



Metodická doporučení pro spolupráci poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče a pobytových sociálních služeb pro seniory

Karolína Pechová



nadační fond avast

Dokument vznikl za podpory Nadačního fondu Avast v rámci programu Avast Foundation Palliative Care Scholarship.



Metodická doporučení vznikla ve spolupráci se Sekcí geriatrické paliativní péče České společnosti paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP).

**Metodická doporučení pro spolupráci
poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče
a pobytových sociálních služeb pro seniory**

Karolína Pechová



Obsah

O materiálu	7
I. Kontext poskytování paliativní péče v domovech a spolupráce s mobilní specializovanou paliativní péčí	8
Proč se spoluprací zabývat?	8
Specifika klientů domovů pro seniory v kontextu paliativní péče	8
Pobytové sociální služby pro seniory v České republice	8
Mobilní specializovaná paliativní péče	10
Poskytování paliativní péče v domovech	11
Poskytování zdravotních služeb v pobytovém zařízení sociálních služeb	14
II. Doporučení pro úspěšnou spolupráci	17
O struktuře následující části	17
Před zahájením spolupráce	18
Zvážit kapacity pro navázání spolupráce	18
Představit se a poznat se	18
Vyjasnit si očekávání a možnosti	19
Finance	20
Smluvní zajištění	22
Poskytování péče	23
Kontakt poskytovatele MSPP	23
Zahájení péče	25
Poskytování péče	26
Ukončení péče	27
Dokumentace	27
Další témata	28
Zapojení praktického lékaře	28
Úloha rodiny	28
Shrnutí – doporučení pro spolupráci poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče a domovů	30
Přílohy	33
Příloha č. 1 – ukázka dohody o spolupráci mezi pobytovou sociální službou pro seniory a mobilní specializovanou paliativní péčí	33
Příloha č. 2 – ukázka smlouvy o poskytování mobilní (domácí) hospicové péče – uzavírané s klientem	35
Příloha č. 3 – ukázka prohlášení o spolupráci mezi pobytovou sociální službou pro seniory a mobilní specializovanou paliativní péčí	38
Příloha č. 4 – leták	40
Zdroje	42
Poděkování	42



O materiálu

Metodická doporučení vznikla ve spolupráci se Sekcí geriatrické paliativní péče České společnosti paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP). Fórum mobilních hospiců podpořilo myšlenku vzniku metodiky. Materiál připomínkovala pracovní skupina České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP pro mobilní specializovanou paliativní péči.

Metodika vznikla na základě rozhovorů, konzultací a workshopů s poskytovateli mobilní specializované paliativní péče i pobytových sociálních služeb pro seniory, kteří jsou v různých fázích vývoje spolupráce v různých krajích České republiky. Též na základě účasti v pracovní skupině pro pobytové sociální služby v projektu Paliatr Vysočina. V průběhu fáze sběru informací se podařilo zachytit široké spektrum spoluprací různých organizací, z nichž některé o spolupráci uvažují, další ji zahajují, některé dlouhodobě spolupracují. Někde se spolupráce nedaří navázat.

Napříč Českou republikou se potom setkáváme s různými variacemi v aspektech spolupráce. Snahou předkládaného textu je, i přes tyto rozdíly, dát obecná doporučení ke spolupráci služeb mobilní specializované paliativní péče (dále jen MSPP) a pobytových sociálních služeb pro seniory.

Na základě rozhovorů s poskytovateli též vyvstaly otázky legislativní povahy, svou analýzu pro jejich zodpovězení zpracovala JUDr. Barbora Vráblová, MA. Je k nalezení v části I.

Předkládaný materiál je rozdělen do 2 základních částí:

Kontextová část

– důležitá pro pochopení reality poskytování paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory a spolupráci s mobilní specializovanou paliativní péčí

Doporučení pro spolupráci – vycházející ze zkušeností poskytovatelů v České republice

Materiál je určen všem vedoucím pracovníkům v pobytových sociálních službách i mobilní specializované paliativní péči, kteří chtějí spolupracovat na tom, aby obyvatelé pobytové sociální služby mohli prožít dobře, s kvalitní péčí, a důstojně svůj závěr života v domově, pokud je to jejich přání.

I. Kontext poskytování paliativní péče v domovech a spolupráce s mobilní specializovanou paliativní péčí

Proč se spoluprací zabývat?

V České republice v roce 2017 zemřelo 111 443 obyvatel, 15 839 z tohoto počtu byli obyvatelé pobytových sociálních služeb pro seniory, tj. 14,2 % z celkového počtu zemřelých. Na základě dostupných statistik (ČSÚ, 2017; ÚZIS, 2017) můžeme dovodit, že cca 53 % obyvatel zemřelo v pobytové službě, dalších cca 47 % ve zdravotnických zařízeních, případně při převozu do nich.

Ve zprávě ze šetření agentury STEM/MARK pro Cestu domů (2013) se dočteme, že 78 % obyvatel České republiky by si přálo zemřít v domácím prostředí. Pro mnohé z obyvatel pobytových sociálních služeb pro seniory jsou domovy místem, které pocítují jako domov. V kontextu uvedeného šetření a statistik můžeme předpokládat, že méně obyvatel, než by si přálo, zemře v domovech.

