

PRAHA

10

Studie možných forem zajištění paliativní péče

v městské části Praha 10

2016



CENTRUM
PALIATIVNÍ
PÉČE



Městská
část
Praha 10

Obsah

Část A

1 Úvod	5
2 Metodologie	9

Část B

3 Demografie a epidemiologie: Jak se umírá v Praze 10	11
3.1 Potřeba paliativní péče v Praze 10	14
4 Hodnocení současného stavu paliativní péče v Praze 10	15
4.1 Úrovně paliativní péče	16
4.2 Hodnocení poskytovatelů paliativní péče v Praze 10	18
4.2.1 Poskytovatelé obecné paliativní péče	18
4.2.2 Poskytovatelé specializované paliativní péče	24
5 Studie proveditelnosti lůžkového hospice v Praze 10	33
5.1 Předpoklady modelu lůžkového hospice	34
5.2 Investiční příjmy a výdaje	36
5.3 Provozní příjmy a výdaje	37
5.4 Citlivostní analýza	40
5.5 Financování	41
5.6 Lůžkový hospic s deseti lůžky	41
5.7 Komentář k záměru lůžkového hospice	42

Část C

6 Doporučení pro zajištění paliativní péče pro občany Prahy 10	45
---	-----------

Část D

7 Dotazníky pro praktické lékaře	53
---	-----------

Tato zpráva vznikla jako výstup zakázky Studie možných organizačních forem zajištění paliativní péče pro pacienty v terminálním stadiu na území Prahy 10, zadané městskou částí Praha 10.

Zprávu pro MČ Praha 10 připravilo
Centrum paliativní péče, z. ú.
<http://paliativnicentrum.cz>

listopad 2016

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1: Věkové složení obyvatelstva Prahy 10
Obrázek 2: Věk úmrtí občanů Prahy 10 v letech 2013-2015
Obrázek 3 Hlavní příčiny úmrtí občanů Prahy 10 v letech 2013-2015
Obrázek 4: Místo úmrtí občanů Prahy 10 v letech 2013-2015
Obrázek 5: Úrovně paliativní péče
Obrázek 6: Počty úmrtí na klinikách Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Obrázek 7: Sebehodnocení znalostí paliativní péče praktickými lékaři
Obrázek 8: Dostupnost paliativní péče z pohledu praktických lékařů
Obrázek 9: Struktura příjmů pro model lůžkového hospice
Obrázek 10: Struktura nákladů v modelu lůžkového hospice
Obrázek 11: Struktura nákladů – model 10 lůžek

Tabulka č. 1: Personální zajištění zdravotní péče v provozu lůžkového hospice
Tabulka č. 2 Finanční perspektiva modelu lůžkového hospice na dobu 49 let
Tabulka č.3 Citlivostní analýza modelu lůžkového hospice
Tabulka 4: Finanční perspektiva - model 10 lůžek

1

Úvod

Paliativní péče se věnuje lidem s nevyléčitelnou nebo život ohrožující nemocí a snaží se zajistit co nejlepší kvalitu života pro pacienty i jejich rodiny tak, aby čas, který jim ještě zbývá, mohli prožít pokojně, důstojně, bez bolesti a dalších symptomů. Význam této péče podpořila Světová zdravotnická organizace ve zvláštní rezoluci na valném shromáždění WHO v Ženevě v roce 2014, Evropská komise v doporučení Rady ministrů zdravotnictví z roku 2003, i například současná vláda ČR ve svém programovém prohlášení. Přes všechny tyto iniciativy se v naší zemi ke specializované paliativní péči v závěru života dostane méně než 5 procent všech umírajících. Na vině je řada faktorů, jako nedostatečné vzdělávání zdravotníků v paliativní péči na pregraduální úrovni, historický vývoj hospiců jako organizací zřizovaných zejména neziskovým sektorem mimo hlavní proud zdravotnictví nebo komplikovanost nastavení integrované péče mezi zdravotními a sociálními službami, které se obě na péči o pacienta v závěru života podílejí.

Způsobů zajištění paliativní péče pro občany naší země se nabízí několik, od další výstavby lůžkových hospiců přes posílení kompetencí praktických lékařů nebo rozvoj nemocničních oddělení paliativní péče. Pro jejich úspěšnost je však důležité tato rozhodnutí činit v širším kontextu a se znalostmi situace v souvisejících oblastech zdravotní a sociální péče. Proto vítáme krok městské části Praha 10 toto téma komplexně zmapovat a na základě výsledků situační analýzy plánovat další kroky v této oblasti.

V tomto dokumentu předkládáme výsledky naší analýzy, vypracované v rámci veřejné zakázky „Studie možných organizačních forem zajištění paliativní péče pro pacienty v terminálním stadiu na území Prahy 10“. Děkujeme také všem organizacím a jednotlivcům, kteří nám poskytli rozhovory a data pro zpracování této studie, a věříme, že její závěry pomohou v další práci na zlepšení péče o umírající pacienty v Praze 10.

Zpracovatel

Centrum paliativní péče je nezisková organizace, která se věnuje rozvoji paliativní péče v České republice skrze výzkumné, vzdělávací a osvětové aktivity. Spolupracuje s odbornými společnostmi, státní správou i soukromými subjekty na projektech majících potenciál podpořit systémovou změnu v péči o pacienty v závěru života. Centrum je koordinátorem programu Nadačního fondu AVAST, který v 18 nemocnicích po celé republice inicioval rozvoj nemocniční paliativní péče. Centrum také organizuje řadu vzdělávacích programů a spolupracuje s univerzitami v ČR i zahraničí na výuce a výzkumu v paliativní péči.

<http://paliativnicentrum.cz>

Autoři

PhDr. Martin Loučka, PhD.

Ředitel Centra paliativní péče, odborný asistent na oddělení lékařské psychologie 3. lékařské fakulty UK. Vystudoval psychologii na Masarykově univerzitě a PhD in Health Research získal na lékařské fakultě Lancaster University v Anglii jako stipendista Marie Curie Actions. Absolvoval Fulbrightovo stipendium na oddělení paliativní péče nemocnice Mount Sinai v New Yorku a šestiměsíční stáž na VU Medische Centrum v Amsterdamu. Aktivně přednáší a publikuje komentáře a výzkumné články na téma paliativní péče u nás i v zahraničí. Jako externí psycholog spolupracuje s mobilním hospicem Cesta domů v Praze.

Bc. David Kosák, MSc.

Vystudoval zdravotnickou ekonomii na Erasmus University Rotterdam v Nizozemsku, v současnosti posluchač doktorského programu Finance na VŠE v Praze, specializace na problematiku financování zdravotnictví v EU. Jako analytik a business support manager pracuje pro soukromou společnost Vamed Mediterra, kde má na starost přípravu finančních modelů a strategií vstupu do nových zdravotnických systémů v zahraničí.

Metodologie

V rámci této studie byla zpracována různorodá data, podněty a názory odborníků a poskytovatelů přímé péče. Ke všem informacím bylo přistupováno kriticky tak, aby byla zajištěna co největší spolehlivost. Prioritně jsme vycházeli z empirických dat, vědeckých článků, vlastního terénního šetření a expertního názoru.

Analýza úmrtí občanů Prahy 10 vychází z databáze List o prohlídce zemřelého (LPZ) a Národního registru hospitalizací (NRHOSP) za roky 2013, 2014 a 2015. Tato data byla získána na základě žádosti podané na Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). Dále byly využity veřejně dostupné demografické informace a analýzy z Českého statistického úřadu a ÚZIS.

Dalším významným zdrojem informací pro tuto studii byly strukturované rozhovory s vedoucími pracovníky spádových lůžkových a mobilních hospiců pro Prahu (hospic Dobrý pastýř, Malovická, Hospic Štrasburk, Cesta domů a Most k domovu), Léčebny dlouhodobě nemocných ve Vršovicích a Centra sociální a ošetrovatelské pomoci Prahy 10. Kromě odborných hledisek, poskytnutých během rozhovorů, jsme od organizací také získali řadu užitečných dat a statistik, které jsme zohlednili v této studii. Relevantní statistiky a informace jsme také získali od Fakultní nemocnice Královské Vinohrady formou analýzy výroční zprávy, rozhovorů s personálem a také z vlastních dat o rozvoji paliativní péče v této nemocnici.

Pohled praktických lékařů na paliativní péči byl zjišťován pomocí dotazníků zaslaných elektronicky na veřejně dostupné e-mailové adresy. Dotazníky byly před rozesláním pilotovány u skupiny vybraných praktických lékařů. Abychom docílili co nejvyššího počtu odpovědí, motivovali jsme respondenty dárkovým poukazem. Celkem bylo obesláno 281 praktických lékařů (z Prahy 10 i dalších městských částí) a dotazník zodpovědělo celkem 69 z nich.

Studie proveditelnosti výstavby lůžkového hospice vycházela primárně z analýzy příjmů a nákladů deseti lůžkových hospiců v České republice. Předpoklady studie jsou postaveny na průměrných a mediánových hodnotách zjištěných v analýze. Investiční parametry čerpají z historicky realizovaných staveb podobného charakteru a expertního odhadu. Provedli jsme také citlivostní analýzu pro odhad vlivu vybraných faktorů.

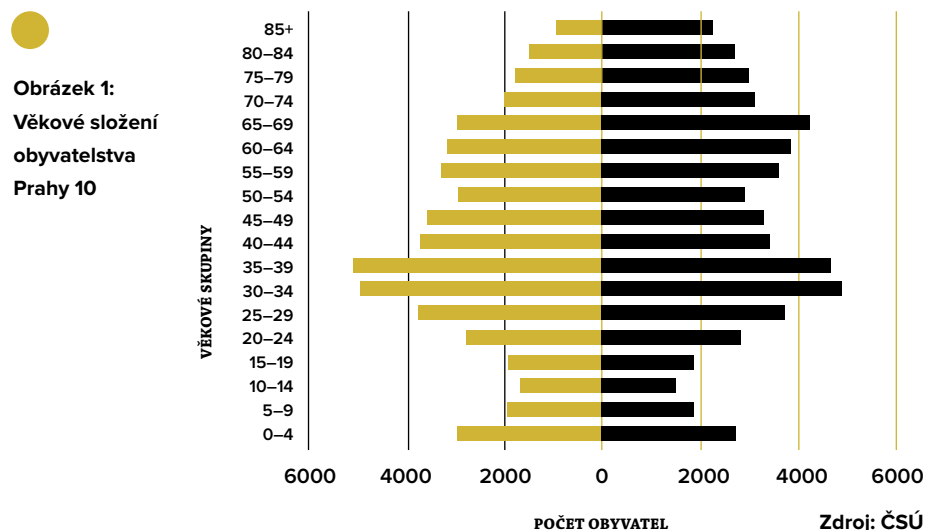
Výsledkem analýzy jsou doporučení vhodných kroků pro zajištění větší dostupnosti a kvality paliativní péče pro občany Prahy 10, prezentovaná v závěrečné kapitole.

3

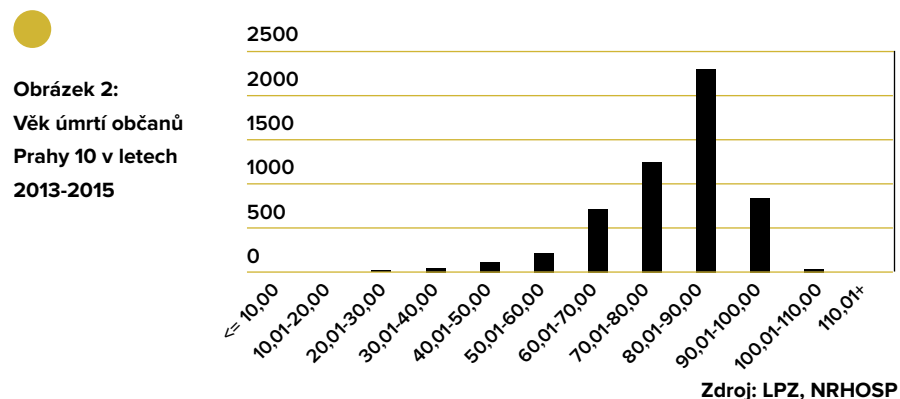
Demografie a epidemiologie: Jak se umírá v Praze 10

část B

Městská část Praha 10 má v současnosti okolo 110 tisíc obyvatel, což z ní činí jednu z největších a nejlidnatějších městských částí Prahy. Většina populace je v produktivním věku, tedy od 15 do 64 let. Druhou největší skupinou jsou osoby starší 65 let, které tvoří zhruba 23 % obyvatel Prahy 10. Tento podíl je ve srovnání s ostatními městskými částmi jeden z vůbec nejvyšších, nicméně za poslední roky se výrazně nemění.



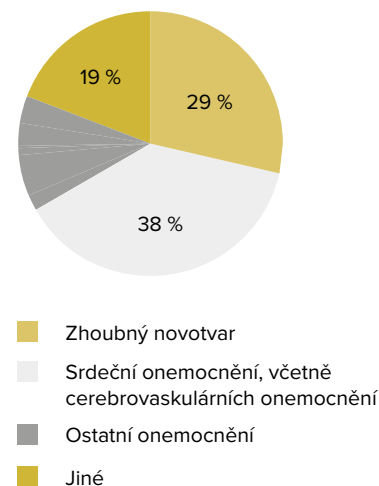
Ročně zemře kolem 1 500 obyvatel Prahy 10 a většina, kolem 55%, je starších 80 let. Pod 10% obyvatel Prahy 10 zemře před dosažením věku 60 let.



