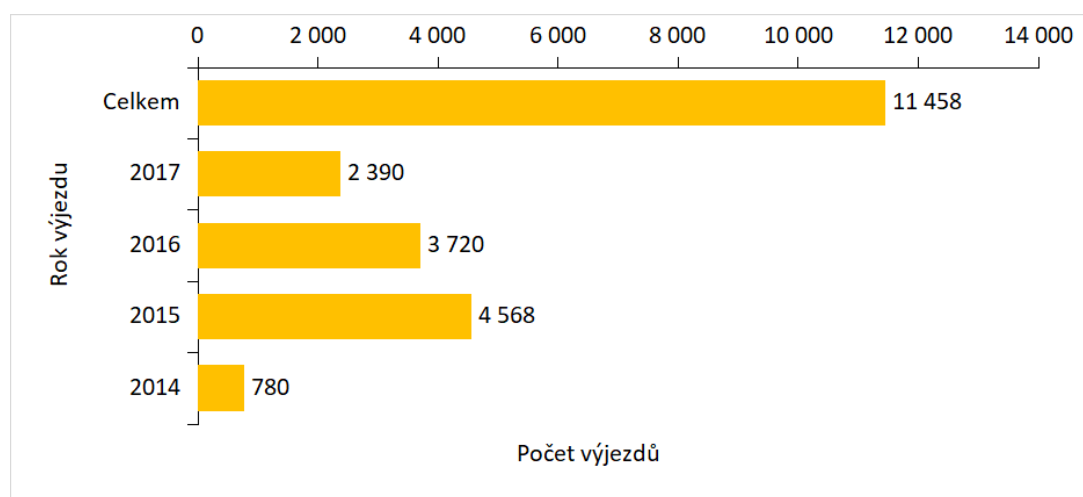
<sup>26</sup> Prezentace UZIS „Paliativní péče –Jihomoravský kraj 2015-2017“

<sup>27</sup> Prezentace UZIS „Paliativní péče –Jihomoravský kraj 2015-2017“

**Graf č. 10 Demografie pacientů s paliativně relevantními diagnózami a úmrtím ve zdravotnickém zařízení v JMK v období 2015–2018<sup>28</sup>**



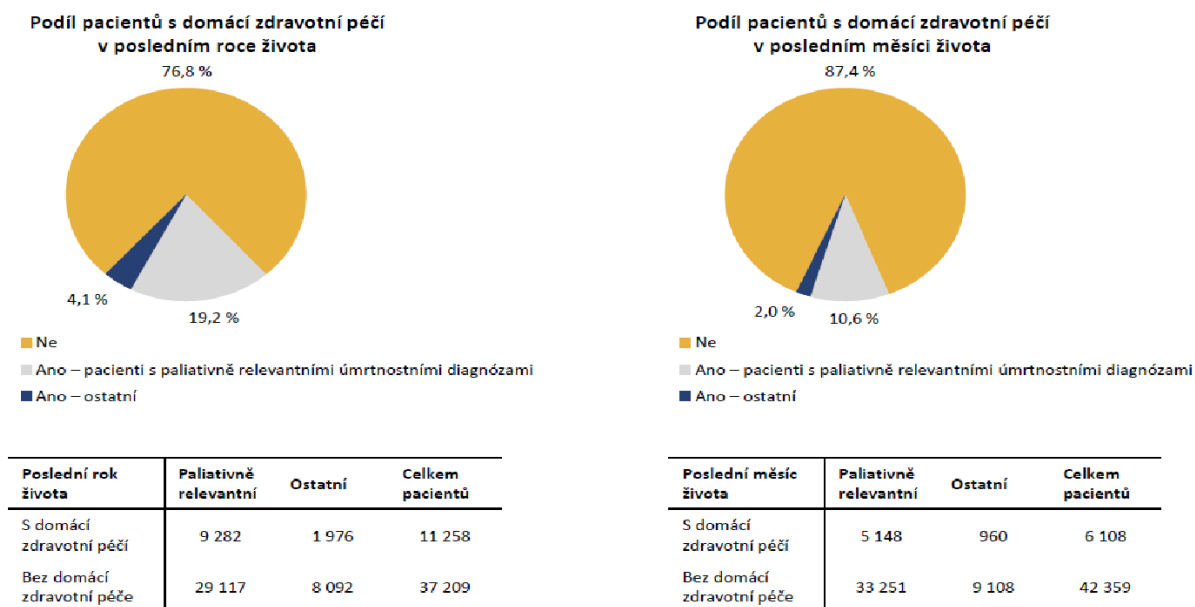
**Graf č. 11 Počet pacientů v JMK s úmrtím na paliativně relevantní diagnózy a výjezdem RLP, RZP v posledním roce života<sup>29</sup>**



<sup>28</sup> Prezentace UZIS „Paliativní péče –Jihomoravský kraj 2015-2017“

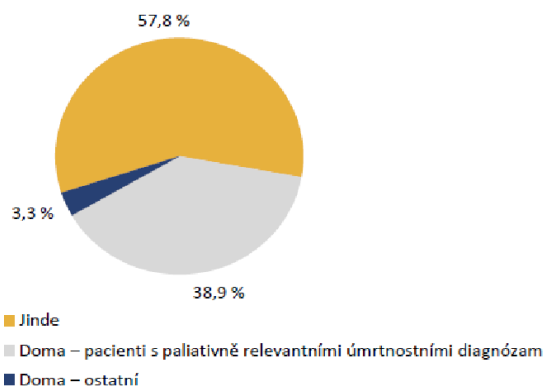
<sup>29</sup> Prezentace UZIS „Paliativní péče –Jihomoravský kraj 2015-2017“