Čísla sama o sobě nehovoří o kvalitě prožitého závěru života. Nedokážeme posoudit, zda i tam, kde obyvatelé v domově zemřeli, můžeme hovořit o poskytování kvalitní paliativní péče. Spolupráce s mobilní specializovanou paliativní péčí kvalitu závěru života může zvýšit. Pro pochopení výroku i významu spolupráce s mobilní specializovanou paliativní péčí je dobré se podívat alespoň na některé reálie pobytových sociálních služeb pro seniory v České republice.

Specifika klientů domovů pro seniory v kontextu paliativní péče

V domovech se setkáváme s klienty polymorbidními, často též geriatricky křehkými. Z hlediska trajektorií umírání se nejčastěji setkáváme s dominujícím postupně se rozvíjejícím syndromem geriatrické křehkosti (cca 70 %), terminální geriatrické deteriorace a s postupným orgánovým selháním se skokovými propady/zhoršením stavu (cca 20 %)¹. Trajektorie onemocnění generují specifické nároky, má-li být uplatňován model časné integrace paliativní péče. V případě klientů/pacientů domovů se vzhledem k nestabilitě jejich zdravotního stavu setkáváme s potřebou zajištění kvalitní základní obslužné péče, ošetrovatelské péče a primární péče poskytované v souladu s principy paliativního přístupu. Dle vývoje stavu klienta a komplexnosti jeho potřeb se „aditivně“ (tj. přídatně) využívá obecné či specializované paliativní péče. S tím, že i v případě využívání specializované paliativní péči může dojít ke stabilizaci stavu, tím i postačujícího zajištění v rámci obecné paliativní péče či dokonce k nepotřebnosti využívání např. medikace v léčbě symptomů podávané dle potřeby vůbec^{2,3}. Více k obecné a specializované paliativní péči viz dále.

Pobytové sociální služby pro seniory v České republice

Dle Registru poskytovatelů sociálních služeb je k dnešnímu dni⁴ v České republice 896 domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem. Systémově se pobytové sociální služby pro seniory pohybují na rozhraní systémů zdravotního a sociálního. V domovech žije značná část klientů s vysokou mírou potřebné podpory⁵, kteří současně potřebují stálou dostupnost ošetrovatelské péče. Podíl těchto klientů roste. Domovy zpravidla nemají registrovány zdravotní služby⁶, na poskytování zdravotních služeb, konkrétně odb. 913, uzavírají s pojišťovnami zvláštní smlouvy o poskytování a úhradě péče. Dohled nad kvalitou takto poskytované péče fakticky není.

Úroveň personálního zajištění pracovníky v sociálních službách (pečovateli), všeobecnými sestrami (odbornost 913), sociálními pracovníky, dalšími zdravotnickými i nezádravotnickými profesemi je napříč ČR velmi různorodá⁷.

1 Poslední trajektorií jsou onkologická onemocnění s rychlým propadem v terminální fázi života. Statistika vychází z interních záznamů Domova Sue Ryder, z. ú. Je třeba její další verifikace.

2 Zjednodušeně lze říci, že klient, který byl takřkajíc na umření, se zlepšil zdravotně natolik, že je stejně aktivní, jako byl před obdobím propadu, někdy je na tom dokonce i lépe.

3 Medikace v léčbě symptomů podávaná dle potřeby – používán je též termín SOS medikace.

4 8. 2. 2020

5 Mají 3. a 4. stupeň příspěvku na péči.

6 Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 15-27

7 ÚZIS, 2019, nepublikovaná statistika.

Jsou domovy, kde jeden pečovatel na denní směně pečuje o 10 i více obyvatel s různou mírou závislosti na péči, jedna všeobecná sestra se stará o 50 i více obyvatel. Najdeme domovy, kde není zajištěna dostupnost všeobecné sestry 24/7, a to ani na telefonu. Z hlediska zajištění zdravotní péče, včetně péče paliativní, je tato skutečnost minimálně problematická.

Dalším zcela zásadním aktérem, který má významný vliv na zajištění dostupnosti kvalitní paliativní péče, jsou praktičtí lékaři. Proto je třeba nastavení spolupráce s nimi věnovat zvláštní pozornost – ať už se jedná o spolupráci lékaře a pobytové sociální služby pro seniory, nebo lékaře a MSPP a všech aktérů za účelem zajištění paliativní péče pro obyvatele.

Z rozhovorů s pracovníky pobytových služeb vyplynuly některé nesnáze, se kterými se některé domovy s ohledem na praktické lékaře setkávají, mimo jiné:

- Obyvatelé mají různé praktické lékaře⁸, všeobecné sestry tak komunikují s více lékaři najednou, z nichž každý má jiný přístup k lékařské a paliativní péči o své pacienty.
- Praktičtí lékaři ne vždy mohou nebo chtějí realizovat návštěvní služby v domovech.
- Frekvence návštěv praktických lékařů v domovech je z pohledu všeobecných sester nedostačující potřebám pacientů praktických lékařů. S tím úzce souvisí vyšší nároky na kompetence i zodpovědnost všeobecných sester.
- Málo atraktivní (administrativně mimořádně náročnou) indikaci ošetrovatelské péče v rámci odb. 913 reálně navrhuje sestra, lékař pouze formálně schvaluje a stvrzuje.
- Někteří praktičtí lékaři se distancují od tématu umírání a smrti, tedy i od tématu paliativní péče.
- Někteří praktičtí lékaři mají, z různých důvodů⁹, odstup od spolupráce se službami mobilní specializované paliativní péče.