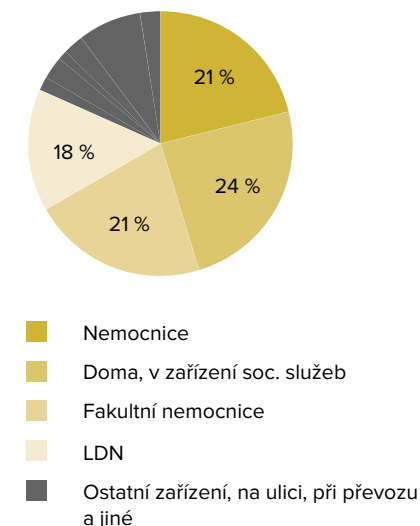
Mezi hlavní příčiny smrti patří srdeční onemocnění, včetně cerebrovaskulárních onemocnění, a zhoubné novotvary (viz obrázek 3). Toto odpovídá celopražské i celorepublikové situaci, přičemž srdeční onemocnění dominují v kategorii pacientů starších 70 let, naproti tomu u pacientů mezi 40-70 lety jsou to zhoubné novotvary. Na základě této statistiky lze odhadnout, že onkologických pacientů z Prahy 10, kteří podlehnou své nemoci, je ročně kolem 400.

Nejvíce občanů Prahy 10 umírá ve zdravotnických zařízeních, hlavně nemocnicích a zařízeních následné péče. Jedna čtvrtina občanů Prahy 10 umírá v domácím prostředí nebo v zařízeních sociálních služeb (např. domovy s pečovatelskou službou). Pouhé 1,5 % občanů Prahy 10 umře v lůžkových hospicích, což je o něco méně, než jaký je průměr v ČR, který v roce 2013 činil 2 %.

Obrázek 3:
Hlavní příčiny úmrtí
občanů Prahy 10
v letech 2013-2015



Obrázek 4:
Místo úmrtí občanů
Prahy 10 v letech
2013-2015



Zdroj: LPZ, NRHOSP

3.1 POTŘEBA PALIATIVNÍ PÉČE V PRAZE 10

V současné době není v akademickém světě jednoznačný konsenzus, jak velká část umírajících potřebuje paliativní péči. Nedávná studie, do které byla zahrnuta i Česká republika, odhaduje, že potřeba paliativní péče se týká 38 % až 74 % umírajících¹. Ještě vyšší potřebu indikuje jiná studie z roku 2014, která udává, že ve vyspělých zemích 69–82 % obyvatel v závěru svého života potřebuje paliativní péči². Pokud bychom tedy použili nižší hranici z odhadů potřeby paliativní péče, znamenalo by to, že ročně ji v průměru potřebuje minimálně 570 obyvatel Prahy 10.

1 500

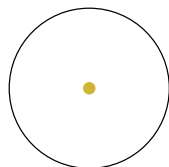
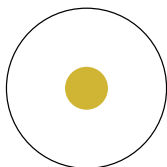
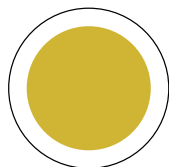
Ročně zemře kolem 1 500 obyvatel Prahy 10.

570

570 z nich by potřebovalo paliativní péči.

94

V roce 2015 umřelo v hospicích 94 občanů P10.



Z analýzy současných poskytovatelů specializované paliativní péče vyplývá, že lůžkový hospic Malovická se v minulém roce postaral o 39 pacientů z Prahy 10, Hospic Štrasburk se postaral o 11 pacientů a Hospic Dobrého pastýře o 17 pacientů. Mobilní hospic Cesta domů a mobilní hospic Most k domovu se postaraly dohromady o 27 pacientů z Prahy 10. Za minulý rok tedy obdrželo specializovanou paliativní péči 94 občanů (zhruba 6 % všech zemřelých v Praze 10).

Odkazy:

1 Morin, Lucas, et al. "Estimating the need for palliative care at the population level: A cross-national study in 12 countries." *Palliative Medicine* (2016): 0269216316671280.

2 Murtagh, Fliss EM, et al. "How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates." *Palliative medicine* 28.1 (2014): 49-58.

4

Hodnocení současného stavu zajištění paliativní péče v Praze 10

část B

4.1 ÚROVNĚ PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče se dělí na obecnou a specializovanou¹. Obecnou paliativní péči by měli být schopni poskytovat všichni zdravotníci, kteří přicházejí do kontaktu s pacienty s nevyléčitelnou nebo život ohrožující nemocí. Jedná se o praktické lékaře, zdravotníky v nemocnicích, sestry v agenturách domácí péče i další profesionály, jejichž primární pracovní náplní není výhradně poskytování paliativní péče. Mezi dovednosti, které by měli zdravotníci na této úrovni ovládat, patří:

KOMPETENCE OBECNÉ PALIATIVNÍ PÉČE

Základní management bolesti a dalších symptomů pokročilého onemocnění
 Základní management deprese a úzkosti
 Vedení rozpravy nad

- prognózou
- cíli péče
- utrpením
- preferencemi pacienta s ohledem na péči v závěru života (resuscitace, umělá plicní ventilace, preferované místo úmrtí apod.)

Zdravotní stav nebo sociální situace některých pacientů bude vyžadovat intenzivnější péči a hlubší znalosti postupů řešení jednotlivých potíží. Pro tyto případy je vhodná specializovaná paliativní péče, poskytovaná multidisciplinárním týmem se zvláštním vzděláním a zkušenostmi. Typickým poskytovatelem specializované paliativní péče jsou hospice, ale důležitou alternativu v rámci zdravotního systému představují nemocniční paliativní týmy, popřípadě oddělení paliativní péče.

KOMPETENCE SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE

Management refrakterní bolesti a symptomů, nereagujících na obvyklou léčbu
 Management silnější deprese a úzkosti, zármutku a existenciálního stresu
 Pomoc při řešení konfliktních situací ohledně plánu péče:

- mezi rodinnými příslušníky
- mezi poskytovateli zdravotní péče a rodinami
- mezi jednotlivými poskytovateli péče

Asistence při definování marné léčby

Rozložení kompetencí obecné a specializované paliativní péče mezi jednotlivými složkami zdravotního systému vyjadřuje schéma na obrázku č. 5, které původně pochází z rakouské národní strategie paliativní péče z roku 2004². Toto schéma bylo převzato v evropských standardech hospicové a paliativní péče, publikované Evropskou asociací paliativní péče v roce 2009³. Pro přesnost je nutné uvést, že „domácí hospicová péče“, která je ve schématu uvedena, představuje u nás nedostupný model podpůrné péče. Tyto domácí hospicové týmy fungují například v Německu nebo Rakousku jako podpora pacienta a jeho rodiny v psychosociální oblasti a při koordinaci péče, jsou založeny na práci vyškolených dobrovolníků a většinou neposkytují přímou zdravotní péči. V Rakousku funguje přes 150 takových týmů⁴. Domácí hospice, které pracují v ČR, splňují charakteristiky mobilní specializované paliativní péče, která představuje odlišnou službu.



Obrázek 5:
Úrovně paliativní péče

	TYP PALIATIVNÍ PÉČE			
	Obecná paliativní péče	Specializovaná paliativní péče ve spolupráci s obecnou paliativní péčí		Specializovaná paliativní péče
Akutní péče	Nemocnice	Domácí hospicová péče (vyškolení dobrovolníci, poskytující poradenství a podporu, v ČR neexistující služba)	Nemocniční paliativní konziliární týmy	Oddělení paliativní péče
Dlouhodobá péče	LDN, domovy pro seniory		Mobilní specializovaná paliativní péče	Lůžkové hospice
Domácí péče	Praktičtí lékaři, agentury domácí péče			Mobilní specializovaná paliativní péče, paliativní stacionáře

Cílem této kapitoly je zhodnotit současný stav paliativní péče v Praze 10 na jednotlivých úrovních zdravotního systému.

4.2 HODNOCENÍ POSKYTOVATELŮ PALIATIVNÍ PÉČE V PRAZE 10

4.2.1 POSKYTOVATELÉ OBECNÉ PALIATIVNÍ PÉČE

Akutní péče – nemocnice

Ve většině rozvinutých zemí umírá nejvíce lidí v ústavní nemocniční péči, Českou republiku nevyjímaje. Tento trend je přítomný i v zemích, které mají dobře rozvinutou paliativní péči v podobě domácích a lůžkových hospiců. V otázce zajištění paliativní péče pro občany Prahy 10 je tedy nutné zohlednit i nemocniční péči, zejména ve spádové Fakultní nemocnici Královské Vinohrady (FN KV).

Ve FN KV umírá ročně zhruba 1 100 pacientů, přičemž k zdaleka nejvyšším počtům úmrtí dochází na interních odděleních (viz obr. 6). Tento fakt je důležitý z důvodu hojně rozšířené představy, že potřeba paliativní péče se týká hlavně onkologických pracovišť. Rozložení úmrtí na klinikách fakultní nemocnice odpovídá poměru příčin úmrtí ve společnosti, kdy nejčastější příčinou úmrtí jsou nemoci oběhové soustavy a onkologické diagnózy jsou až na druhém místě se zhruba 25 procenty všech úmrtí⁵⁻⁷.

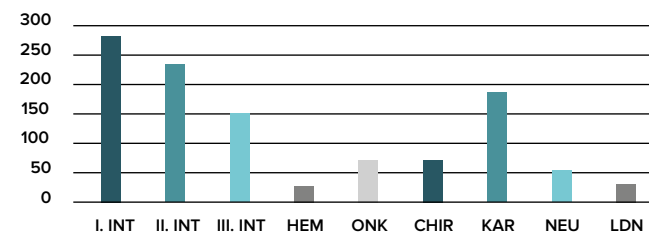
Jedním z indikátorů obecné paliativní péče je míra překlady pacientů do péče specializovaných paliativních zařízení. V roce 2015 (poslední dostupná data) bylo vedle zhruba 1 100 úmrtí přímo v nemocnici přeloženo 68 pacientů do péče lůžkového hospice a 4 pacienti do péče mobilního (domácího) hospice⁸. Pokud bychom je přiřadili k celkovému počtu úmrtí, jednalo by se o zhruba 6 % pacientů, kteří byli v závěru života předáni do péče specializovaného paliativního týmu. Oproti odhadované potřebě paliativní péče (ve výši minimálně 38 %, viz kapitola 3.1) se tedy jedná o výrazný nedostatek, vzhledem ke skutečnosti neexistence specializovaného paliativního programu přímo v nemocnici.

Důležitým aspektem je nově spuštěný projekt vytvoření paliativního programu, který Fakultní nemocnice Královské Vinohrady zahájila právě na I. interní klinice (pracoviště s nejvyšším počtem úmrtí) v červnu tohoto roku díky podpoře Nadačního fondu AVAST a jeho programu Spolu až do



Obrázek 6:

Počty úmrtí na klinikách Fakultní nemocnice Královské Vinohrady



konce⁹. Tento grantový program podpořil rozvoj nemocniční paliativní péče v 18 nemocnicích po celé ČR a FN KV se díky tomuto grantu připravuje na spuštění ambulance paliativní medicíny, několika vyhrazených paliativních lůžek a konziliárního paliativního týmu, které by znamenaly výraznou změnu v dostupnosti specializované paliativní péče pro pacienty nemocnice. V současnosti je projekt v první fázi, kdy se tvoří tým, personál prochází vzděláváním a nemocnice vytváří podklady pro fungování této služby. Reálné spuštění programu s významnějším dopadem na pacienty se dá očekávat během roku 2017. Pokud by se cíle projektu naplnily, zvýšila by se jednak dostupnost paliativní péče přímo pro hospitalizované pacienty, ale také propustnost systému s ohledem na překlady pacientů do jiných zařízení hospicového typu, se kterými paliativní tým v nemocnici navazuje úzké vztahy (například lékaři mobilního hospice Cesta domů se účastní setkávání paliativního týmu ve FN KV). Významný je také výukový potenciál pro seznámení studentů 3. lékařské fakulty UK s paliativní péčí během studia a stáží, jelikož část absolventů zůstává dále pracovat přímo v nemocnici nebo v jiných zařízeních využívaných občany Prahy 10. První výsledky a reálná podoba paliativního programu FN KV však budou známy až koncem roku 2017.

Dlouhodobá péče

Léčebna dlouhodobě nemocných

Léčebna Vršovice je jedním z hlavních poskytovatelů následné a dlouhodobé péče pro občany Prahy 10 (cca 50 % všech

hospitalizovaných). Dle výpovědi personálu se léčebna sama vnímá jako poskytovatele paliativní péče, s dobrými znalostmi pro zajištění obecné paliativní péče, včetně možnosti psychologické a duchovní podpory pacientů. Pozice léčebny je specifická porovnáním s lůžkovým hospicem, kterým prochází mnoho pacientů a jejich rodin. Podle jejich slov „rodina preferuje LDN vzhledem k naději na zlepšení zdravotního stavu, hospic vnímají jako konečnou“.