**Graf č. 12 Počet dospělých pacientů z JMK, kteří v posledním roce a měsíci života čerpali domácí zdravotní péči (home care, odbornost 925) v letech 2015-2018<sup>30</sup>**



**Graf č. 13 Místo úmrtí dospělých pacientů z Jihomoravského kraje, kteří v posledním měsíci života čerpali domácí zdravotní péči (home care, odbornost 925) v letech 2015-2018<sup>31</sup>**

Podíl pacientů s domácí zdravotní péčí v posledním měsíci života s úmrtím doma

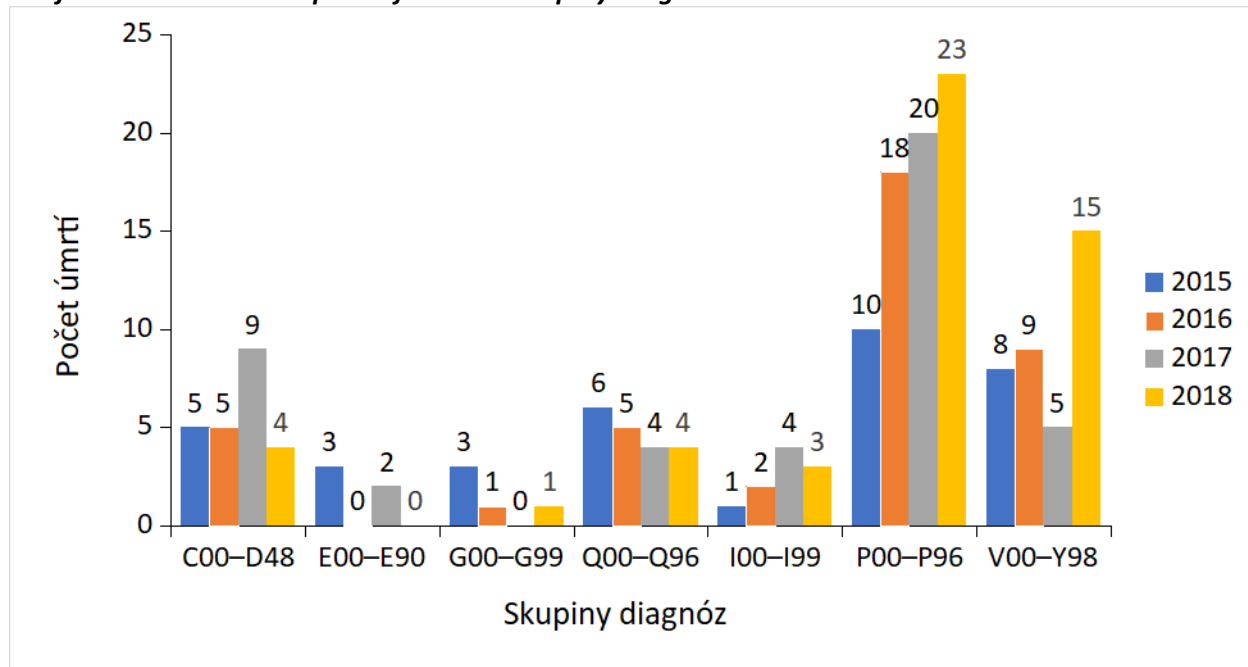


Poslední měsíc života	Paliativně relevantní	Ostatní	Celkem pacientů
Úmrtí doma	2 373	203	2 576
Úmrtí jinde	2 775	757	3 532

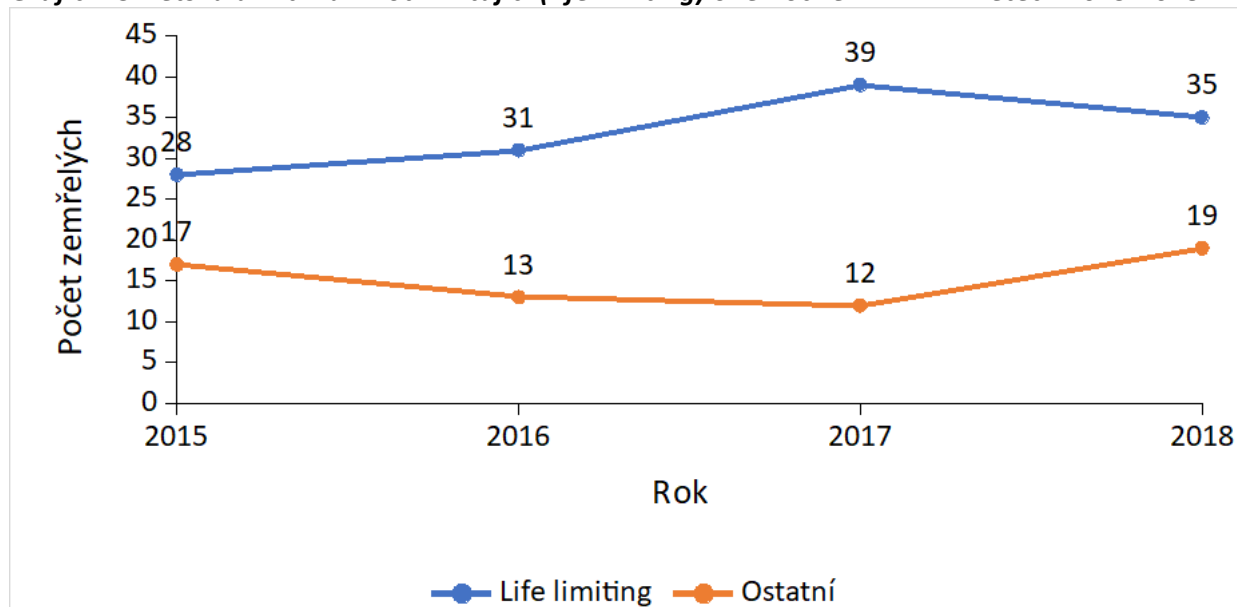
<sup>30</sup> Prezentace UZIS „Paliativní péče – Jihomoravský kraj 2015-2017“