Otázkou, která dále vstupuje do poskytování paliativní péče, jsou schopnosti, dovednosti i znalosti pracovníků **všech profesí**¹⁰, které v domovech pracují, i těch, kteří s domovy spolupracují¹¹. Do kompetencí zahrnujeme:

- zkušenosti péče o obyvatele v závěru života dle povahy profese, vč. dovednosti vyhodnotit příznaky,
- znalosti z oboru geriatrické paliativní péče, v případě lékařů a dalších odborností získávané též v pregraduálním a postgraduálním vzdělávání,
- komunikační dovednosti, které jsou nezbytnou součástí poskytované péče,
- přístup pracovníků k tématu a jejich připravenost o smrti a umírání s obyvatelem i jejich blízkými hovořit,
- odvahu jednat a nést riziko rozhodování v náročných situacích (komplexních situacích),
- umění pracovat v multidisciplinárních týmech,
- zorganizovat si práci,
- mít realistický náhled na vlastní kompetence,
- umět si říci o pomoc,
- chtít pracovat ve prospěch cílů péče pro závěr života stanovených s obyvatelem, jeho blízkými, lékařem a dalšími aktéry péče.

Z pohledu výkonů všeobecných sester se dále setkáváme s rozdílnými možnostmi v různých domovech. V některých domovech např. nepodávají infuze ani jiná léčiva do podkoží. Případně domov nemá dostatečné vybavení technikou (např. odsávačky, kyslík aj.). Protože v domovech personál pracuje ve směnném provozu, záleží též na tom, jak je aktuální směna schopna zajistit péči o obyvatele. Směnnost též hraje důležitou roli při přemýšlení o organizačním nastavení postupů s ohledem na spolupráci (viz doporučení).

Co se týká připravenosti k poskytování paliativní péče, nezbytnou podmínkou je i zapojení managementu organizace (více viz doporučení) a úroveň kultury paliativního přístupu v domově.

8 Rekordmanem v rozhovorech byl domov, kdy jeho všeobecné sestry komunikovaly s více jak dvacítkou praktických lékařů.

9 Ze zmiňovaných důvodů to byly špatné zkušenosti s MSPP z péče o pacienty, nedostatečné zavzetí PL do péče MSPP, zásah MSPP tam, kde by to PL dle svého názoru profesně zvládl a další. Nutno dodat, že v případě odb. 926 mechanismus úhrady MSPP de facto vylučuje PL z hrazené péče. Tedy je možné zapojení PL pouze na dobrovolné bázi.

10 To se týká nejen sociálních pracovníků, pracovníků v sociálních službách, všeobecných sester, ale i fyzioterapeutů, ergoterapeutů, nutričních terapeutů (tedy zdravotnických pracovníků), psychologů, kaplanů a dalších odborností, se kterými se v domovech setkáváme.

11 Zásadní jsou v tomto ohledu kompetence praktických lékařů.

Mobilní specializovaná paliativní péče

Parametry mobilní specializované paliativní péče (dále jen „MSPP“) jsou popsány ve věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky (dále jen „MZ“) č. 13/2017. Základní znaky:

- péče je poskytována multidisciplinárním týmem odborníků,
- stále dostupná (24/7/365),
- odborným garantem je lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína,
- péči týmy poskytují ve vlastním sociálním prostředí pacienta – tj. doma i v náhradním sociálním prostředí, (vč. domovů pro seniory, se zvláštním režimem a dalších prostředích (vč. ulice)).

Zmíněná metodika dále popisuje kritéria pro přijetí pacienta do MSPP – těmi jsou (věstník MZ č. 13/2017, s. 25):

- „přání zemřít ve vlastním sociálním prostředí
- symptomová zátěž
- klinická nestabilita a rychle se měnící nároky na objem péče neumožňující praktickému lékaři... převzít odpovědnost za zajištění trvale dostupné péče ve vlastním sociálním prostředí až do úmrtí pacienta.“ Pacient potřebuje nepřetržitou dostupnost návštěvní služby lékaře.

K indikaci pacienta pro MSPP jsou v metodice doporučené nástroje.

Pro úplnost věstník definuje požadavky na poskytovatele MSPP vč. personálního zabezpečení, průběhu výběrového řízení a úhrady MSPP z veřejného zdravotního pojištění.

Na základě rozhovorů s poskytovateli MSPP můžeme říci, že ne všechny splňují požadavky dané metodikou MZ pro odbornost 926¹².

V některých případech pojišťovny nechtějí odb. 926 nasmlouvat. Tehdy poskytovatel MSPP financuje poskytování služeb z jiných zdrojů. U služeb MSPP je obvyklá určitá spoluúčast pacienta, výše se liší poskytovatel od poskytovatele.