V Léčebně Vršovice zemřelo v roce 2015 72 pacientů (24,8 %), počet překladů do hospice není sledován. Personál léčebny by uvítal rozšíření kapacity mobilní i lůžkové hospicové péče s důrazem na zajištění možnosti umírat ve vlastním sociálním prostředí nebo alespoň bez nutnosti terminálních hospitalizací v jiném zařízení, než kde pacient tráví závěr života. Také si uvědomují nedostatečnou informovanost o paliativní péči na straně pacientů a jejich rodin.

Domovy pro seniory

Navštívené domovy pro seniory v Praze 10 (Domov Zvonková, Domov Vršovický zámeček, Domov u Vršovického nádraží) se podobně jako Léčebna Vršovice považují za organizace schopné poskytovat paliativní péči, ročně v jejich péči zemře několik desítek klientů, kterým poskytují dle svých slov adekvátní paliativní péči díky vyškolenému personálu, možnosti využití duchovní, psychologické i psychiatrické konzultace a také díky dobré spolupráci s praktickým lékařem, který je paliativní péči nakloněn. Jeden z domovů má také pozitivní zkušenost se spoluprací s mobilním hospicem, kterou inicioval u jedné klientky formou vyžádání konziliární návštěvy lékařky hospice. Zkušenost hodnotily jako pozitivní všechny zúčastněné strany, včetně rodiny klientky.

Jako potřebné vnímají zlepšení informovanosti rodin klientů o paliativní péči a možnostech jejího poskytování v rámci různých zařízení, včetně domovů pro seniory. Narážejí na představu rodin, že v domově pro seniory se nedá dobrá paliativní péče zajistit, a tendence převážet klienty na poslední chvíli do zdravotnických zařízení. V této záležitosti by také pomohla „certifikace“ poskytovatele paliativní péče, která by mohla legitimizovat organizace jako poskytovatele této péče v očích veřejnosti. Tímto způsobem postupovalo vedení radnice ve Vídni, které u jimi zřizovaných domovů pro seniory položilo podmínku získání certifikace od Hospiz Österreich (rakouská asociace hospicové péče), která nabízí komplexní vzdělávací program

speciálně pro domovy pro seniory. Tímto programem už s velmi pozitivní zpětnou vazbou prošlo přes 100 domovů pro seniory v celém Rakousku¹⁰.

Centrum sociální a ošetrovatelské pomoci

CSOP jako zastřešující organizace, poskytující vedle pobytových služeb domovů pro seniory také domácí zdravotní péči a pečovatelskou službu, v současnosti nerozvíjí snahy rozšiřovat své portfolio o specializovanou paliativní péči, spíše upřednostňuje užší spolupráci s existujícími poskytovateli specializované paliativní péče. Jako klíčové považují zlepšení informovanosti a koordinaci mezi službami.

Domácí péče

Podle průzkumů veřejného mínění si téměř 80 procent české veřejnosti přeje zemřít doma¹¹. Vzhledem ke klinické trajektorii pacientů s chronickými onemocněními je nutné, aby byla péče v domácím prostředí zajištěna rodinným příslušníkem nebo jinou osobou, a relativně stabilní pacienti ve většině případů potřebují ještě obecnou paliativní péči ve formě aktivní spolupráce praktického lékaře, agentury domácí zdravotní péče a pečovatelské služby.

Agentury domácí zdravotní péče poskytují ošetrovatelskou péči zdravotních sester, které jsou kompetencemi i vzděláním často velmi dobře připravené pečovat i o pacienty v terminálním stádiu. Díky možnosti nasmlouvání signálního kódu pak mohou docházet i k pacientům v nestabilním stavu v podstatě podle potřeby. Zcela klíčová je však role praktického lékaře, který předepisuje úkony, jež může zdravotní sestra provést. Proto jsme provedli podrobné šetření mezi praktickými lékaři s cílem identifikovat jejich pohled na dostupnost a limity paliativní péče pro občany Prahy 10.

Praktičtí lékaři a paliativní péče

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

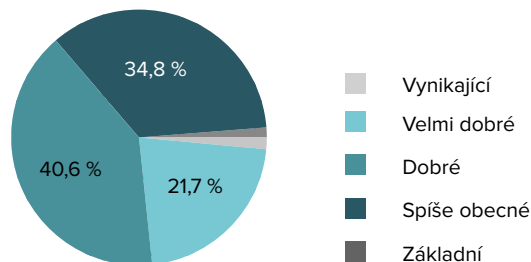
obecnou paliativní péči a zároveň nasměrovat pacienta v případě potřeby k specializované paliativní péči. Abychom zjistili, jak vnímají samotní praktičtí lékaři současnou situaci a jaký mají vztah k paliativní péči, provedli jsme dotazníkové šetření mezi praktickými lékaři na území Prahy. Oslovili jsme celkem 281 praktických lékařů, z čehož jsme zpět obdrželi celkem 69 vyplněných dotazníků. Odpovědi byly anonymizovány.

Více než polovina respondentů (55 %) byla věkově mezi 51–65 lety, necelá třetina respondentů pak byla starší 35 let, ale mladší 51 let. Toto složení víceméně koresponduje s celorepublikovým věkovým rozložením praktických lékařů. Věku lékaře odpovídá také počet let praxe, kde 60 % respondentů deklarovalo více než 20 let praxe. Respondenti byli ze 70 % ženy. Čtvrtina respondentů uvedla, že jejich pacienti pocházejí primárně z Prahy 4, 12 % respondentů pak má své pacienty z Prahy 10 a po deseti procentech z Prahy 5, 7 a 9.

Jedna z klíčových otázek dotazníku se zaměřila na to, jak samotní praktičtí lékaři hodnotí své znalosti. Obrázek č. 7 ukazuje, že většina respondentů deklaruje, že má dobré nebo spíše obecné znalosti v oblasti paliativní péče. Pouze pár lékařů hodnotí své znalosti jako vynikající nebo naopak základní, pětina pak jako velmi dobré.



Obrázek 7:
Sebehodnocení
znalostí paliativní
péče praktickými lékaři

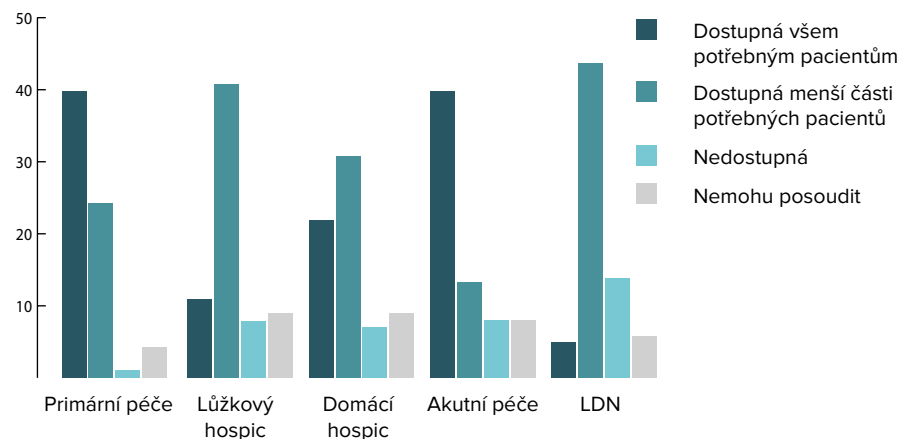


Zhruba dvě třetiny dotázaných lékařů mají dobrou zkušenost jak s lůžkovými hospici, tak mobilními hospici. Zbytek respondentů nemá s hospici příliš zkušeností. Nicméně nadpoloviční většina (58 %) lékařů

považuje roli praktického lékaře v péči o pacienty v závěru života za stejně důležitou jako roli ostatních poskytovatelů zdravotní péče, a dokonce 36 % vnímá roli praktického lékaře jako klíčovou. Pouze malá část lékařů považuje svou roli za okrajovou. Z hlediska počtu pacientů, u kterých lékař inicioval přijetí do hospicové péče, pouze jedna pětina lékařů delegovala za poslední rok 6 a více pacientů. Polovina lékařů by v současnosti uvítala širší nabídku hospicové péče, 12 % by pak využilo možnost vzdělávání a 9 % by ocenilo vyšší úhradu za domácí návštěvu. Necelých 16 % se pak domnívá, že v současnosti dělá maximum.



Obrázek 8:
Dostupnost paliativní péče z pohledu praktických lékařů



Názor praktických lékařů na dostupnost paliativní péče v různých prostředích popisuje obrázek č. 8. Paliativní péče je podle nich převážně dostupná všem pacientům primární a akutní péče. Méně dostupná je pak lůžková hospicová a domácí hospicová péče. Omezená dostupnost paliativní péče je podle lékařů také v léčebnách dlouhodobě nemocných.

Z výzkumu je dále patrné, že praktičtí lékaři vnímají nedostatečnou informovanost svých pacientů o možnostech paliativní péče. Téměř všichni respondenti se shodli na tom, že jednou z priorit jak zlepšit dostupnost paliativní péče pro občany Prahy je podpora mobilních hospiců. Většina lékařů pak také vnímá vybudování lůžkového hospice jako jednu z priorit

spolu s edukací a osvětou. Podrobné výsledky dotazníkového šetření mezi praktickými lékaři naleznete v příloze č. 1 tohoto dokumentu.

4.2.2 POSKYTOVATELÉ SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE

Mobilní hospice

V Praze působí dvě organizace poskytující mobilní specializovanou hospicovou péči – Cesta domů a Most k domovu, které pečují také o pacienty z Prahy 10. Obě organizace se hlásí ke standardům Fóra mobilních hospiců, které zavazují organizace k poskytování nepřetržité péče, trvalému dohledu lékaře v režimu 24/7, zajištění multidisciplinárního přístupu a dosažení alespoň 80% úspěšnosti v dochování pacienta v domácím prostředí bez nutnosti terminální hospitalizace v lůžkovém zařízení (ve skutečnosti mají obě organizace tuto úspěšnost přes 90 procent). Přes mírné odlišnosti ve fungování obou organizací obě poskytují vysoce odbornou a specializovanou péči o pacienty v závěru života a jsou rozsahem a kvalitou péče srovnatelné s podobnými organizacemi v zahraničí. Vzhledem k dlouhodobé práci na poli paliativní péče mají také dobrý vhled do současných limitací zdravotně-sociálního systému s ohledem na zajištění paliativní péče pro všechny potřebné pacienty a obě organizace se podílejí na rozvoji systémových opatření v této oblasti (například účasti v pilotním projektu VZP, který je blíže popsán v rámečku). Cesta domů se navíc intenzivně a dlouhodobě věnuje popularizaci a osvětě v této oblasti, rozvoji vzdělávání, publikační činnosti a celkové profesionalizaci paliativní péče.

Mobilní hospice si uvědomují význam rovnováhy a spolupráce mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí, v domácím prostředí představovanou zejména mobilním hospicem na jedné straně a agenturou domácí péče s praktickým lékařem na straně druhé. Organizace Most k domovu je kromě mobilní hospicové péče zároveň poskytovatelem domácí zdravotní péče (odbornost 925). Cesta domů, slovy jejího ředitele, vnímá riziko neadekvátního využívání specializované paliativní péče: „*Pokud neexistuje infrastruktura obecné paliativní péče, je velmi snadné sednout na lep tomu, že bychom specializovanou péčí zaplácli problém, který je daný neexistencí obecné paliativní péče. Hrozí zde neefektivní nakládání s finančními prostředky, když se používá specializovaná paliativní péče tam, kde by stačila dobrá obecná paliativní péče.*“

Most k domovu měl za rok 2015 sedm pacientů z Prahy 10, Cesta domů 20. Obě organizace mají možnost navýšit souhrnnou kapacitu pro pacienty z Prahy 10 o cca 100–150 pacientů ročně za předpokladu fungování ostatních složek systému (například spolupráce praktických lékařů a agentur domácí péče na oboustranném předávání pacientů, překladů z lůžkových zařízení a také adekvátní finanční podpory).

Obě organizace vnímají jako důležité nastavit efektivní systém dotačních řízení pro poskytovatele paliativní péče, který by měl vycházet ze standardizovaných požadavků na tyto poskytovatele, garantující kvalitu péče (například kritéria fóra mobilních hospiců zmíněná výše). Jako pozitivní vnímají nastavení systémové podpory od Městské části Praha 6, která není založena na dorovnávání provozní ztráty nebo ad hoc nastavené výši dotace, ale odráží reálnou péči poskytnutou občanům městské části formou paušální úhrady za ošetrovací den a pacienta (více o tomto systému viz rámeček).

Jako další důležité téma vnímají provázanost a spolupráci mezi poskytovateli zdravotní a sociální péče, která by mohla mít formu zvláštního panelu nebo pracovní skupiny v rámci komunitního plánování. Například v pracovních skupinách senioři a osoby se zdravotním postižením již bylo tématu podpory osob v domácím prostředí věnován prostor, na něž by se dalo vhodným způsobem navázat.

Poslední oblastí, kterou poskytovatelé mobilní specializované paliativní péče vnímají jako důležitou, je informovanost veřejnosti. Hlavně Cesta domů v této oblasti intenzivně pracuje, provozuje bezplatnou poradnu a informační web umirani.cz, jehož služby využívá několik stovek tisíc lidí ročně. I vedení Mostu k domovu považuje větší informovanost občanů za klíčovou záležitost a právě v této oblasti vidí možnost městských částí nabízet občanům poradenství a informace, jak řešit situaci vážné nemoci v rodině, včetně možností a dostupných služeb paliativní péče.