<sup>31</sup> Prezentace UZIS „Paliativní péče – Jihomoravský kraj 2015-2017“

**Graf č. 14 Dětská úmrtí pro definované skupiny diagnóz v JMK v letech 2015–2018<sup>32</sup>**



**Graf č. 15 Dětská úmrtí na život limitující (life limiting) onemocnění v JMK v letech 2015-2018<sup>33</sup>**



<sup>32</sup> Prezentace UZIS „Paliativní péče –Jihomoravský kraj 2015-2017“

<sup>33</sup> Prezentace UZIS „Paliativní péče –Jihomoravský kraj 2015-2017“

#### 7.4 Interpretace výsledků

- V Jihomoravském kraji každoročně umírá více než 12 000 osob. Více než 9500 osob umírá na některou z tzv. **paliativně relevantních diagnóz. U těchto pacientů je třeba v závěru života předpokládat potřebu paliativní péče.**
- Více než 65 % úmrtí na paliativní relevantní diagnózy nastává v lůžkových zdravotnických zařízeních.
- Polovina úmrtí na paliativně relevantní diagnózy nastává v JMK v nemocnicích akutní péče. 14 % úmrtí nastává ve fakultních nemocnicích.
- V lůžkových hospicích v JMK umírá 4,5 %<sup>34</sup> pacientů s paliativně relevantními diagnózami.
- V domácím nebo náhradním sociálním prostředí (zařízení sociálních služeb) nastává více než 30 % všech úmrtí.
- V JMK umírá každoročně více než 35 dětských pacientů v důsledku některé z chronických život ohrožujících a život limitujících diagnóz.

Z výše uvedených dat vyplývá, že pacienti s potřebou paliativní péče se vyskytují ve všech segmentech zdravotního a sociálního systému.

Na základě dat z národních zdravotních registrů jsme schopni zjistit počty pacientů, počty a délky hospitalizací, příčiny a místa úmrtí. Podrobnější analýza dat z Národního registru hrazených zdravotních služeb – NRHZS dat zdravotních pojišťoven umožňuje přesně popsat strukturu čerpání zdravotní péče v definovaném období (např. v posledním roce života). Uvedená data však neposkytují informaci o kvalitě této péče, ani tom, zda byla péče a místo jejího poskytování v souladu s potřebami a přáními pacientů. Základním předpokladem pro zhodnocení těchto parametrů je systematický sběr dat o kvalitě péče z perspektivy pacientů a jejich rodin (tzv. patient reported outcomes). Sběr ani analýza takových dat zatím v JMK ani na celostátní úrovni neprobíhá.

---

<sup>34</sup> Prezentace UZIS „Paliativní péče – Jihomoravský kraj 2015-2017“

## 8 PROGRAMOVÁ ČÁST KONCEPCE

### 8.1 Mise

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

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

**JMK považuje paliativní péči za efektivní nástroj k mírnění utrpení a ochraně důstojnosti křehkých a zranitelných pacientů v závěru života. Její systematický rozvoj považuje za naplnění povinnosti pečovat o potřeby svých občanů.**

### 8.2 Vize

Pro naplňování svého poslání, a to s respektem k důstojnosti všech svých občanů, řeší JMK všechny dílčí oblasti běžného života obyvatelů. JMK je odhodlán napomáhat vytváření systému dostupné regionální sítě paliativní péče na celém území kraje, poskytované na vysoké odborné a kvalitní úrovni. Dbá proto na vytvoření podmínek a pobídek vedoucích k zajištění a poskytování širokého spektra kvalitních a dostupných služeb na profesionální úrovni, směřujících ke zmírnění bolesti, duševního a tělesného strádání a k zachování důstojnosti nevléčitelně nemocných a poskytování podpory jejich blízkým. Naplnění vize by mělo vést k maximálně kvalitnímu a efektivnímu poskytování paliativní péče v kraji.

**Vize: „Paliativní péče je v Jihomoravském kraji dostupná všem osobám, kteří ji potřebují.“**

### 8.3 Strategické a specifické cíle

Strategickým cílem JMK je zajištění dostupnosti obecné i specializované paliativní péče.