V některých oblastech ČR fakticky MSPP supluje činnosti praktických lékařů (předepisování opiátů, lékařská návštěvní služba pro zhodnocení stavu aj.). Někteří poskytovatelé jsou ochotni spolupracovat s domovem i tehdy, pokud domov nemá zajištěnou péči sester 24/7, další nikoliv. S ohledem na spolupráci s domovy se setkáváme s různými kapacitními možnostmi MSPP pečovat o pacienty v domovech, též s rozdílnými kapacitami cíleně spolupráci s domovy rozvíjet.

Co se týká spolupráce MSPP a domovů, setkáváme se při péči o pacienta s využitím dvou forem, a to

- konziliární návštěvy paliatra, resp. ambulance paliativní medicíny s návštěvní službou¹³,
- a péče MSPP (tzv. model sdílené péče).

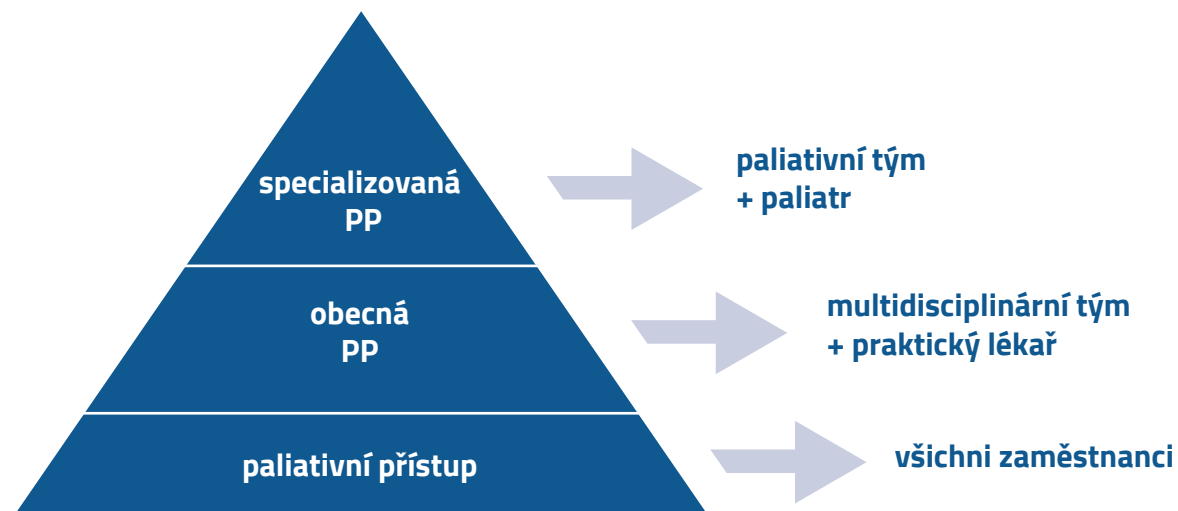
Z výše uvedeného je patrné, že na straně poskytovatelů pobytových služeb i služeb mobilní specializované paliativní péče existuje celá řada vstupů, které je třeba v domluvě ošetřit.

12 Setkáváme se s různými variantami poskytování hospicové péče, které nesplňují požadavky pro úspěšné výběrové řízení na 926; např. mají oprávnění k poskytování v odbornostech 925 a 720 s nasmlouvanou návštěvní službou, které garantují 24/7/365, avšak nesplňují potřebné personální požadavky pro 926 (ať už úvazky sester či lékařů).

13 Pro to musí mít poskytovatel oprávnění k poskytování. Pro úhradu ze zdravotního pojištění musí mít poskytovatel nasmlouvanou péči 720 vč. návštěvních kódů. V případě, že pojišťovny nechtějí odb. 720, příp. návštěvní službu nasmlouvat, záleží na konkrétním poskytovateli, jak vysoká bude spoluúčast pacienta (někde hradí pacient část, někde nehradí nic).

Poskytování paliativní péče v domovech

Aby bylo možné představit si spolupráci s MSPP, je třeba porozumět kontextu poskytování paliativní péče v domovech. K tomu poslouží následující obrázek¹⁴.



Poskytování paliativní péče stojí na paliativním přístupu – od začátku diagnózy nevyléčitelného onemocnění¹⁵ se zvažují veškeré intervence v kontextu kvality života seniora. Kde léčba onemocnění přispívá kvalitě života, tam se léčí (příp. zprostředkovává léčba). Kde léčba onemocnění kvalitu života nepřispívá, zaměřuje se péče na úlevu od zatěžujících projevů (symptomů) onemocnění (např. medikací, přístupem). Paliativní přístup stojí na kvalitní péči zdravotní (vč. lékařské) i sociální, na spolupráci všech profesí, které se v domově na péči o obyvatele podílejí. Přizpůsobuje se celkovému stavu člověka. Je součástí běžné péče. Vyžaduje kultivaci otevřenosti k hovorům o tématu, též základní znalosti i dovednosti se vztahem k závěru života, a to jak u zdravotnických, tak u nezdravotnických profesí, tak u managementu organizace. Zjednodušeně se dá říci, že každý v organizaci by měl mít o tématu základní povědomí a kompetence, kterými podpoří poskytování paliativní péče v domově¹⁶. Aby se paliativní péče mohla rozvíjet a udržet, musí se paliativní přístup stát součástí kultury organizace.