Evropská asociace paliativní péče i Česká společnost paliativní medicíny doporučují dostupnost jednoho týmu mobilní specializované paliativní péče na 100 000 obyvatel^{3,12}. Z tohoto pohledu by pro adekvátní uspokojení poptávky Praha 10 měla uvažovat o zřízení vlastního mobilního hospice. Přesto si dovoluujeme navrhnout vyčkání s tímto krokem minimálně do konce roku 2017, a to ze dvou důvodů:

1. Současní poskytovatelé mobilní specializované paliativní péče v Praze (Cesta domů a Most k domovu) nabízejí vysoce kvalifikovanou péči, odpovídající mezinárodním standardům na tento typ služeb, a za předpokladu efektivního fungování ostatních složek zdravotního systému jsou schopny poskytnout navýšenou kapacitu o cca 100–150 pacientů ročně. Vzhledem k ostatním faktorům (zejména nedostatečné informovanosti o paliativní péči mezi odbornou a širokou veřejností) neočekáváme, že by nárůst reálně provedených žádostí o přijetí do péče těchto zařízení ze strany občanů Prahy 10 v nejbližší době převýšil uvedené potenciální zvýšení kapacity.
2. Vzhledem k současnému dynamickému vývoji na poli financování mobilních hospiců doporučujeme vyčkat na výslednou podobu úhradového mechanismu, který by měl být znám na konci roku 2017. Na základě těchto informací pak bude možné uvažovat o efektivitě řešení v podobě vzniku nového mobilního hospice, případně nasmlouvání relevantních výkonů jinými službami (například domácí zdravotní péči pod CSOP).

PODPORA HOSPICOVÉ PÉČE V PRAZE 6

Městská část Praha 6, v současnosti jako jediná městská část Prahy, zavedla systém financování hospicové péče, který je založen na ohodnocení reálně poskytnuté péče občanům z dané městské části. Poskytovatelé hospicové péče, ať už lůžkové, či mobilní, mají v tomto režimu nárok na určitou finanční částku za každý ošetřovací den, kdy poskytli paliativní péči občanovi Prahy 6.

Pro lůžkové hospice

- a. MČ Praha 6 může poskytnout na 1 občana dotaci ve výši 250 Kč na 1 den.
- b. Dotace na 1 občana může být poskytnuta maximálně v délce 60 dní v kalendářním roce.

Pro domácí hospicovou péči

- a. MČ Praha 6 může poskytnout na 1 občana dotaci ve výši:
 - i. 200 Kč na 1 ošetřovací den (pro organizaci)
 - ii. 100 Kč na 1 ošetřovací den (pro občana), o tuto částku bude snížen příspěvek občana organizaci, která mu poskytuje domácí hospicovou péči
- b. Dotace na 1 občana může být poskytnuta maximálně v délce 60 ošetřovacích dní v kalendářním roce.

PILOTNÍ PROJEKT VZP

Služba domácích hospiců, správně nazývaná **mobilní specializovaná paliativní péče**, není v současnosti hrazena ze zdravotního pojištění. Hospice si proto provoz musí zajistit z darů, grantů a dotací a spoluúčastí pacienta. Všeobecná zdravotní pojišťovna spustila v roce 2015 po dohodě s ministerstvem zdravotnictví a Českou společností paliativní medicíny pilotní projekt, v rámci kterého vyčlenila finanční prostředky na pilotní úhradu této péče u 350 pacientů. Vybraní poskytovatelé mobilní hospicové péče tak v tomto projektu získali paušální úhradu 1161 nebo 1452 Kč za den péče na pacienta (výše úhrady byla stanovena ve dvou kategoriích podle klinické závažnosti zdravotního stavu pacienta). Cílem pilotního projektu bylo ověřit, nakolik je tento typ péče bezpečný a efektivní, včetně ekonomického porovnání vůči dalším typům péče v závěru života.

Výsledná analýza, kterou zpracoval Ústav zdravotních informací a statistiky, porovnávala výstupy péče u pilotní skupiny 327 hospicových pacientů vůči datům VZP od 70 000 pacientů s obdobnými charakteristikami, kteří zemřeli v období pilotního projektu v jiných zařízeních. Výsledky prokázaly, že mobilní hospice **dokáží zajistit kvalitní zdravotní péči** o pacienty v domácím prostředí **bez nutnosti terminálních hospitalizací** (92–97 % pacientů skutečně dožilo doma) a celkové náklady byly průměrně o **316 Kč za den péče nižší** než výdaje na péči v jiných zařízeních¹³.

Na základě výsledků tohoto pilotního projektu se VZP rozhodla podporu mobilních hospiců v této podobě prodloužit i do roku 2017 a pojišťovna i ministerstvo jsou ochotny jednat s Českou společností paliativní medicíny o začlenění mobilní specializované paliativní péče do seznamu výkonů hrazených ze zdravotního pojištění. Konkrétní podoba výsledného výkonu a jeho finanční kompenzace se ale ještě budou pravděpodobně měnit (v pilotním projektu byla například podmínka délky péče maximálně 30 dní, která se ukázala jako kontraproduktivní a neefektivní).

Lůžkové hospice

V České republice v současnosti působí 18 lůžkových hospiců¹⁴. Pro občany MČ Praha 10 jsou relativně dostupná 4 zařízení poskytující lůžkovou formu specializované paliativní péče: Hospic Štrasburk, Hospic Malovická, Hospic Dobrého pastýře a oddělení paliativní péče v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského.

Hospic Štrasburk sídlí v Bohnicích a nabízí kapacitu 25 lůžek. Péči však poskytuje pouze pacientům s onkologickou diagnózou. V oblasti spolupráce s městskými částmi není tento hospic příliš aktivní, občasně využívají možnost dotací, jejichž administrativní zátěž je ale poměrně vysoká. Kladně hodnotí dotační politiku v Praze 6 (viz rámeček v minulé kapitole). Za ideální by považovali fixní platbu předem podle garantovaného počtu lůžek. S mobilními hospici zatím příliš nespolupracují a uvědomují si nízkou informovanost o paliativní péči mezi veřejností a pacienty, kterou nicméně nepovažují za něco zásadního. V roce 2015 pečovali o 11 pacientů z Prahy 10 (z celkového počtu 210 pacientů, o které se hospic v loňském roce staral).

Hospic Malovická sídlí v Praze 4 - Spořilově, je tedy pro občany Prahy 10 geograficky nejdostupnějším poskytovatelem tohoto typu péče. Nabízí kapacitu 30 lůžek pro pacienty s nevyléčitelnou nemocí, včetně neonkologických diagnóz. Hospic Malovická je nejhojněji využívaným hospicem pro překlad pacientů z Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (v roce 2015 se jednalo o 40 pacientů). Hospic Malovická obdržel dvakrát provozní dotaci od MČ Praha 10, využívají také model paušální platby za pacienta z Prahy 6. Budova hospice je ve vlastnictví MČ Praha 4, přičemž ročně hospic získává dotaci od MČ Praha 4 ve výši 750 000 Kč a zároveň platí nájem v souhrnné výši 1,2 miliónu Kč. Jako klíčové vnímají zlepšení informovanosti o paliativní péči a posílení spolupráce a provázanosti služeb zejména na rozhraní zdravotního a sociálního sektoru. Uvítali by setkání s ostatními poskytovateli péče a zastupitelstvem MČ. V roce 2015 pečovali o 39 pacientů z Prahy 10.

Hospic Dobrého Pastýře sídlí v Čerčanech, v budově postavené speciálně za účelem provozování lůžkového hospice, což je patrné na výrazně kvalitnějším zázemí oproti výše zmíněným organizacím v Praze. Hospic nabízí kapacitu 30 lůžek pro pacienty v terminálním stádiu onkologických i neonkologických onemocnění. V Čerčanech poskytují komplexní paliativní

péči multidisciplinárního týmu, včetně duchovní péče, psychologické a psychosociální podpory (poskytované přímo kmenovými zaměstnanci hospice) a služby vyškolených dobrovolníků. Hospic Dobrého Pastýře také plní funkci komunitního centra, kdy na různých úrovních aktivně vstupuje do kontaktu s obyvateli obce. Příkladem může být kavárna a kaple v hospici, které jsou využívány i lidmi z okolí, v kavárně se například setkává klub maminek. Další aktivitou ve vztahu k širší komunitě obce je **Centrum denních služeb**, které nabízí smysluplné využití času pacientům hospice stejně jako lidem z okolí, kteří jsou kvůli snížené soběstačnosti ohroženi sociálním vyloučením. Hospic Dobrého Pastýře inicioval větší osvětové akce pro veřejnost a podílí se na nich, jde o seriál televize Stream Dělníci smrti, kampaň nejstenatosami.cz a další. S magistrátem i jednotlivými městskými částmi spolupracují dlouhodobě, 50 % pacientů je z Prahy, druhá polovina ze Středočeského kraje. Vedení hospice kladně hodnotí systém dotací v Praze 6, jehož obdobu realizují také tři další obce ve Středočeském kraji. Tento systém umožňuje hospici lepší plánování než obvyklý systém dotací, který je zatížen velkou nejistotou. V roce 2015 získali od MČ Praha 10 dotaci ve výši 74 000 Kč a pečovali o 17 jejích občanů (z celkového počtu pacientů 271). I když hospic leží za hranicí hlavního města, je pro občany některých městských částí (vč. Prahy 10) ve skutečnosti srovnatelně dostupný nebo i dostupnější než Hospic Štrasburk. Nicméně vzdálenost a nutnost dopravy (minimálně 45 minut vozem nebo veřejnou dopravou) může pro některé rodiny představovat významnou bariéru (nutno vzít v potaz typického pečujícího – zhruba polovina pečujících jsou partner nebo partnerka nemocného ve starším věku, sami mnohdy se zdravotním omezením). Vedení hospice by považovalo za velmi prospěšné nastavit lepší systém dotační podpory ze strany městských částí, ideální formát platba za ošetrovací den. Za další vnímají jako důležité zlepšit informovanost veřejnosti a pacientů. Potenciální vybudování lůžkového hospice v Praze 10 vnímají jako částečné ohrožení konkurencí, ale spíše v rovině výzvy než hrozby. Ze zkušenosti s provozem velkého hospicového zařízení by však doporučovali spíše menší jednotku (cca 12–15 lůžek), která by měla zachovanou komunitní atmosféru a nabízela v současnosti nedostupnou alternativu.

Oddělení paliativní péče v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského na Malé Straně je jedno z několika málo v současnosti fungujících nemocničních oddělení paliativní péče v ČR. Nabízí kapacitu 13 lůžek, na kterých poskytuje specializovanou paliativní péči. Personál oddělení je schopen ve spolupráci s nemocnicí zajistit širokou

multidisciplinární péči, která je díky zázemí nemocnice pro některé rodiny přijatelnější než klasický hospic. Oddělení paliativní péče je podobně jako Hospic Dobrého Pastýře často využíváno jako školicí pracoviště pro stážující zdravotníky, kteří se vzdělávají v paliativní péči. Paliativní péče v tomto zařízení využívá úhradového mechanismu stejně jako lůžkový hospic, z ekonomického hlediska se tedy jedná o „hospic v nemocnici“, kdy oddělení pobírá příspěvek na péči nebo o něj může zažádat a získává také „hospicovou“ úhradu ze zdravotního pojištění. Významnou část finančních prostředků pak poskytuje z vlastních zdrojů zřizovatel nemocnice, tedy Kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze.

Z celkového pohledu můžeme zhodnotit, že v Praze nebo blízkém okolí je k dispozici 98 lůžek specializované paliativní péče. Doporučení Evropské asociace paliativní péče je 80–100 lůžek na 1 milión obyvatel³, pro Prahu tedy zhruba 102–127 lůžek. Současný počet se blíží doporučené hranici, nicméně musíme zohlednit dva faktory, ovlivňující jeho význam. Zaprvé doporučení Evropské asociace paliativní péče vychází z předpokladu adekvátní dostupnosti dalších forem obecné a specializované paliativní péče (například mobilních hospiců nebo nemocničních týmů). Tento předpoklad zatím v Praze není naplněn. Druhým faktorem je hodnocení existujících poskytovatelů lůžkové paliativní péče, kdy si dovoluujeme vyjádřit náš odborný názor, že rozsah služeb v hospicích Štrasburk a Malovická neodpovídají standardům očekávaným od tohoto typu zařízení. Z našich dat vyplývá, že obě zařízení se odchylují od mezinárodních standardů i jiných zařízení tohoto typu v ČR co do rozsahu péče (omezení na onkologické pacienty u Hospice Štrasburk nebo ne zcela využitý potenciál multidisciplinárního přístupu s důrazem na ošetrovatelskou péči) a zejména pak v oblasti dalších funkcí lůžkového hospice, které by měly moderní zařízení tohoto typu naplňovat. Jedná se o vzdělávací a osvětovou funkci, kdy by měly lůžkové hospice jako nositelé tradice a expertízy proaktivně vstupovat do veřejného prostoru i odborné komunity a zvyšovat informovanost o paliativní péči, upevňovat vztahy s navazujícími poskytovateli zdravotní a sociální péče a celkově kultivovat prostředí péče o pacienty v závěru života. Podle hodnocení Komise pro budoucnost hospicové péče je tato role pro lůžkové hospice ve 21. století klíčová a při uvažování nad budoucím fungováním pražských hospiců je tento faktor nutno brát v potaz. Z našeho hodnocení tuto funkci (vedle velmi dobře poskytované multidisciplinární paliativní péče) dobře plní hospic v Čerčanech, který ale kvůli své poloze může v tomto ohledu ovlivnit veřejný prostor v Praze 10 jen do omezené míry.