K naplnění strategického cíle v oblasti paliativní péče jsou stanoveny následující specifické cíle:

1. Implementace paliativní péče do nemocnic, které poskytují akutní, následnou a dlouhodobou lůžkovou péči.
  - b. Zajištění dostupnosti mobilní specializované paliativní péče.
  - c. Zajištění dostupnosti paliativní péče ve vybraných pobytových sociálních službách.
  - d. Rozvoj paliativní péče poskytované dětem.
  - e. Vytvoření pozice koordinátora a Pracovní skupiny pro paliativní péči v JMK.
  - f. Zajištění dostupnosti kvalitní lůžkové paliativní péče v JMK.
  - g. Zvýšení informovanosti veřejnosti o paliativní péči v JMK.

### 8.3.1 **Specifický cíl 1: Implementace paliativní péče do nemocnic, které poskytují akutní, následnou a dlouhodobou péči**

#### 8.3.1.1 Podpora implementace programu paliativní péče v nemocnicích v JMK:

- Pracovní skupina pro paliativní péči v JMK poskytne podporu jednotlivým poskytovatelům při tvorbě řídicího materiálu/metodického pokynu/směrnice o zajištění paliativní péče v daném zařízení. Směrnice upravuje otázku identifikace pacientů s potřebou paliativní péče (např. pomocí nástroje NECPAL), odpovědnosti a vzájemné propojení služeb obecné a specializované paliativní péče.
- Pracovní skupina bude spolupracovat s Českou společností paliativní medicíny ČLS JEP, Centrem paliativní péče Praha a dalšími odbornými platformami včetně pracovní skupiny Paliatr Vysočina.

#### 8.3.1.2 Zlepšení kvality obecné paliativní péče v nemocnicích:

- Edukace různých skupin zdravotnických pracovníků o paliativní péči podpořená JMK (např. semináře o paliativní péči, jednodenní kurz ČSPM „Základy paliativní péče v nemocnici“ pro zaměstnance v každé nemocnici, třídní kurz ELNEC pro sestry ve všech nemocnicích zřizovaných JMK, účast lékařů z nemocnic zřizovaných JMK na specializačních kurzech pořádaných ČSPM ČLS JEP, stáže v ambulancích paliativní medicíny či u poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče apod.),
- Podpora při zlepšování obecných podmínek pro péči o pacienty v závěru života – vyčleněné prostory, vybavení těchto prostor, pomůcky – formou účelové dotace.
- Podpora zajištění dostatečného personálního zabezpečení (počet lékařů a sester, dostupnost psychologické, sociální a spirituální péče).

#### 8.3.1.3 Zlepšení kvality specializované paliativní péče v nemocnicích:

- V nemocnicích na území JMK budou funkční konziliární týmy paliativní péče (multidisciplinární tým: v ideálním případě lékař se specializací v oboru paliativní medicína „paliatr“, všeobecná sestra, zdravotně-sociální pracovník, psychoterapeut, kaplan; v počáteční fázi alespoň lékař – paliatr, všeobecná sestra, sociální pracovník),
- Vytvoření sítě ambulancí paliativní medicíny (ambulance odbornosti 720 - paliativní medicíny). Za cílový stav je aktuálně považována minimálně 1 ambulance na 100–150 tisíc obyvatel.
- Na základě analýzy potřeb a místních podmínek bude podpořeno budování lůžkové stanice/specializovaných lůžek paliativní péče v některých regionech JMK.

### 8.3.2 **Specifický cíl 2: Zajištění dostupnosti mobilní specializované paliativní péče**

#### 8.3.2.1 Zajištění dostupnosti mobilní specializované paliativní péče:

- V každém okrese JMK je alespoň jeden poskytovatel mobilní specializované paliativní péče (MSPP), který splňuje personální požadavky této zdravotní služby v souladu s metodickým pokynem MZČR, a má smlouvy o poskytování a úhradě péče se všemi zdravotními pojišťovnami.

- V optimálním případě má každý poskytovatel MSPP (odbornost 926) možnost poskytovat také výkony odbornosti domácí péče (odbornost 925) a specializovanou ambulanci paliativní medicíny (odbornost 720).
- Za cílový stav je aktuálně považována minimálně jeden poskytovatel MSPP na 75 000-150 000 obyvatel (podle hustoty osídlení).

#### 8.3.2.2 Kroky, jimiž JMK mimo jiné podpoří tvorbu sítě poskytovatelů MSPP:

- Požadováním a kontrolou kvality poskytovaných zdravotních služeb v rámci výběrových řízení.
- Podporou poskytovatelů MSPP při jednání se zdravotními pojišťovnami na uzavření logického komplexu zdravotních služeb odbornosti 926 + 925 + 720 (viz výše).
- Podporou edukačních akcí zaměřených na zdravotní a sociální služby ve vztahu k paliativní péči a podporou vzdělávání pracovníků – lékařů, nelékařských zdravotnických pracovníků, sociálních pracovníků a dalších členů multidisciplinárního týmu, kteří poskytují MSPP ve vlastním sociálním prostředí pacienta, v zařízení sociálních služeb, v hospici nebo paliativní péči u poskytovatelů zdravotních služeb v rámci ambulantní péče i lůžkové péče.
- Provozními dotacemi pro poskytovatele MSPP, které budou založeny na objemu a kvalitě poskytnuté domácí péče.
- Podporou poskytovatelů vypracováním řídicího materiálu o zacházení s návykovými léčivými. Řídicí materiál upravuje otázku zacházení a evidence návykových látek.
- Rozšíření terénních sociálních služeb pro paliativní pacienty, které by pracovaly v režimu schopném se adaptovat na MSPP. Zvyšování kompetencí pečovatелů (plná náhrada péče rodiny).