Obecná paliativní péče je dobrá klinická praxe poskytovaná osobám s pokročilým onemocněním, měli by ji umět poskytnout všichni lékaři a zdravotničtí pracovníci v rámci svých kompetencí, šířeji se do poskytování zapojují i ostatní členové multidisciplinárního týmu domova. Spolupráce praktického lékaře a obyvatele je zcela nezbytná. Zjednodušeně se dá říci, že bez lékaře není paliativní péče. Pokud tedy má obyvatel lékaře, který nespolupracuje, nezbyvá, než hledat jiné cesty zajištění lékařské péče¹⁷.

¹⁴ Znázornění pojímá na úrovni specializované paliativní péče širší spektrum služeb než pouze spolupráci s mobilní specializovanou paliativní péčí. Domovy též mohou spolupracovat s paliativními týmy v nemocnicích či s hospici. Proto využíváme obecného pojmu paliativní tým + paliatr.

¹⁵ Klienti mají zpravidla 2 a více nevyléčitelných onemocnění v různé fázi vývoje – např. cukrovka, demence, orgánová selhávání, rozvíjející se syndrom geriatrické křehkosti a mnohá další.

¹⁶ Např. kuchaři budou rozumět nestandardním požadavkům, které mohou do kuchyně přijít. Ekonom bude rozumět, že je potřeba v rozpočtu plánovat i vzdělávání v této oblasti. Pracovníci přímé péče mají kompetence potřebné pro bezpečné a kvalitní poskytování paliativní péče, rozumí tomu, proč se věci dělají určitým způsobem.

¹⁷ V ČR se aktuálně rozvíjejí služby společností, které lékaře domovům zprostředkovávají. Lékařem může být i paliatr či ošetřující lékař v nemocnici – v případě plánu péče v závěru života.

Klíčová je rovněž úloha všeobecných sester i pracovníků v sociálních službách. Všeobecné sestry musí umět vyhodnotit symptomy na náležité úrovni, poskytnout odpovídající péči, a být schopny rozhodovat v rámci svých kompetencí bez trvalé přítomnosti i dostupnosti lékaře. Pracovníci v sociálních službách tráví s klienty nejvíce času, zajišťují jim vše potřebné, znají je nejlépe a jsou schopni sledovat drobné změny v celkovém stavu člověka. Pro zajištění obecné paliativní péče jsou důležité i další odbornosti¹⁸. Z hlediska náročnosti symptomů a stability zdravotního stavu by v cca 80 % případů měla pro zajištění kvality života až do jeho konce postačovat spolupráce praktického lékaře a multidisciplinárního týmu domova¹⁹.

Poskytování paliativní péče v domovech stojí na systematickém pěstování a rozvíjení kultury paliativního přístupu i obecné paliativní péče v domově. Domov musí cíleně pracovat s kvalitou ošetrovatelské péče, citlivostí k tématům týkající se závěru života, s kultivací postojů týkající se přístupu zaměřeného na člověka, úžeji i s tématy týkající se umírání a smrti, které jsou nedílnou součástí poskytování péče v domovech. Zařízení musí dále systematicky pracovat se vzděláváním pracovníků v základních odborných dovednostech s vazbou na poskytování paliativní péče, dát prostor růstu těm pracovníkům, kteří se chtějí specializovat v této oblasti dále. Pro poskytování paliativní péče konečně domov potřebuje mít nastavené postupy odborné i organizační pro poskytování paliativní péče, stanovenou vizi paliativní péče, kterou následuje, v neposlední řadě pracovat s dovedností pracovníků reflektovat na průběh péče a pracovat i s jejich dovednostmi přizpůsobovat se změnám v péči. Jsou-li kultura paliativního přístupu a odborné poskytování paliativní péče v organizaci pěstovány, může i spolupráce s poskytovateli specializované paliativní péče nést své ovoce²⁰.

Své místo v zajištění přání obyvatel dožít v domově má i specializovaná paliativní péče, a to zejména tam, kde nepostačuje pro zajištění potřeb obecná paliativní péče²¹. Poskytovatelé specializované paliativní péče jsou specialisty na otázky péče v závěru života. Kromě výše zmiňované MSPP mohou domovy, resp. jejich obyvatelé, využít i služeb dalších poskytovatelů specializované paliativní péče: hospiců, ambulance paliativní medicíny (vč. návštěvní služby), paliativních oddělení či nemocničních paliativních týmů v nemocnicích. Bohužel síť těchto služeb není v ČR dostatečně rozvinutá a rovnoměrně rozvrstvená. Tak jsou i obyvatelé domovů a domovy, kteří ve svém regionu potřebné služby postrádají, příp. narážejí na jejich nedostatečné kapacity.

Díváme-li se na zajištění dostupnosti paliativní péče i pro obyvatele pobytových sociálních služeb pro seniory²² ze systémového hlediska, své místo v systému mají jak různé formy poskytované paliativní péče (tj. ambulantní, terénní, pobytové – horizontální pohled), tak různá úroveň specializace (poskytování obecné, specializované paliativní péče – úroveň vertikální), a to jak s ohledem na přání obyvatele²³, tak na kapacity poskytovatelů. Vše stojí na paliativním přístupu. Důležitým hlediskem je prostupnost mezi službami. Pokud některá služba (forma, typ) není regionálně dostupná, můžeme v praxi pozorovat překračování toho, co by služba měla dělat²⁴, i nemožnost zajistit péči v závěru života v dobré kvalitě dle preferencí umírajících²⁵.