Proto považujeme úvahu nad vybudováním lůžkového zařízení hospicového typu v Praze 10 za legitimní a v následující kapitole nabízíme dvě možné varianty její realizace.

Odkazy:

- 1 Quill T. E., Abernethy A. P. (2013). Generalist plus Specialist Palliative Care - Creating a More Sustainable Model. *New England Journal of Medicine*, 368;13 1173-1175.
- 2 Nemeth C., Rottenhofer I. Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2004
- 3 Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě (2010). Praha: Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny. ISBN 978-80-904516-1-2
- 4 Loučka M. (2016). Mobilní specializovaná paliativní péče - zahraniční inspirace. Prezentováno na semináři o pilotním projektu mobilní hospicové péče v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR, Praha, 1. 11. 2016.
- 5 Pivodic L., Pardon K., Morin L., et al. (2016). Place of death in the population dying from diseases indicative of palliative care need: a cross-national population-level study in 14 countries. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 70(1), 17-24.
- 6 Loučka M., Payne S., Brearley S. (2014). Place of death in the Czech Republic and Slovakia: a population based comparative study using death certificates data. *BMC Palliative Care*, 13(13), doi:10.1186/1472-684X-13-13.
- 7 Poppová M., Štyglarová T. (2012). Statistika zemřelých podle příčin se změnila. *Statistika a my*, 5, 24-25.
- 8 Radjenovičová B. (2016). Oddělení zdravotně sociální. Výroční zpráva za rok 2015. Fakultní nemocnice Královské Vinohrady.
- 9 <http://www.nadacnifond.avast.cz>, webová prezentace Nadačního fondu AVAST
- 10 Beyer S., Pissarek A. (2015). Integrating hospice and palliative care in Austrian nursing homes. *European Journal of Palliative Care*, 22(6), 282-284.
- 11 data.umirani.cz Průzkum veřejného mínění provedený agenturou STEM/MARK pro Cestou domů.
- 12 Sláma O. (2016). Pilotní projekt Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP): Několik poznámek z perspektivy ČSPM. Prezentováno na semináři o pilotním projektu mobilní hospicové péče v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR, Praha, 1. 11. 2016.
- 13 Švancara J., Dušek L. (2016). Pilotní projekt Mobilní specializované paliativní péče (MSPP): Předběžné výsledky analýzy. Prezentováno na semináři o pilotním projektu mobilní hospicové péče v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR, Praha, 1. 11. 2016.
- 14 <http://www.umirani.cz/adresar-sluzeb> Adresář služeb paliativní péče na portálu umirani.cz
- 15 Commission into the future of hospice care (2013). Future ambitions for hospice care: our mission and our opportunity. The final report of the Commission into the Future of Hospice Care. Dostupné z <https://www.hospiceuk.org/what-we-offer/publications?page=2>

Studie proveditelnosti lůžkového hospice v Praze 10

5.1 PŘEDPOKLADY MODELU LŮŽKOVÉHO HOSPICE

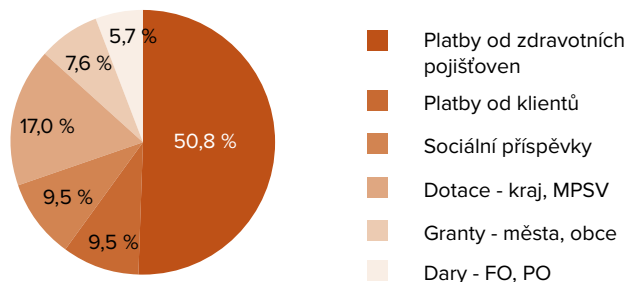
Model lůžkového hospice použitý v této studii vychází z analýzy deseti lůžkových hospiců v České republice. Jedním z klíčových parametrů modelu je počet lůžek. V našem modelu předpokládáme 30 lůžek a průměrnou roční obloženost lůžek 75 %, což odpovídá mediánovému počtu lůžek a průměrné obloženosti ve zkoumaných hospicích. Za těchto předpokladů by se hospic zvládl postarat o 270 pacientů za rok při průměrné ošetrovací době 30 dní.

Dalším předpokladem našeho modelu je taková struktura příjmů a výdajů, která odpovídá průměrnému složení v analyzovaných zařízeních. Na příjmové straně jsou hlavním zdrojem příjmů lůžkových hospiců platby od zdravotních pojišťoven, které tvoří zhruba polovinu příjmů hospiců. V roce 2015 činila průměrná úhrada za ošetrovací den 1340 korun. V našem modelu dále předpokládáme spoluúčast klientů ve výši 250 korun za ošetrovací den a stejnou částku ze sociálních příspěvků. Zbývajících 30 % příjmů je závislých na dotacích z Ministerstva práce a sociálních věcí a krajů, grantech vypsaných městy a městskými částmi a darech od fyzických a právnických osob.

Zásadní roli v oblasti nákladů hrají personální náklady. V tabulce č. 1 je srovnání Vyhlášky č.99/2012 sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb a skutečného personálního zajištění zdravotnického personálu v hospicích. Z porovnání je patrné, že je k adekvátnímu zabezpečení lůžkové hospicové péče potřeba o zhruba 40 % více zdravotnického personálu, než kolik stanovuje vyhláška. Personální náklady jsou kalkulovány na základě průměrných ročních mzdových nákladů na lůžko, které v roce 2013 činily 465 tisíc korun, což odpovídá 65 % celkových nákladů zkoumaných lůžkových hospiců.



Obrázek 9:
Struktura příjmů pro model lůžkového hospice



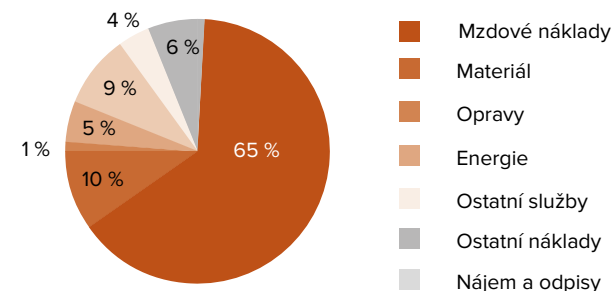
Tabulka č. 1: Personální zajištění zdravotní péče v provozu lůžkového hospice

Profese	Přepočteno na celé úvazky	
	Dle vyhlášky	Průměr zkoumaných hospiců
Lékař se specializovanou odborností	0,2	1,8
Lékař s odbornou způsobilostí	1,5	
Všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí bez dohledu	1,0	11,4
Všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent	8,5	
Sanitář nebo ošetrovatel	4,0	8,6
Klinický psycholog	Dostupnost	0,2
Celkem	15,2	22,0

Další významnou nákladovou položkou je materiál, který tvoří zhruba 10 % nákladů. Následují ostatní služby (stravování, telekomunikační služby, IT, účetní a právní služby, doprava, propagace, úklid, likvidace odpadu, servisní služby apod.), které mají 9% podíl. Nájem a odpisy tvoří zhruba 6 % a energie 5 % z celkových nákladů. Ostatní náklady (pojištění, úroky a poplatky, reprezentace) spolu s náklady na opravy zbývajících část.



Obrázek 10:
Struktura nákladů v modelu lůžkového hospice



Dále je v modelu uvažováno pozvolné provozní využití. Tento faktor zohledňuje provozní omezení v prvních letech provozu převážně navázané na postupný nárůst pacientů. První rok je hospic využit na 50 % své kapacity, druhý rok na 75 % kapacity a od třetího roku je plně využit. Příjmy jsou alikvotně tomu přizpůsobeny, náklady jsou sníženy jen částečně. Lze předpokládat, že náklady budou mírně vyšší, než kolik činí jejich poměrná část. Proto jsou všechny náklady (kromě nájmu a odpisů) navýšeny první dva roky o 10 % (tedy první rok 60 %, druhý rok 85 %). Nájem a odpisy nemají vztah k počtu pacientů a jsou od začátku v plné výši. V modelu je též předpokládán roční 2% růst příjmů i nákladů.

5.2 INVESTIČNÍ PŘÍJMY A VÝDAJE

Celkové investiční náklady na výstavbu a vybavení hospice je těžké odhadnout vzhledem k tomu, že výsledná výše investice závisí na mnoha aspektech, jako je například volba nemovitosti. Lůžkový hospic může vzniknout na „zelené louce“ (greenfield) nebo přestavbou existujících budov (brownfield). Investici, kromě výstavby, také značně ovlivňuje volba pozemku a jeho cena. Pro účely našeho modelu uvažujeme počáteční investici v hodnotě 90 miliónů korun, která vychází z historicky realizovaných staveb a odpovídá částce 3 miliónů korun za jedno lůžko. U plochy hospice vycházíme z běžné praxe aplikované ve zdravotnictví, kde hrubá podlahová plocha na jedno lůžko odpovídá 100 m². Celková hrubá podlahová plocha hospice by tedy byla kolem 3000 m².

Kromě počáteční investice je nutné vzít v potaz také nutné reinvestiční výdaje. Jedná se především o větší opravy, obnovu přístrojů a jiného vybavení, které lze očekávat každých 7 let v hodnotě 8 % počáteční celkové investice. Nezbytné drobné opravy jsou zahrnuty v provozních nákladech hospice. U stavby je uvažovaná odpisová doba 50 let, u vybavení 7 let. V neposlední řadě je nutné pokrýt provozní ztrátu prvních dvou let lůžkového hospice.

Reinvestice a počáteční provozní ztráta by byly pokryty příjmem z pronájmu, který činí 1,38 miliónu korun za rok s každoročním nárůstem 2 % a který by hospic platil městské části Praha 10. Konkrétně tabulka č. 2 ukazuje perspektivu 49 let fungování hospice (hodnoty jsou diskontovány), ze které vyplývá, že příjem z pronájmu pokryje reinvestice, provozní ztrátu prvních dvou let i část počáteční investice.

Tabulka č. 2

Finanční perspektiva modelu lůžkového hospice na dobu 49 let

Počáteční investice (výstavba, vybavení)	-90 000 000 Kč
Reinvestice (větší opravy, obnova přístrojů a vybavení)	-50 400 000 Kč
Provozní ztráta (1. a 2. rok)	-5 015 080 Kč
Nájemné hospice	67 620 000 Kč
Rozdíl	-77 795 080 Kč

5.3 PROVOZNÍ PŘÍJMY A VÝDAJE

Výsledky modelu naznačují, že první dva roky je lůžkový hospic ztrátový, což je způsobeno pozvolným počátečním provozním využitím. Od třetího roku, kdy dochází k plnohodnotnému provozu, je roční hospodářský výsledek mírně pozitivní (vzhledem k celkovému obratu je hospodářský výsledek spíše nulový). Městská část Praha 10 by za výše uvedených předpokladů neměla provozně dotovat fungování hospice. Nicméně jelikož model uvažuje, že příspěvek od městských částí za každého pacienta je v průměru 200 korun za ošetrovací den, celkový dopad do rozpočtu městské části by byl závislý na počtu pacientů z Prahy 10. Za předpokladu, že by všichni pacienti pocházeli z Prahy 10, by pak za 270 pacientů odpovídala částka 1,6 miliónu korun za rok.