### 8.3.3 **Specifický cíl 3: Zajištění dostupnosti paliativní péče ve vybraných pobytových sociálních službách**

#### 8.3.3.1 Klientům vybraných pobytových sociálních služeb je v závěru života dostupná kvalitní paliativní péče tak, aby v případě přání mohli v daném zařízení dožít (bez nutnosti akutní hospitalizace):

- JMK bude iniciovat setkávání se zástupci pobytových sociálních služeb, zástupců praktických lékařů a poskytovatelů MSPP jako platformy pro koncepční, metodickou a odbornou diskuzi o rozvoji paliativní péče v těchto zařízeních.
- Problematika bude diskutována a rozvíjena v rámci širší koncepce rozvoje služeb na zdravotně sociálním pomezí.
- Pracovní skupina provede analýzu potřeb paliativní péče ve vybraných pobytových službách, možností a limitů jejich zajištění při stávajícím systému zajištění zdravotních služeb.
- JMK podpoří edukační programy paliativní péče pro multidisciplinární týmy (lékař – zdravotničtí pracovníci – pracovníci sociálních služeb) v zařízeních sociálních služeb.
- JMK u vybraných poskytovatelů pobytových sociálních služeb podpoří proces získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb, splnění požadavků vyhlášky o věcném, technickém a personálním vybavení a navázání standardních smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami.
- JMK podpoří vybavení uvedených pracovišť zdravotnickými prostředky k poskytování paliativní péče (oxygenátor, dávkovače etc.), rozvoj paliativních pokojů a možnosti doprovázet klienta rodinou.



- JMK podpoří edukaci praktických lékařů pracujících v zařízeních sociálních služeb (edukace, metodická podpora).
- JMK bude systematicky podporovat spolupráci poskytovatelů sociálních služeb a poskytovatelů paliativní péče např. formou dotační podpory pilotních projektů modelové spolupráce domovů pro seniory a MSPP.

#### **8.3.4 Specifický cíl 4: Rozvoj paliativní péče poskytované dětem**

8.3.4.1 Všem dětem (a rodinám) s život limitujícími a ohrožujícími chorobami v JMK je dostupná paliativní péče:

- JMK bude podporovat vznik a rozvoj paliativní péče poskytované dětem v prostředí lůžkové péče i v jejich vlastním sociálním prostředí (mobilní specializované paliativní péče), včetně vzdělávání.

#### **8.3.5 Specifický cíl 5: Vytvoření pozice koordinátora a Pracovní skupiny pro paliativní péči v JMK.**

- JMK vytvoří pozici krajského koordinátora paliativní péče. Jeho rolí je koordinace aktivit nezbytných k realizaci specifických cílů „Koncepce“.
- Koordinátor svolává schůze Pracovní skupiny pro paliativní péči v JMK, připravuje podklady pro jednání, vyhotovuje zápisy z jednání, koordinuje a kontroluje realizaci jednotlivých úkolů.
- Zajišťuje komunikaci a koordinaci aktivit JMK s ČSPM ČLS JEP, CPP a dalšími odbornými a vzdělávacími institucemi.
- Koordinátor je v pracovním poměru s JMK.

#### **8.3.6 Specifický cíl 6: Zajištění dostupnosti kvalitní lůžkové paliativní péče v JMK**

8.3.6.1 V JMK je dostupná dostatečná kapacita kvalitní lůžkové paliativní péče ať už v zařízeních hospicového typu nebo u jiných poskytovatelů lůžkové zdravotní péče.

- JMK bude podporovat současné poskytovatele i další rozvoj lůžkové paliativní péče na území JMK, a to zvláště se zaměřením na udržitelnost jejího financování.

#### **8.3.7 Specifický cíl 7. Zvýšení informovanosti veřejnosti o paliativní péči v JMK**

8.3.7.1 JMK bude podporovat informovat veřejnosti o paliativní péči a její dostupnosti, stejně jako o dalších aspektech problematiky péče o nevléčitelně nemocné.

## 9 SWOT analýza

Tučně jsou označeny klíčové aspekty SWOT analýzy.

### S – SILNÉ STRÁNKY

- **historicky založená vysoká odbornost poskytovatelů zdravotní péče na území JMK**
- systém poskytování zdravotní péče, který dlouhodobě funguje a je stabilní
- optimalizovaný způsob fungování Zdravotnické záchranné služby JMK, p. o.
- fungující systém prevence
- dlouhodobě kvalitní a odborná zdravotní péče o postižené nebo jinak znevýhodněné děti
- dostatečná kapacita lůžek akutní péče ve zdravotnických zařízeních zřizovaných JMK
- příznivá vzdělanostní struktura obyvatel – vysoký podíl vysokoškoláků
- dobrá dostupnost některých forem paliativní péče (lůžkové a mobilní hospice)
- brněnská metropolitní oblast jako centrum vědy, výzkumu a inovací
- rozvinutý systém sociálních služeb, seniorská a rodinná politika