Hranice mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí nejsou ostré. Do určité míry jsou dány i kompetencemi těch, kteří péči poskytují. Týmy i praktický lékař, kteří v domovech začínají s poskytováním paliativní péče, budou mít tendence v případě, že chtějí spolupracovat, obracet se na zástupce specializované paliativní péče spíše více než méně. Teprve s narůstajícími zkušenostmi lze očekávat adekvátnější obracení se na MSPP. Setkáváme se i s druhým extrémem, kdy všeobecné sestry v zařízení, příp. i lékař odmítají nabídky pomoci s tím, že vše zvládají nastavit sami, třebaže chybí jasně formulovaný plán péče a symptomy onemocnění nejsou optimálně kompenzované.

18 Více viz např. Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory, ke stažení zde: https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/PPPP_A4_web.pdf.

19 Předpokladem je, aby u pacienta byl vypracován plán péče vč. plánu pro nenadálé situace, kdy nemůže být praktický lékař dostupný (obsahuje též rozpis SOS medikací, popis situací, kdy volat ZZS apod.). V některých případech jsou praktičtí lékaři ochotní ke konzultaci i mimo své ordinární hodiny, záleží však na domluvě o péči o konkrétního pacienta a kapacitních možnostech lékaře.

20 Více k tématu kultury paliativního přístupu např. Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory.

21 Jedná se přibližně o 20 % případů. Z přednášky prof. Claudie Bausewein pronesené dne 25. 5. 2017 v Praze.

22 I pro všechny, kdo potřebují paliativní péči.

23 Ne každý chce zemřít v domově. Někteří obyvatelé si přejí zemřít v nemocnici nebo hospici.

24 Příkladem může být MSPP, resp. paliatr, který vykonává to, co by měl dělat praktický lékař.

25 Např. umírání v místě, které si člověk nevybral nebo s nedostatečně kompenzovanými symptomy onemocnění.

Z pohledu poskytování paliativní péče v domovech je třeba zvažovat moment, kdy se obracet na poskytovatele MSPP, příp. kdy revidovat cíle péče v závěru života s obyvatelem, jeho blízkými. První situace nastává v momentě tzv. terminální fáze onemocnění, kdy se předpokládaná délka života pohybuje do 6 měsíců²⁶. Tehdy je vhodné zvážit konzilium paliatra pro zhodnocení stavu, nastavení odpovídajícího plánu péče. Další moment nastává v případě, kdy jsou splněny podmínky pro přijetí pacienta do MSPP uvedené výše. Častěji se jedná o dobu tzv. terminálního stavu nemoci se zapojením MSPP v posledních dnech či týdnech nemoci. Doba mezi prvním konziliem a faktickým zapojením MSPP např. do sdílené péče bývá zpravidla rozdílná. Ne však výlučně. V některých případech vyžaduje stav pacienta sdílenou péči; pak může dojít ke stabilizaci zdravotního stavu a klient dožívá za podpory praktického lékaře a týmu domova. V jiných případech dochází k potřebě využití MSPP v terminálním stavu nemoci, tehdy též probíhá první kontakt klienta a MSPP²⁷.

V případě křehkých geriatrických obyvatel je určení předpokládané délky dožití obtížné, indikována na základě projevů může být i dříve. Ošetřující lékař by měl být tím, kdo rozhodne, zda oslovit ke spolupráci služby MSPP, příp. v jaké formě (ambulantní s návštěvní službou; sdílená péče). V praxi domovů se tak často děje na základě informací od všeobecných sester, které předávají lékaři podklady ke zhodnocení stavu²⁸. V praxi se setkáváme i s tím, že iniciátorem kontaktu je sestra domova ve vedoucím postavení, příp. další nadřízený pracovník. V některých případech též iniciativu přebírá rodina (více viz část II).

Důležitým aspektem, který bude třeba vždy v případě domovů zvažovat, jsou kapacity postarat se o umírající (terminální stav nemoci) obyvatele v kontextu zajištění péče o všechny ostatní obyvatele. Vzhledem k personálnímu obsazení (složení personálu, kompetence, počet aj.) jsou možnosti postarat se ve smyslu kvalitního zajištění péče omezené. V některých případech, i pokud je vůle na všech stranách naplnit přání obyvatele zemřít v domově, je třeba hledat náhradní řešení v hospici, nemocnici, či následné péči. I proto je důležitý rozvoj paliativní péče ve všech segmentech.

Konečně nepominutelným aspektem poskytování paliativní péče je i právní stránka jejího poskytování v domovech. Jak je uvedeno v úvodu, pobytové sociální služby pro seniory v České republice se pohybují na sociálně-zdravotním pomezí. Vzhledem k narůstající náročnosti ošetrovatelské péče se otevírá otázka „identity“ zařízení. Tedy, zda jsou domovy zdravotnickými či sociálními zařízeními. Zda jsou obyvatelé domovů doma nebo v instituci, kde mají, vzhledem k náročnosti péče, platit pravidla obdobná zdravotnickým zařízením²⁹. Na základě rozhovorů s poskytovateli jsme pro účely tohoto metodického materiálu požádali JUDr. Barboru Vráblovou, MA o zpracování právní analýzy k otázkám poskytování zdravotních služeb v pobytovém zařízení sociálních služeb v kontextu poskytované paliativní péče. Otázky jsou voleny na základě nejčastěji zmiňovaných otazníků a nejistot poskytovatelů.