Pro 30 lůžek	1. rok	2. rok	3.r ok	4. rok	5. rok	6. rok	7. rok	8. rok	9. rok	10. rok
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Platby od zdravot- ních pojišťoven	5 612 423	8 587 006	11 678 329	11 911 895	12 150 133	12 393 136	12 640 999	12 893 819	13 151 695	13 414 729
Platby od klientů	1 047 094	1 602 053	2 178 793	2 222 369	2 266 816	2 312 152	2 358 395	2 405 563	2 453 674	2 502 748
Sociální příspěvky	1 047 094	1 602 053	2 178 793	2 222 369	2 266 816	2 312 152	2 358 395	2 405 563	2 453 674	2 502 748
Dotace (kraj, MPSV)	1 884 769	2 883 696	3 921 827	4 000 263	4 080 269	4 161 874	4 245 111	4 330 014	4 416 614	4 504 946
Granty - města, obce	837 675	1 281 643	1 743 034	1 777 895	1 813 453	1 849 722	1 886 716	1 924 451	1 962 940	2 002 198
Dary - FO, PO	628 256	961 232	1 307 276	1 333 421	1 360 090	1 387 291	1 415 037	1 443 338	1 472 205	1 501 649
Příjmy celkem	11 057 310	16 917 684	23 008 051	23 468 212	23 937 576	24 416 327	24 904 654	25 402 747	25 910 802	26 429 018
Mzdové náklady	8 549 373	12 353 844	14 824 613	15 121 105	15 423 527	15 731 998	16 046 638	16 367 570	16 694 922	17 028 820
Materiál	1 362 944	1 969 453	2 363 344	2 410 611	2 458 823	2 508 000	2 558 160	2 609 323	2 661 509	2 714 739
Opravy	123 904	179 041	214 849	219 146	223 529	228 000	232 560	237 211	241 955	246 794
Energie	619 520	895 206	1 074 247	1 095 732	1 117 647	1 140 000	1 162 800	1 186 056	1 209 777	1 233 972
Ostatní služby	1 239 040	1 790 412	2 148 495	2 191 464	2 235 294	2 280 000	2 325 600	2 372 112	2 419 554	2 467 945
Ostatní náklady	495 616	716 165	859 398	876 586	894 118	912 000	930 240	948 845	967 822	987 178
Nájem a odpisy	1 407 600	1 435 752	1 464 467	1 493 756	1 523 632	1 554 104	1 585 186	1 616 890	1 649 228	1 682 212
Náklady celkem	13 797 996	19 339 874	22 949 413	23 408 401	23 876 569	24 354 101	24 841 183	25 338 006	25 844 767	26 361 662
Hospodářský výsledek	-2 740 686	-2 422 189	58 638	59 810	61 007	62 227	63 471	64 741	66 035	67 356

Pro 30 lůžek	31	28	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31	
	Leden	Únor	Březen	Duben	Květen	Červen	Červenec	Srpen	Září	Říjen	Listopad	Prosinec	Celkem
Platby od zdravotních pojišťoven	934 650	844 200	934 650	904 500	934 650	904 500	934 650	934 650	904 500	934 650	904 500	934 650	11 004 750
Platby od klientů	174 375	157 500	174 375	168 750	174 375	168 750	174 375	174 375	168 750	174 375	168 750	174 375	2 053 125
Sociální příspěvky	174 375	157 500	174 375	168 750	174 375	168 750	174 375	174 375	168 750	174 375	168 750	174 375	2 053 125
Dotace (kraj, MPSV)	313 875	283 500	313 875	303 750	313 875	303 750	313 875	313 875	303 750	313 875	303 750	313 875	3 695 625
Granty - mě- sta, obce	139 500	126 000	139 500	135 000	139 500	135 000	139 500	139 500	135 000	139 500	135 000	139 500	1 642 500
Dary - FO, PO	104 625	94 500	104 625	101 250	104 625	101 250	104 625	104 625	101 250	104 625	101 250	104 625	1 231 875
Příjmy cel- kem	1 841 400	1 663 200	1 841 400	1 782 000	1 841 400	1 782 000	1 841 400	1 841 400	1 782 000	1 841 400	1 782 000	1 841 400	21 681 000
Mzdové náklady	1 186 456	1 071 638	1 186 456	1 148 183	1 186 456	1 148 183	1 186 456	1 186 456	1 148 183	1 186 456	1 148 183	1 186 456	13 969 564
Materiál	189 145	170 841	189 145	183 044	189 145	183 044	189 145	189 145	183 044	189 145	183 044	189 145	2 227 032
Opravy	17 195	15 531	17 195	16 640	17 195	16 640	17 195	17 195	16 640	17 195	16 640	17 195	202 457
Energie	85 975	77 655	85 975	83 202	85 975	83 202	85 975	85 975	83 202	85 975	83 202	85 975	1 012 287
Ostatní služby	171 950	155 310	171 950	166 403	171 950	166 403	171 950	171 950	166 403	171 950	166 403	171 950	2 024 574
Ostatní náklady	68 780	62 124	68 780	66 561	68 780	66 561	68 780	68 780	66 561	68 780	66 561	68 780	809 830
Nájem a od- pisy	115 000	115 000	115 000	115 000	115 000	115 000	115 000	115 000	115 000	115 000	115 000	115 000	1 380 000
Náklady celkem	1 834 502	1 668 098	1 834 502	1 779 034	1 834 502	1 779 034	1 834 502	1 834 502	1 779 034	1 834 502	1 779 034	1 834 502	21 625 745
Hospodářský výsledek	6 898	-4 898	6 898	2 966	6 898	2 966	6 898	6 898	2 966	6 898	2 966	6 898	55 255

5.4 CITLIVOSTNÍ ANALÝZA

Citlivostní analýza je nástroj, který umožňuje analyticky zkoumat vliv změny vstupních parametrů na výsledek modelu, a tím lépe pochopit riziko projektu. Tabulka č. 3 ukazuje citlivostní analýzu modelu, kde je testována citlivost ročního hospodářského výsledku hospice na změnu v obložnosti lůžek a na změny v procentuálním zastoupení nenárokových složek příjmů (dotace, granty a dary). Z citlivostní analýzy je patrné, že obložnost nižší než zhruba 72 % vede k provozní ztrátě. Změna 5 % v obložnosti znamená zvýšení ztráty/zisku o 95 tisíc Kč za předpokladu, že fixními náklady jsou pouze nájem a odpisy.

V případě, že se podíl nenárokové složky příjmů nepatrně změní, tato změna má vážné dopady na hospodářský výsledek. Pokud bychom v našem modelu přišli o jedno procento příjmu, konkrétně z nenárokové složky příjmů, vedlo by to k poklesu hospodářského výsledku o 217 tisíc korun za předpokladu, že náklady by zůstaly konstantní.

Tabulka č.3

Citlivostní analýza modelu lůžkového hospice

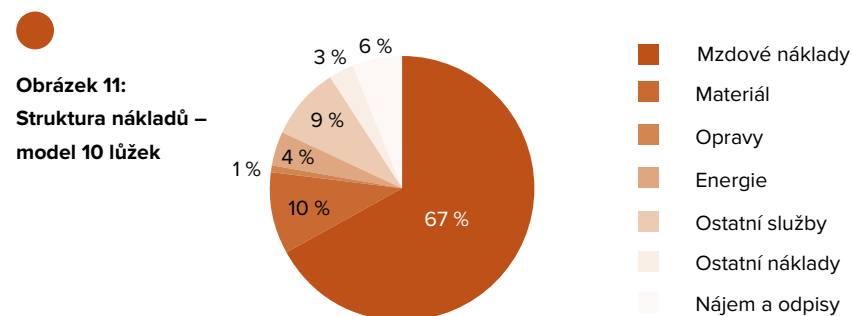
Obložnost	Hospodářský výsledek (v Kč)	Podíl nenárokové složky	Hospodářský výsledek (v Kč)
100%	533 674	33%	640 701
95%	437 990	32%	423 869
90%	342 307	31%	207 038
85%	246 623	30%	-9 794
80%	150 939	29%	-226 626
75%	55 255	28%	-443 457
70%	-40 428	27%	-660 289
65%	-136 112	26%	-877 121
60%	-231 796	25%	-1 093 952
55%	-327 479	24%	-1 310 784
50%	-423 163	23%	-1 527 616

5.5 FINANCOVÁNÍ

Vzhledem k výši nutné počáteční investici lze předpokládat, že financování výstavby lůžkového hospice by bylo vícezdrojové. Značnou část zdrojů lze potenciálně získat z grantu Ministerstva zdravotnictví, které v rámci programu „č. 135 100 Podpora hospicové a paliativní péče v ČR“ uvolnilo 80,5 miliónů korun na výstavbu a vybavení lůžkových hospiců pro období 2017-2022. U tohoto programu je nezbytnou podmínkou spoluúčast ve výši 30%. Z vybudování lůžkového hospice na území Prahy 10 by měla prospěch celá Praha, proto lze očekávat, že by se Magistrát hlavního města Prahy finančně na výstavbě spolupodílel. Zhruba 5 % z celkové investice lze získat od soukromých dárců.

5.6 LŮŽKOVÝ HOSPIC S DESETI LŮŽKY

V České republice je průměrný i mediánový počet lůžek v hospicích kolem 30. Jak jeden z ředitelů hospice poznamenal, z počtu 30 lůžek se stalo něco jako zvykové právo a zároveň dodává, že takto velký počet lůžek tak trochu ztrácí komunitní charakter. Rozhodli jsme se proto namodelovat i lůžkový hospic, který by měl pouze 10 lůžek. Všechny předpoklady našeho modelu s 30 lůžky platí poměrně pro model s 10 lůžky s výjimkou mzdových nákladů, které jsou navýšeny o 10 %. Toto navýšení vychází z předpokladu, že u 30 lůžek jsou realizovány jisté úspory z rozsahu. Takovéto navýšení má za následek zvýšení poměru mzdových nákladů k zbývajícím nákladům z 65 % na 67 %.



Vzhledem k tomu, že jsme nezměnili v modelu příjmovou stránku, je logické, že výše uvedená změna povede k provozní ztrátě. K dosažení nulové ztráty by bylo nutné navýšit příjmy o zhruba 6 %. Na druhou stranu je pravděpodobné, že u menšího počtu lůžek bude hospic dosahovat vyšší průměrné obloženosti. K tomu, aby model o deseti lůžkách nevykazoval provozní ztrátu, je nutné dosáhnout 80 % obloženosti lůžek.

U projektu na výstavbu hospice s deseti lůžky lze očekávat větší flexibilitu ve výběru nemovitosti. Hrubá podlahová plocha hospice s deseti lůžky se pohybuje mezi 1 000 až 1 200 m². Lze si tedy představit, že tento projekt by se stal součástí již existujících zařízení v Praze 10 poskytujících zdravotnické či sociální služby například dostavbou či přestavbou jednoho patra.

Determinovat investiční náročnost je velmi obtížné, nicméně neměla by překročit poměrnou část nutné investice u hospice s třiceti lůžky. Z modelu vyplývá, že pokud by hospic nezvyšil své příjmy nebo svou dlouhodobou průměrnou obloženost na 80 %, bylo by nutné krytí roční provozní ztráty kolem půl miliónu korun. Variantou by také mohlo být odpuštění nájemného provozovateli.

5.7 KOMENTÁŘ K ZÁMĚRU LŮŽKOVÉHO HOSPICE

Ve světě hodnocení silných a slabých stránek současných poskytovatelů lůžkové hospicové péče v Praze (kapitola 4) doporučujeme pro případ budování nového zařízení tohoto typu v Praze 10 přísně dbát na standardy hospicové a paliativní péče, které by zařízení mělo poskytovat, včetně vzdělávací a osvětové funkce. Pokud by se jednalo čistě o rozšíření lůžkové kapacity pro pacienty po ukončené kurativní léčbě, nebylo by budování nového hospice neefektivnější řešení. Pokud by však nové zařízení plnilo všechny funkce moderního hospice, představovalo by významný prvek v síti v současnosti dostupných zdravotních a sociálních služeb a efekt celého záměru by přesahoval pouhý počet pacientů, kteří by umírali na lůžkách hospice. Tuto přidanou hodnotu považujeme za klíčovou.

Tabulka 4:
Finanční
perspektiva -
model 10 lůžek

Pro 10 lůžek	1. rok	2. rok	3.r ok	4. rok	5. rok	6. rok	7. rok	8. rok	9. rok	10. rok
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Platby od zdravotních pojišťoven	1 870 808	2 862 335	3 892 776	3 970 632	4 050 044	4 131 045	4 213 666	4 297 940	4 383 898	4 471 576
Platby od klientů	349 031	534 018	726 264	740 790	755 605	770 717	786 132	801 854	817 891	834 249
Sociální příspěvky	349 031	534 018	726 264	740 790	755 605	770 717	786 132	801 854	817 891	834 249
Dotace (kraj, MPSV)	628 256	961 232	1 307 276	1 333 421	1 360 090	1 387 291	1 415 037	1 443 338	1 472 205	1 501 649
Granty - města, obce	279 225	427 214	581 011	592 632	604 484	616 574	628 905	641 484	654 313	667 399
Dary - FO, PO	209 419	320 411	435 759	444 474	453 363	462 430	471 679	481 113	490 735	500 550
Příjmy celkem	3 685 770	5 639 228	7 669 350	7 822 737	7 979 192	8 138 776	8 301 551	8 467 582	8 636 934	8 809 673
Mzdové náklady	3 134 770	4 529 743	5 435 691	5 544 405	5 655 293	5 768 399	5 883 767	6 001 442	6 121 471	6 243 901
Materiál	454 315	656 484	787 781	803 537	819 608	836 000	852 720	869 774	887 170	904 913
Opravy	41 301	59 680	71 616	73 049	74 510	76 000	77 520	79 070	80 652	82 265
Energie	206 507	298 402	358 082	365 244	372 549	380 000	387 600	395 352	403 259	411 324
Ostatní služby	413 013	596 804	716 165	730 488	745 098	760 000	775 200	790 704	806 518	822 648
Ostatní náklady	165 205	238 722	286 466	292 195	298 039	304 000	310 080	316 282	322 607	329 059
Nájem a odpisy	469 200	478 584	488 156	497 919	507 877	518 035	528 395	538 963	549 743	560 737
Náklady celkem	4 884 311	6 858 419	8 143 958	8 306 837	8 472 974	8 642 434	8 815 282	8 991 588	9 171 420	9 354 848
Hospodářský výsledek	-1 198 541	-1 219 191	-474 608	-484 100	-493 782	-503 658	-513 731	-524 005	-534 486	-545 175