### W – SLABÉ STRÁNKY

- **zhoršující se věková struktura obyvatel**
- **územní rozdíly v dostupnosti zdravotní péče, výrazné rozdíly mezi brněnskou metropolitní oblastí a periferními částmi kraje**
- **nedostatek nelékařských zdravotnických pracovníků**
- roztříštěná vlastnická struktura zdravotnických zařízení v JMK (stát, JMK, obce, privátní sféra)
- nerovné nastavení úhrad zdravotními pojišťovnami
- tržby z veřejného zdravotního pojištění v mnoha případech nepokrývají náklady na zajištění zdravotní péče a provoz zdravotnických zařízení
- výše závazků po splatnosti některých zařízení v JMK
- nepříznivá věková struktura odborníků v oblasti zdravotnictví
- rozdíly mezi platy nelékařských zdravotnických pracovníků u poskytovatelů zdravotních služeb v zařízeních zřizovaných státem a soukromou sférou (např. domácí péči)
- velmi variabilní geografická dostupnost služeb obecné, a především specializované paliativní péče v rámci JMK

- nízká úroveň znalostí a dovedností lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti paliativní péče
- nedostatek některých důležitých forem specializované paliativní péče (např. nemocniční konziliární týmy)
- nízká informovanost veřejnosti o možnostech paliativní péče

#### O – PŘÍLEŽITOSTI

- **cílená podpora zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta**
- **podpora zdravotních služeb poskytovaných pacientům v terminálním stavu v hospicích**
- **podpora zavádění MSPP i jejího propojení s pobytovými zařízeními sociálních služeb a domovy pro seniory**
- **podpora paliativní péče poskytované dětem v jejich vlastním sociálním prostředí**
- **zkracování doby hospitalizace**
- **podpora trvalé dostupnosti domácí péče – ošetrovatelské, léčebně rehabilitační a paliativní péče 24 hodin/7 dní v týdnu**
- **v lůžkových zařízeních podpora ambulantní péče, vzniku paliativních a konziliárních týmů**
- **podpora vzdělávání členů multidisciplinárních týmů, kteří poskytují paliativní péči**
- **podpora specializačního vzdělávání lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků**
- **stabilizace personálního zajištění při poskytování zdravotních služeb**
- **systémové řešení dostupnosti zdravotní a sociální péče v regionu**
- **upevňování a rozvoj spolupráce mezi zdravotnickými zařízeními a vysokými školami**
- celostní přístup k péči o zdraví a zdravotnictví
- sladění požadavků na akutní, následnou, dlouhodobou a sociální péči v souvislosti s demografickým vývojem
- podpora poradenství osobám blízkým pacienta (pečujícím, rodinným příslušníkům) v zajištění ošetrovatelské péče o nevléčitelně nemocného pacienta v jeho vlastním sociálním prostředí
- činnosti (i mimo běžnou pracovní dobu) při zajištění paliativní péče
- využití dotačních možností na investiční a další projekty ve vztahu k podpoře paliativní péče
- získání odborně vzdělaného managementu zdravotnických zařízení zřizovaných JMK
- růst mezinárodní mobility podporující příchod vzdělaných a kvalifikovaných obyvatel

- optimalizace sítě lůžkových zařízení – úpravy struktury lůžek za účelem zvýšení efektivity
- spolupráce v oblasti zdravotnictví okrajových regionů JMK s přeshraničními regiony a jinými kraji za účelem zajištění kvalitní a dostupné zdravotní péče
- využití potenciálu vzájemné spolupráce zdravotnických zařízení
- ovlivnění nastavení úhrad od zdravotních pojišťoven vyjednáváním z pozice JMK jako vlastníka významné sítě poskytovatelů zdravotní péče
- pozitivní motivace obyvatel ke zdravému životnímu stylu od dětství po stáří
- převzetí zodpovědnosti obyvatel za své zdraví
- snížení potřeby zdravotní péče a tím nákladů na zdravotní péči
- podpora nestátních neziskových organizací v oblasti zdravotnictví

#### T – OHROŽENÍ

- **neochota ke změnám, zůstávání ve starých vzorcích chování, provozní slepota**
- **zhoršování personálního zabezpečení zdravotní péče – nedostatek zaměstnanců, fluktuace**
- **zvýšené náklady na získávání nových lékařů s potřebnými kompetencemi**
- složitost a komplikovanost celého systému poskytování zdravotní péče
- zvyšující se tlak na dofinancování provozu zdravotnických zařízení JMK z rozpočtu JMK a z toho plynoucí finanční neudržitelnost
- tlak na zvyšování platů nedostatečně kompenzovaný úhradovou vyhláškou
- soustředění privátní sféry na lukrativní péči
- nepřímý vliv na nastavení úhradové vyhlášky
- nepřímý vliv na poskytovatele zdravotní péče, které JMK nezřizuje – tzn. JMK nemá přímý vliv na největší nemocnice na území JMK
- koncepční kroky JMK jsou do jisté míry závislé na spolupráci zdravotních pojišťoven

## 10 ZÁVĚR

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

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

- neexistuje celostátní koncepce paliativní péče ČR, obecně přijaté standardy péče a vymezení oblasti, v nichž si stát chce ponechat trvalý vliv,
- rozhodování zřizovatelů a zakladatelů poskytovatelů, jak zdravotních, tak sociálních služeb, kteří poskytují paliativní péči, a jejich managementu, je výrazně ovlivňováno politikou zdravotních pojišťoven a platnou legislativou jako i objemem a strukturou financování sociálních služeb,
- trvá obecný nedostatek kvalifikovaných lékařských a nelékařských zdravotnických pracovníků, který se promítá i do oblasti paliativní péče.