26 V domovech je to též doba, kdy je vhodné tzv. indikovat paliativní péči.

27 Do přijetí do péče ze strany MSPP se promítá i skutečnost, že tato péče je v ČR hrazena po dobu 30, resp. 60 dnů. Předpokládaná délka dožití je tak jedním z indikačních kritérií.

28 U geriatricky křehkých seniorů je těžko odhadnutelná (viz navazující odstavec).

29 Lékař pak musí mít důvěru, že dostává relevantní informace ke zhodnocení.

29 Právně jsou však nevymahatelná.

Poskytování zdravotních služeb v pobytovém zařízení sociálních služeb

JUDr. Barbora Vráblová, MA

Účel analýzy

Účelem této analýzy je zodpovědět následující otázky související s poskytováním zdravotních služeb (ošetřovatelské péče nebo paliativní péče) v pobytovém zařízení sociálních služeb:

- 1) Jak se dívat na pobytové zařízení sociálních služeb? Jako na domácí prostředí nebo jako na zdravotnické zařízení?
- 2) V případě, kdy není dostupná péče zdravotních sester v pobytovém zařízení sociálních služeb, je možné, aby pečovatelé zajišťovali ošetřovatelskou péči, včetně např. podání medikace?
- 3) Je možné, aby ošetřovatelskou péči, včetně např. podání medikace v pobytovém zařízení sociálních služeb namísto zdravotnických pracovníků zajišťovala rodina pacienta?

Relevantní právní předpisy

zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění

zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění

zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění

zákon č. 167/1997 Sb., o návykových látkách, v platném znění

vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění

Analýza

Ad 1)

Zákon o zdravotních službách řadí zařízení sociálních služeb mezi tzv. vlastní sociální prostředí pacienta. V tomto ohledu je tedy zařízení sociálních služeb podobné domácímu prostředí pacienta, které je zákonem rovněž označeno jako vlastní sociální prostředí.

Poskytovatel sociálních služeb se od poskytovatele zdravotních služeb obecně liší v mnoha ohledech. Mimo jiné například v tom, že k poskytování zdravotních služeb v zařízení sociálních služeb není třeba oprávnění k poskytování zdravotních služeb, které je v jiných případech nutným předpokladem.

Zároveň, poskytovatel sociálních služeb je z povinností stanovených poskytovatelům zdravotních služeb povinen dodržovat pouze povinnosti vyjmenované v § 11 odst. 8 zákona o zdravotních službách, tj. povinnost

- poskytovat zdravotní služby na náležitě odborné úrovni, vytvořit podmínky a opatření k zajištění uplatňování práv a povinností pacientů a dalších oprávněných osob, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků při poskytování zdravotních služeb,
- uzavřít pojistnou smlouvu o pojištění své odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb,
- zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb,
- je povinen vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci a nakládat s ní podle tohoto zákona a jiných právních předpisů.

V tomto smyslu je tedy režim poskytování zdravotních služeb v zařízení sociálních služeb odlišný.

Na druhou stranu, v souvislosti s nakládáním s návykovými látkami rozsah povinností poskytovatele sociálních služeb, v jehož zařízení se poskytují zdravotní služby, koresponduje s povinnostmi poskytovatele zdravotních služeb, zejm. pokud se jedná o povinnosti týkající se zacházení, skladování, evidence a dokumentace stanovené zejm. v § 5, § 10 a § 32 zákona o návykových látkách.

Ad 2) a 3)

Ust. § 11 odst. 3 zákona o zdravotních službách výslovně stanoví, že zdravotní služby lze poskytovat pouze prostřednictvím osob způsobilých k výkonu zdravotnického povolání. Poskytování zdravotních služeb prostřednictvím jiných osob je přestupkem, za který může být poskytovateli uložena pokuta.

Obdobně, § 36 zákona o sociálních službách říká, že ošetrovatelská a rehabilitační péče má být klientům pobytového zařízení sociálních služeb poskytována prostřednictvím zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost [k výkonu zdravotnického povolání podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních](#).

V tomto smyslu vyznívá také stanovisko Ministerstva zdravotnictví, které uvádí, že podávání medikace je zdravotním výkonem, který je z povahy věci odbornou činností, která musí být prováděna výhradně kvalifikovanými pracovníky s odbornou způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání, a to v souladu s vyhláškou [o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků](#).

Dle § 4 odst. 3 vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků může všeobecná sestra podávat léčivé přípravky bez odborného dohledu, ale vždy na základě indikace lékaře. Totéž platí pro praktickou sestru (§ 4a odst. 2 vyhlášky) a dětskou sestru (§ 4b odst. 3 vyhlášky).