Càst C

Pro 10 lůžek													
	Leden	Únor	Březen	Duben	Květen	Červen	Červenec	Srpen	Září	Říjen	Listopad	Prosinec	Celkem
Platby od klientů	58 125	52 500	58 125	56 250	58 125	58 125	58 125	58 125	56 250	58 125	56 250	58 125	684 375
Sociální příspěvky	58 125	52 500	58 125	56 250	58 125	58 125	58 125	58 125	56 250	58 125	56 250	58 125	684 375
Dotace (kraj, MPSV)	104 625	94 500	104 625	104 625	104 625	104 625	104 625	104 625	104 250	104 625	104 250	104 625	1 231 875
Granty - měs- ta, obce	46 500	42 000	46 500	45 000	46 500	46 500	46 500	46 500	45 000	46 500	45 000	46 500	547 500
Dary - FO, PO	34 875	31 500	34 875	33 750	34 875	34 875	34 875	34 875	33 750	34 875	33 750	34 875	410 625
Průjmy cel- kem	613 800	554 400	613 800	594 000	613 800	594 000	613 800	613 800	594 000	613 800	594 000	613 800	7 227 000
Mzdové náklady	435 034	392 934	435 034	421 001	435 034	435 034	421 001	435 034	421 001	435 034	421 001	435 034	5 122 173
Material	63 048	56 947	63 048	61 015	63 048	63 048	61 015	63 048	61 015	63 048	61 015	63 048	742 344
Operavy	5 732	5 177	5 732	5 547	5 732	5 732	5 547	5 732	5 547	5 732	5 547	5 732	67 486
Energie	28 658	25 885	28 658	27 734	28 658	28 658	27 734	28 658	27 734	28 658	27 734	28 658	337 429
Ostatní služby	57 317	51 770	57 317	55 468	57 317	57 317	55 468	57 317	55 468	57 317	55 468	57 317	674 858
Ostatní náklady	22 927	20 708	22 927	22 187	22 927	22 927	22 187	22 927	22 187	22 927	22 187	22 927	269 943
Nájem a od- plsy	38 333	38 333	38 333	38 333	38 333	38 333	38 333	38 333	38 333	38 333	38 333	38 333	460 000
Náklady celkem	651 049	591 754	651 049	631 284	651 049	651 049	631 284	651 049	631 284	651 049	631 284	651 049	7 674 234
Hospodářský výsledek	-37 249	-37 354	-37 249	-37 284	-37 249	-37 284	-37 249	-37 249	-37 284	-37 249	-37 284	-37 249	-447 234

Na základě sebraných dat a jejich analýzy si dovoluujeme navrhnout několik opatření, která by podle našeho úsudku zvýšila kvalitu a dostupnost paliativní péče pro občany MČ Prahy 10. U každého doporučení uvádíme odhad ekonomické nákladnosti daného řešení (nízká do 100 000 Kč – střední do 500 000 Kč – vysoká nad 500 000 Kč), prioritu problému, který dané doporučení řeší (okrajové - důležité - velmi důležité) a u některých pak návrhy na konkrétní formu realizace a odhad jejich časového harmonogramu.

1 STANDARDIZACE/CERTIFIKACE PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče jako taková není zatím definována žádným právně závazným předpisem, který by nastavoval její nepodkročitelné parametry, a tím garantoval její kvalitu. Řada organizací, včetně zařízení na území MČ Praha 10, prezentuje, že jsou schopny paliativní péči pro své klienty zajistit. Podrobnější vhled do jejich fungování však brzy odhalí výrazně odlišné představy o tom, co „paliativní péče“ pro jednotlivá zařízení znamená a jakým způsobem jsou reálně schopny tuto službu poskytovat. Typickým příkladem je nepřetržitá dostupnost lékařské péče nebo podpora pozůstalých během zármutku, které jsou základními funkcemi paliativního týmu, ve většině nehospicových zařízení jsou však dostupné jen výjimečně. Vzhledem k neexistenci tuzemských závazných standardů pro jednotlivé služby je však pro občany i veřejnou správu velmi obtížné rozpoznat, které zařízení opravdu naplňuje znaky organizace schopné poskytovat paliativní péči na úrovni doporučené Světovou zdravotnickou organizací nebo Evropskou asociací paliativní péče.

Doporučujeme proto vytvoření certifikace, kterou by musely organizace získat, pokud by měly být rozpoznány jako poskytovatel paliativní péče.

ekonomická zátěž: střední

priorita: velmi důležitá

konkrétní návrh: vytvoření certifikačního systému „poskytovatel paliativní péče“, který by byl využíván pro identifikaci zařízení splňujícího standardy obecné nebo specializované paliativní péče. Pro vytvoření a koordinaci certifikačního řízení doporučujeme využít nějaké nezávislé instituce (ministerstvo zdravotnictví/práce a sociálních věcí, Česká společnost paliativní medicíny, Centrum paliativní péče, popřípadě soukromou společnost se zkušeností v této oblasti)

čas a prostředky nutné k dosažení cíle: 16 měsíců (od udělení zakázky na tvorbu certifikačního systému do okamžiku posouzení relevantních organizací s působností v Praze 10), 200 000 Kč.

2

KOORDINACE A SPOLUPRÁCE MEZI RELEVANTNÍMI POSKYTOVATELI SLUŽEB

Z výpovědí dotazovaných organizací vzešlo, že jako jednu z překážek vnímají nedostatečnou koordinaci mezi jednotlivými poskytovateli zdravotních a sociálních služeb, která je částečně způsobená nedostatečnými zkušenostmi a vzájemnou nedůvěrou mezi organizacemi. Nezávislá platforma na úrovni MČ Praha 10 je ideálním prostorem, kde by se dala tato překážka eliminovat.

Doporučujeme proto pořádat pravidelná setkání (minimálně jednou za rok), kde by se mohli potkat zástupci organizací zapojených do péče o pacienty v závěru života a vzájemně si představit nabídku svých služeb, způsob fungování svých organizací a také vzájemně budovat vztahy na neformální úrovni, které by pomohly upevňovat důvěru a spolupráci mezi organizacemi. Toto setkání by také mohlo iniciovat vznik zvláštní pracovní skupiny v rámci dalšího pokračování komunitního plánování v Praze 10, v rámci které by se mohlo podařit vytvořený systém spolupráce implementovat na dlouhodobě udržitelné bázi. Cílená integrace tématu paliativní péče do komunitního plánování by také mohla přinést důležité podněty pro realizaci některých doporučení z této kapitoly. V neposlední řadě, na základě našich doporučení a připomínek zástupců jednotlivých komunit, mohou vzniknout opatření, která lze následně zahrnout do akčních plánů MČ Praha 10 na nadcházející roky s cílem zajistit co nejefektivnější implementaci rozvoje paliativní péče v Praze 10.

Na iniciačních setkáních doporučujeme kromě představení jednotlivých poskytovatelů také prezentovat současné příklady dobré praxe, například kazuistiku klientky CSOP, která před smrtí v jednom z domovů pro seniory využila na pobídku domova konziliární návštěvu lékařky mobilního hospice. Další vhodný příklad je organizace Domov Sue Ryder, která již zhruba dva roky realizuje pilotní projekt implementace paliativní péče do domova pro seniory (ve spolupráci s mobilním hospicem Cesta domů). Za velmi poučnou považujeme také zkušenost Domova Pod střechou, což je projekt Centra sociálních služeb v Praze 2, který testoval model sdílené péče pobytového zařízení sociálních služeb a mobilního hospice.

ekonomická zátěž: nízká

priorita: velmi důležitá

konkrétní návrh: pravidelná setkání na půdě MČ Praha 10 s intervalem minimálně jednou za rok, kde by se představily organizace pečující o pacienty v závěru života. Cílem setkání by byla podpora spolupráce a neformálních vztahů mezi organizacemi a také potenciál pro medializaci tématu a aktivit MČ Praha 10 na tomto poli.

čas a prostředky nutné k dosažení cíle: 12 měsíců, 50 000 Kč.

3

ZVÝŠENÍ INFORMOVANOSTI VEŘEJNOSTI

Dalším z identifikovaných problémů je nedostatečná informovanost veřejnosti, která často neví o možnostech paliativní péče a v případě setkání s vážnou nemocí má jen minimum možností, kam se obrátit pro radu, zejména v oblasti plánování budoucí péče a variant jejího zajištění. Lidé se potom často o možném přístupu k paliativní péči vůbec nedozví, dostanou tuto informaci pozdě nebo si vytvoří nereálná očekávání od poskytovatele jiného typu zdravotní péče.

Doporučujeme proto posílení informačních zdrojů pro veřejnost takto:

- a. Cílenou podporou existujících služeb v této oblasti, konkrétně doporučujeme využít zázemí a zdrojů poradny Cesty domů, která nabízí bezplatné a profesionální multidisciplinární poradenství. Součástí vhodného řešení by bylo rozšíření informace o nabídce služeb této poradny do relevantních zařízení v Praze 10 (praktičtí lékaři, domovy pro seniory, LDN, FN KV, agentury domácí péče, kluby seniorů) a také informování veřejnosti o této službě mediálními kanály městské části (včetně sociálních sítí). Cesta domů je otevřena dohodě o užší spolupráci na šíření informací o službách její poradny.
- b. Doplnit informace o paliativní péči na webových stránkách Prahy 10. Doporučujeme založit téma „Vážná nemoc“ v sekci „Potřebuji řešit“ na stránce zdravotního a sociálního portálu, kde by se občané mohli dozvědět o možnostech a formách paliativní péče, včetně seznamu organizací, které odpovídají standardům „poskytovatele paliativní péče“ (viz bod 2). Tento krok by také rezonoval s prioritou č. 1 komunitního plánování, schválenou v Akčním plánu městské části Praha 10 na rok

2016, kterou je „zajištění kvalitní a kontinuální informovanosti v oblasti sociálních a návazných služeb“.

- c. Vzhledem k intenzitě potřeby zvýšit informovanost veřejnosti o paliativní péči doporučujeme podpořit realizaci osvětové kampaně se širším dosahem, ideálně ve spolupráci s dalšími městskými částmi, popřípadě magistrátem a poskytovateli paliativní péče. Cílem kampaně by mělo být zlepšit informovanost o paliativní péči a boření mýtů (například o tom, jak vypadá hospic a co nabízí). Slovy jednoho z respondentů z domova pro seniory: „Kdybychom měli o paliativní péči nějaké profesionálně vypadající materiály, informační letáky a podobně, rodiny by k tomu měly větší důvěru.“

ekonomická zátěž: střední – vysoká

priorita: velmi důležitá

čas a prostředky nutné k dosažení cíle: 12 měsíců, 150 000 – 800 000 Kč (v závislosti na kombinaci navržených řešení a případné spoluúčasti dalších subjektů na informační kampani)

4

PODPORA DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE

Mobilní specializovaná paliativní péče (tzv. domácí hospice) představuje zásadní pomoc a službu pro ty občany, kteří chtějí dožít ve vlastním sociálním prostředí, zejména pak ve vlastním bytě nebo domě. Bez podpory domácího hospice je pro většinu rodin tento cíl nedosažitelný, naopak s podporou této služby se podaří dopečovat nemocného doma ve více než 92 % případů. Vzhledem k mezinárodním doporučením i doporučení České společnosti paliativní medicíny (ČSPM) by Praha 10 měla mít pro uspokojení poptávky svůj vlastní domácí hospic (doporučení je 1 tým na 100 tisíc obyvatel).

V kontextu současného dynamického vývoje v této oblasti, zejména probíhajícímu pilotnímu programu VZP a související připravované úpravě úhradové vyhlášky, doporučujeme se založením vlastního programu domácí hospicové péče vyčkat na konečnou podobu finančního rámce, ve kterém tyto služby budou fungovat od ledna 2018. Do té doby doporučujeme podpořit spolupráci s existujícími poskytovateli domácí hospicové péče (Cesta domů, Most k domovu), kteří uvádí potenciál navýšení kapacity pro pacienty z Prahy 10 v řádu zhruba 100-150 pacientů ročně za předpokladu

efektivního fungování ostatních složek systému. Jako vhodná forma podpory se jeví tvorba a realizace dotačních programů využitelných pro financování nezdravotních hospicových služeb, které nebudou pokryty ze zdravotního pojištění ani v případě zařazení domácí hospicové péče do seznamu hrazených výkonů v roce 2018. Ke zvážení doporučujeme model paušální platby za ošetrovací den a pacienta, který využívá MČ Praha 6 a který se ukázal jako efektivní a dobře hodnocený i samotnými poskytovateli hospicové péče.

Vzhledem k preferencím veřejnosti a zkušenostem s domácí hospicovou péčí z ČR i zahraničí navrhujeme stanovit jako dlouhodobý cíl pro tuto oblast umožnit zemřít doma za pomoci mobilní specializované paliativní péče alespoň 10 % obyvatel Prahy 10 (v současnosti 1,8 %).

ekonomická zátěž: střední – vysoká

priorita: důležitá

konkrétní návrh: Zavedení dotačního programu podle vzoru MČ Praha 6
čas a prostředky nutné k dosažení cíle: 18 měsíců, 450 000 Kč ročně (150 pacientů, průměrná délka péče 15 dní, příspěvek 200 Kč za ošetrovací den poskytovateli péče)

5 VYBUDOVÁNÍ LŮŽKOVÉHO HOSPICE V PRAZE 10

Otázku zajištění specializované paliativní péče pro občany Prahy 10 ve formě lůžkového hospice považujeme za relevantní a vzhledem k aktuálně nedostatečné dostupnosti této péče také za poměrně naléhavou. K řešení této otázky formou vybudování nového zařízení předkládáme dvě varianty řešení, jejichž detailní zhodnocení včetně ekonomického modelu je rozepsáno v kapitole 5. Tyto varianty doporučujeme zvážit v tomto pořadí podle jejich efektivity:

- Vybudování menšího hospicového zařízení (10 lůžek), s variantou sdílení zázemí s jinou organizací.
- Vybudování nového lůžkového hospice o klasické kapacitě 30 lůžek na území Prahy 10.