JMK si je výše zmíněných limitů vědom. Přesto chce v široké spolupráci všech zúčastněných systematicky pracovat na jejich překonání a realizaci vytyčených cílů.

Naplňováním strategie bude kraj usilovat o vytvoření stabilního systému podpory obyvatel s nevyléčitelným onemocněním v závěrečné fázi života, a to v jakémkoliv prostředí (např. ve vlastním sociálním prostředí včetně pobytových zařízení sociálních služeb, u poskytovatele lůžkové péče, v hospici).

## 11 Slovník užívaných pojmů

**Dětská paliativní péče** – paliativní péče poskytovaná dětem je aktivní celostní péče o tělo, ducha a mysl nemocného dítěte, která zahrnuje také péči o rodinu.

**Disabilita** – porušená schopnost, nejčastěji ve smyslu invalidity, handicapu v oblasti hybnosti (motorické), smyslového vnímání (senzorické) či myšlení (kognitivní).

**Dedikovaná** – samostatná, s větším výkonem, ale i spotřebou.

**Deteriorace** – zhoršení, úpadek, např. duševních schopností (paměti, myšlení, úsudku).

**Domácí péče** – zdravotní péče poskytovaná pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře v jejich vlastním sociálním prostředí.

**Frailty** – frailty syndrome (syndrom geriatrické křehkosti) – stav snížené funkční rezervy a minimální odolnosti vůči zátěži jakéhokoli typu, vzniklý v důsledku poklesu výkonnosti více orgánových soustav u jedinců vyššího věku.

**Hospic** – poskytovatel zdravotních služeb, které slouží k péči o nevléčitelně a těžce nemocné osoby, tedy k tzv. paliativní péči. Hlavním účelem hospiců je maximálně zlepšit kvalitu života nevléčitelně nemocného pacienta v jeho závěrečné fázi a umožnit lidem důstojné umírání.

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

**Odlehčovací služby** – sociální služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

**Osobní asistence** – terénní služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

**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** – je souhrn léčebných postupů o pacienty s pokročilým onemocněním, která je poskytována v rámci rutinní činnosti u poskytovatelů zdravotních služeb, kteří jsou držiteli oprávnění pro poskytování zdravotních služeb i v jiných oborech, než je paliativní medicína.

**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

způsobností nebo se 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.

**Pečovatelská služba** – je terénní služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob.

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

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

## 12 Seznam zkratek

apod.	- a podobně
CPP	- Centrum paliativní péče
ČSPM ČLS JEP	- Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně
ČR	- Česká republika
DCHB	- Diecézní charita Brno
DH	- Domácí hospic
ELNEC	- End-of-Life Nursing Education Consortium
EAPC	- Evropská asociace paliativní péče
FN	- Fakultní nemocnice
ICPCN	- International Children's Palliative Care Network
JMK	- Jihomoravský kraj
KTPP	- Konziliární tým paliativní péče
LPS	- Lékařská pohotovostní služba
LPZ	- List o prohlídce zemřelého
MSPP	- Mobilní specializovaná paliativní péče
MZ ČR	- Ministerstvo zdravotnictví České republiky

např.	- například
NECPAL	- Dotazník k identifikaci pacientů s potřebou paliativní péče
NRHOSP	- Národní registr hospitalizovaných
NRHZS	- Národní registr hrazených zdravotních služeb
p. o.	- příspěvková organizace
PP	- paliativní péče
PZS	- poskytovatel zdravotních služeb
RLP	- rychlá lékařská pomoc
RZP	- rychlá zdravotnická pomoc
Sb.	- Sbírky
VěMZ	- Věstník Ministerstva zdravotnictví
VPL	- Všeobecné praktické lékařství
WHO	- World Health Organization
ZZS	- Zdravotnická záchranná služba

### **13 Seznam tabulek**

Tab. č. 1	- Paliativně relevantní diagnózy
Tab. č. 2	- Formy a typy paliativní péče
Tab. č. 3	- Doporučená síť poskytovatelů specializované paliativní péče
Tab. č. 4	- Charakteristiky zdravotního stavu podle pohlaví a věkových skupin v JMK v roce 2017
Tab. č. 5	- Samostatné ordinace lékařů podle krajů v roce 2017
Tab. č. 6	- Poskytovatelé pobytových sociálních služeb, kteří v rámci svých možností zajišťují paliativní péči v JMK

### **14 Seznam obrázků**

Obr. č. 1	- Geografická mapa Jihomoravského kraje
Obr. č. 2	- Osídlení v Jihomoravském kraji
Obr. č. 3	- Věková struktura obyvatel v Jihomoravském kraji
Obr. č. 4	- Rozmístění lůžkových zdravotnických zařízení akutní a následné péče v JMK