Vybudování lůžkového zařízení hospicového typu bude zároveň přínosné pouze v případě, že bude splňovat parametry moderních lůžkových hospiců po vzoru zařízení v jiných metropolích, například hospice Sv. Kryštofa

v Londýně, které zajišťují kromě komplexní specializované paliativní péče také vzdělávací a osvětovou funkci pro odbornou i širokou veřejnost. Podmínkou pro funkčnost tohoto řešení je také vyjednání smlouvy s VZP, což není nároková záležitost, a doporučujeme tento moment brát jako kritický předpoklad pro další realizační fázi projektu.

ekonomická zátěž: vysoká

priorita: důležitá

čas a prostředky nutné k dosažení cíle: 30–90 miliónů Kč dle velikosti hospice

6 ZOHLEDŇOVAT SYSTÉMOVÝ POHLED NA ROZVOJ PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče je poskytována na rozhraní několika sektorů – zdravotní a sociální péče, akutní a následné péče, ústavní a domácí péče. Lidé by měli mít možnost přístupu ke kvalitní paliativní péči neohledně na to, kde prožívají závěr svého života, ať je to v domácím prostředí v péči praktického lékaře, v domově pro seniory, v lůžkovém hospici nebo jinde. Rozvoj těchto služeb tedy musí být založen na komplexní reflexi systému zdravotních a sociálních služeb a neměl by se omezovat pouze na dílčí řešení typu „Postavit lůžkový hospic - ano nebo ne?“. Sebelepší hospic nebo mobilní paliativní tým nezajistí dostupnost paliativní péče, pokud nebudou adekvátně fungovat ostatní části systému.

Proto doporučujeme:

- Rozhodování v oblasti rozvoje paliativní péče vždy opírat o průběžné hodnocení jednotlivých sektorů.
- Spolupracovat při tvorbě konkrétních opatření s ostatními městskými částmi (minimálně na úrovni sdílení dobré praxe, například v oblasti komunitního plánování a regulace dotačních řízení) a pro řešení některých agend zvážit jejich přenesení na úroveň magistrátu (například informační kampaň, viz doporučení číslo 3)

ekonomická zátěž: nízká

priorita: okrajová

Dotazníky pro praktické lékaře

PŘÍLOHA č. 1

Abychom zjistili, jak vnímají samotní praktičtí lékaři současnou situaci a jaký mají vztah k paliativní péči, provedli jsme dotazníkové šetření mezi praktickými lékaři na území Prahy. Oslovili jsme celkem 281 praktických lékařů, z čehož jsme zpět obdrželi celkem 69 vyplněných dotazníků. Každý respondent odpověděl na všechny otázky s výběrem možností. Odpovědi byly anonymizovány.

1. POHLAVÍ

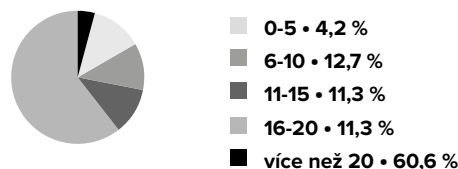
Ženy tvořily 70 % respondentů, což koresponduje s celorepublikovým zastoupením jednotlivých pohlaví v oboru všeobecné praktické lékařství.

2. VĚK



Něco málo přes polovinu respondentů tvořili praktičtí lékaři mezi 51 a 65 lety, zhruba třetinu pak lékaři mladších 50 let. Zbývající část odpovědí připadá na lékaře starších 65 let.

3. POČET LET PRAXE



Většina respondentů uvedla praxi delší než 20 let. Minimum dotazovaných lékařů uvedlo kratší zkušenost v oboru než 10 let.

4. Z KTERÉ MĚSTSKÉ ČÁSTI PRAHY PRIMÁRNĚ POCHÁZEJÍ VAŠI PACIENTI?

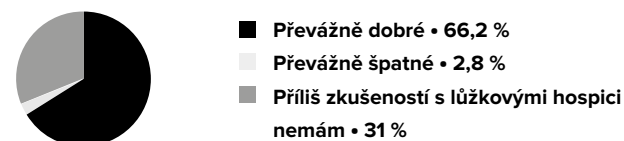
Nejvíce respondentů pochází z Prahy 4, následované Prahou 10, 9, 7 a 5. Zbývá třetina dotazovaných pochází z jiných městských částí Prahy.

5. JAK BYSTE OHODNOTIL/A SVÉ ZNALOSTI V OBLASTI PALIATIVNÍ PÉČE?



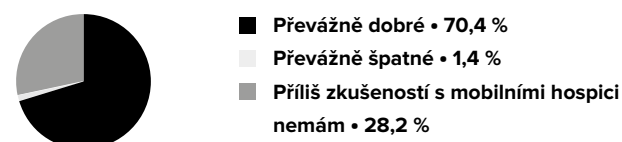
Nejvíce lékařů, 40 % z dotázaných, považuje své znalosti v oblasti paliativní péče za dobré, třetina pak za spíše obecné. Pětina respondentů hodnotí své znalosti naopak za velmi dobré.

6. JAKÉ JSOU VAŠE ZKUŠENOSTI S LŮŽKOVÝMI HOSPICI?



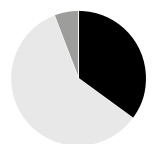
Dvě třetiny respondentů má převážně dobré zkušenosti s lůžkovými hospici, necelá jedna třetina naopak žádné zkušenosti nemá nebo zcela minimální.

7. JAKÉ MÁTE ZKUŠENOSTI S DOMÁCÍMI/MOBILNÍMI HOSPICI?



Respondenti hodnotili své zkušenosti s mobilními hospici velmi podobně jako u předchozí otázky zkoumající jejich zkušenosti s lůžkovými hospici, tedy většina lékařů má dobré zkušenosti.

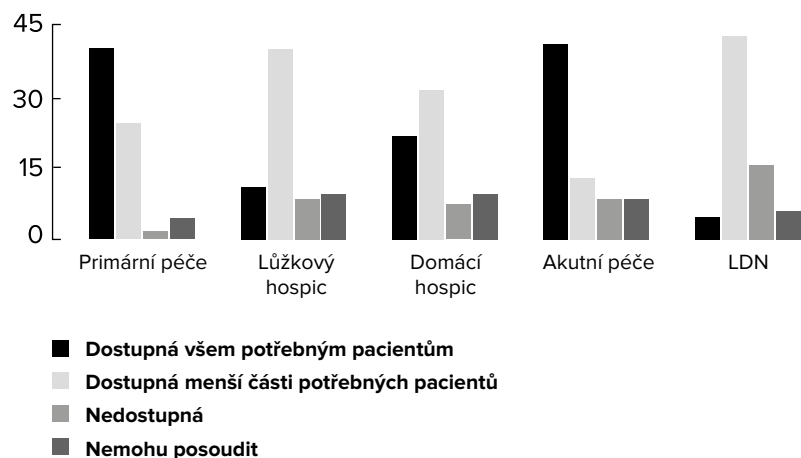
8. NAKOLIK POVAŽUJETE ROLI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE ZA KLÍČOVOU V PÉČI O PACIENTY V ZÁVĚRU ŽIVOTA? ROLE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE JE:



- Klíčová • 35,2 %
- Stejně důležitá jako role ostatních poskytovatelů zdravotní péče • 59,2 %
- Spíše okrajová • 5,6 %

Více než polovina respondentů vnímá roli praktického lékaře v závěru pacientova života jako stejně důležitou jako roli ostatních poskytovatelů zdravotní péče, třetina praktických lékařů ji pak považuje za klíčovou.

9. NA KOLIK SE DOMNÍVÁTE, ŽE JE PRO VAŠE PACIENTY V SOUČASNÉ DOBĚ DOSTUPNÁ PALIATIVNÍ PÉČE V TĚCHTO PROSTŘEDÍCH?



Pro většinu pacientů je paliativní péče dostupná v rámci primární a akutní péče. Naopak paliativní péče v hospicích (mobilních i lůžkových) je podle respondentů dostupná menší části pacientů.

10. DOMNÍVÁTE SE, ŽE JSOU PACIENTI DOSTATEČNĚ INFORMOVÁNÍ O VÝZNAMU PALIATIVNÍ PÉČE? POKUD NE, PROSÍM UVEĎTE, PROČ MYSLÍTE, ŽE TOMU TAK JE.

Podle 60 % respondentů jsou pacienti spíše nedostatečně informováni o významu paliativní péče.

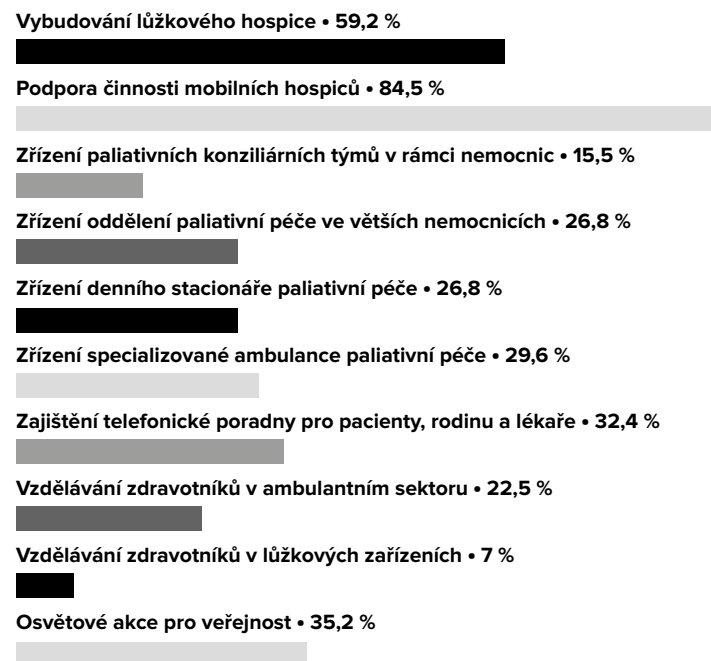
11. DOKÁŽETE ODHADNOUT, U KOLIKA PACIENTŮ JSTE ZA POSLEDNÍ ROK INICIOVAL/A PŘIJETÍ DO HOSPICOVÉ PÉČE?

Pouze jedna pětina respondentů iniciovala přijetí do hospicové péče pro více než 5 pacientů za poslední rok.

12. JAK BYSTE HODNOTIL/A DOSTUPNOST SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO PACIENTY V TERMINÁLNÍM STADIU?

Zhruba polovina dotázaných se domnívá, že dostupnost sociálních služeb pro pacienty v terminálním stadiu je dostatečná, druhá polovina je opačného názoru.

13. CO BY PODLE VÁS V TUTO CHVÍLI NEJVÍCE POMOHLA ZLEPŠIT DOSTUPNOST PALIATIVNÍ PÉČE PRO OBČANY PRAHY? VYBERTE PROSÍM 3 MOŽNOSTI, KTERÉ BYSTE OSOBNĚ POVAŽOVAL ZA NEJDŮLEŽITĚJŠÍ.



Téměř všichni lékaři se shodli, že podpora mobilních hospiců by měla největší dopad na dostupnost paliativní péče pro občany Prahy.

14. V ČEM VIDÍTE NEJVĚTŠÍ PŘEKÁŽKY V DOSTUPNOSTI PALIATIVNÍ PÉČE V PRAZE?

Většina lékařů se shodla, že největší překážkou v dostupnosti paliativní péče pro jejich pacienty je nedostatečná kapacita zdravotnických zařízení poskytující specializovanou paliativní péči. Dále respondenti také poukazovali na špatnou informovanost pacientů a jejich rodinných příslušníků.

15. POVAŽOVAL/A BYSTE ZA VHODNÉ, ABY ZAJIŠTĚNÍ PALIATIVNÍ PÉČE PRO OBČANY PRAHY BYLO ŘEŠENO PRIMÁRNĚ NA ÚROVNI:



Mezi dotázanými lékaři nebyl jednoznačný názor na to, který veřejný orgán by měl primárně řešit koncepci paliativní péče na území Prahy.

16. CO BY VÁM OSOBNĚ V SOUČASNOSTI POMOHLA K TOMU, ABYSTE SE MOHL/A VÍCE VĚNOVAT PÉČI O PACIENTY V TERMINÁLNÍM STADIU?

Samotní lékaři by převážně přivítali širší nabídku hospicové péče, nicméně mnoho z nich by také uvítalo možnosti dalšího vzdělávání či vyšší úhradu za domácí návštěvu.

Obsah této zprávy reflektuje informace dostupné zpracovateli studie v období červenec - listopad 2016 a její závěry mají pouze doporučující charakter. Zpracovatel analýzy nenese odpovědnost za konkrétní podobu realizace navržených postupů.