## 15 Seznam grafů

- Graf č. 1 - Počet dětí mladistvých s definovanými diagnózami
- Graf č. 2 - Dětská úmrtí pro definované skupiny diagnóz
- Graf č. 3 - Dětská úmrtí
- Graf č. 4 - Místo úmrtí dětských pacientů
- Graf č. 5 - Počet zemřelých v JMK na paliativně relevantní vs. ostatní diagnózy
- Graf č. 6 - Zastoupení paliativně relevantních úmrtnostních diagnóz dospělých pacientů Jihomoravského kraje za období 2015–2018
- Graf č. 7 - Struktura zemřelých dospělých pacientů v JMK v letech 2015–2018 dle místa úmrtí
- Graf č. 8 - Místo úmrtí pacientů s paliativně relevantními diagnózami v JMK v letech 2015–2018
- Graf č. 9 - Pacienti s paliativně relevantními diagnózami a úmrtím ve zdravotnickém zařízení v JMK v období 2015–2018 podle typu zdravotnického zařízení
- Graf č. 10 - Demografie pacientů s paliativně relevantními diagnózami a úmrtím ve zdravotnickém zařízení v JMK v období 2015–2018
- Graf č. 11 - Počet pacientů v JMK s úmrtím na paliativně relevantní diagnózy a výjezdem RLP, RZP v posledním roce života
- Graf č. 12 - Počet dospělých pacientů z JMK, kteří v posledním roce a měsíci života čerpali domácí zdravotní péči (home care, odbornost 925) v letech 2015-2018
- Graf č. 13 - Místo úmrtí dospělých pacientů z Jihomoravského kraje, kteří v posledním měsíci života čerpali domácí zdravotní péči (home care, odbornost 925) v letech 2015-2018
- Graf č. 14 - Dětská úmrtí pro definované skupiny diagnóz v JMK v letech 2015–2018
- Graf č. 15 - Dětská úmrtí na život limitující (life limiting) onemocnění v JMK v letech 2015-2018

## 16 Seznam příloh

- Příloha č. 1 - Dotazník NECPAL

Příloha č.1 - Dotazník NECPAL k identifikaci pacientů s potřebou paliativní péče

<p><b>„Surprise question“ (SQ)</b> (odpovídá lékař nebo jiný zdravotník)</p>	<p><b>Překvapilo by Vás, kdyby tento pacient zemřel v průběhu následujících 12 měsíců?</b></p>		<p>Ano NE  (+) (-)</p>
<p><b>„Žádost“</b> <b>nebo</b> <b>„Potřeba“</b></p>	<p><b>Žádost:</b> požádal pacient nebo někdo z jeho blízkých nebo z primárního týmu implicitně nebo explicitně o limitaci rozsahu léčby nebo o paliativní péči?</p>		<p>Ano NE</p>
	<p><b>Potřeba:</b> členem týmu byla identifikována potřeba paliativní péče?</p>		<p>Ano NE</p>
<p><b>Obecné klinické ukazatele progresu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• V posledních 6 měsících</li> <li>• Nesouvisí s reverzibilními přidruženými chorobami</li> </ul>	<p>Zhoršení nutričního stavu</p>	<p>Váhový úbytek &gt;10%</p>	<p>Ano NE</p>
	<p>Zhoršení funkčního stavu</p>	<p>Zhoršení: Karnovsky nebo Barthel score &gt;30% ADL &gt;2</p>	<p>Ano NE</p>
	<p>Zhoršení kognitivního stavu</p>	<p>Zhoršení: MMS ≥5 nebo Pfeiffer ≥ 3</p>	<p>Ano NE</p>
<p><b>Výrazná závislost/nesoběstačnost</b></p>	<p>Karnovsky &lt; 50% nebo Barthel &lt; 20</p>	<p>Dle anamnézy a klinického vyšetření</p>	<p>Ano NE</p>
<p><b>Geriatrické syndromy</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pády</li> <li>• Dekubity</li> <li>• Dysfagie</li> <li>• Delirium</li> <li>• Opakované infekty</li> </ul>	<p>≥ 2 přetrvávající nebo recidivující geriatrické syndromy dle anamnézy a klinického vyšetření</p>	<p>Ano NE</p>

<b>Persistující symptomy</b>	Např. bolest, únava, dušnost, anorexie, ..	≥ 2 přetrvávající a léčebně obtížně ovlivnitelné (refrakterní) symptomy dle ESAS	Ano	NE
<b>Psychosociální aspekty</b>	Distres a/nebo těžká porucha adaptace	Zjištění velmi závažného psychického dystresu >9/10	Ano	NE
	Významná sociální křehkost/zranitelnost	Zhodnocení rodinné a sociální situace	Ano	NE
<b>Multimorbidity</b>	>2 pokročilé chronické nemoci z přiloženého seznamu		Ano	NE
<b>Potřeba a využívání zdrojů</b>	Zhodnocení potřeby/intenzity intervencí	>2 akutní a neplánované hospitalizace za posledních 6 měsíců  Narůstající potřeba/intenzita intervencí (např. ošetrovatelská péče, asistenční služba atd.)	Ano	NE
<b>Specifické indikátory závažnosti chronického onemocnění a jeho progresu</b>	Nádory, CHOPN, chronické onemocnění srdce, ledvin, jater, COM, demence, neurodegenerativní nemoci a další pokročilá onemocnění	Specifické indikátory pro jednotlivé diagnostické skupiny jsou uvedeny v samostatné příloze	Ano	NE
<b>Klasifikace dle NECPAL</b>				
<b>Surprise question (SQ)</b>	<b>SQ+</b> (Nebyl bych překvapen, kdyby...)			
	<b>SQ-</b> (Byl bych překvapen, kdyby)			
<b>NECPAL parametry</b>	<b>NECPAL+</b> (1+ až 13 + podle počtu kladných odpovědí na otázky dotazníku )			
	<b>NECPAL-</b> (žádná kladná odpověď na otázky dotazníku)			