Ačkoliv tedy lze předpokládat, že by podání medikace zvládli provést také např. pečovatelé/pečovatelky nebo rodinní příslušníci, zákon vyžaduje, aby podávání léčiv, je-li součástí individuálního léčebného postupu, zajišťoval vždy zdravotnický pracovník. S podáním medikace jsou totiž spojeny další povinnosti týkající se například poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni, resp. poskytování zdravotních služeb při zachování maximální kvality a bezpečí nebo povinnost vedení zdravotnické dokumentace.

Otázku podávání medikace lze nahlížet také v rovině úhrady takového zdravotního výkonu ze systému veřejného zdravotního pojištění. Ze zdravotního pojištění jsou totiž hrazeny pouze zdravotní služby, tj. služby poskytované v souladu se zákonem o zdravotních službách zdravotnickými pracovníky. Pokud by podávání medikace bylo systematicky zajišťováno jinými než zdravotnickými pracovníky, nelze očekávat, že by takové výkony mohly být a byly hrazeny ze zdravotního pojištění.

Závěr:

Poskytování zdravotních služeb v pobytovém zařízení sociálních služeb má v určitých ohledech odlišný režim. V souvislosti s nakládáním s návykovými látkami jsou však povinnosti stanovené poskytovatelům zdravotních služeb a poskytovatelům sociálních služeb poskytujícím zdravotní služby shodné, alespoň co do zacházení s návykovými látkami (§ 5 zákona o návykových látkách), skladování návykových látek (§ 10 tohoto zákona) nebo evidence návykových látek a vedení dokumentace (§ 32 zákona).

Dle zákona o zdravotních službách a zákona o sociálních službách má být poskytování zdravotních služeb, včetně podávání medikace, je-li podávání medikace součástí individuálního léčebného plánu, vždy zajištěno zdravotnickými pracovníky. Tento výkon tedy nelze systémově přenášet na osoby bez odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání, ať už by to měli být pracovníci v sociálních službách nebo rodinní příslušníci.

Praha, 26. 11. 2019

JUDr. Barbora Vráblová, MA



II. Doporučení pro úspěšnou spolupráci

O struktuře následující části

Následující doporučení strukturujeme jako:

- doporučení,
- zdůvodnění doporučení,
- zkušenosti z rozhovorů s poskytovateli.

Strukturu zachováváme v celé následující části. Text se soustředí na popis klíčových prvků, kterým se osvědčilo věnovat pozornost pro navázání úspěšné meziorganizační spolupráce. Zachycujeme přitom zkušenosti různých poskytovatelů napříč Českou republikou.

V závěru ve shrnutí nabízíme zamyšlení nad ideálním modelem/doporučením pro spolupráci pobytových služeb a mobilní specializované paliativní péče.

Před zahájením spolupráce

Zvážit kapacity pro navázání spolupráce

Doporučení

Před zahájením spolupráce si organizace interně vyjasní, zda se chtějí pouštět do systematického nastavení spolupráce. S tím vstupují do případného jednání.

Zdůvodnění

Vyjasnění si vlastních kapacit v návaznosti na strategické cíle může napomoci udržení soustředění na priority uvnitř organizace, též k ochraně zaměstnanců před případným přehlcením či vyčerpáním nebo i před zklamáním. Zamyšlení se napomůže i případnému dalšímu postupu ve spolupráci a k celkové otevřenosti vztahu.

Zkušenosti

Osvědčilo se položit si následující otázky:

- Proč to chceme?
- Máme kapacitu na to, věnovat se navázání vztahů?
- Máme kapacitu na to, vše dobře vysvětlit pracovníkům přímé péče a věnovat se jejich nejistotám?
- Máme kapacitu na to, věnovat se interně nastavení a dodržování pravidel?
- Máme dostatečné odborné zkušenosti pro poskytování geriatrické paliativní péče, nebo alespoň chuť a vůli se (i společně) učit?
- Sedíme si lidsky i odborně? Máme jeden k druhému důvěru?

Představit se a poznat se

Doporučení

Management i pracovníci přímé péče znají a rozumí, co zahrnují služby MSPP. MSPP zná možnosti domova. Organizace vzájemně rozumí, v čem si mohou být nápomocné. Organizace věnovaly pozornost i tématům péče v závěru života.

Zdůvodnění

Poznání se a představení se je důležité pro zahájení spolupráce, a to na všech úrovních. Napomáhá vyjasňování očekávání, budování důvěry. Později usnadňuje zvládání náročných situací, pokud se objeví.

Zkušenosti

Představení se týká nejen managementu organizace, který se podílí na domlouvání a nastavování pravidel, ale také všeobecných sester, pečovatelských a dalších odborností, které se na přímé péči podílejí. Též spolupráce lékařů. Zkušenosti ukazují, že pokud není jasné, co za služby přináší MSPP a co je jejím úkolem s ohledem na péči o obyvatele, může docházet k odmítavému postoji vůči MSPP personálem domova i praktickým lékařem.

Poznání se zahrnuje i soulad představ o podobě péče vč. náročných témat při péči v závěru života (např. ukončování výživy, hydratace, podávání antibiotik, hospitalizace v terminální fázi onemocnění aj.).

Protože se v průběhu spolupráce budou týmy měnit, ukazuje se jako důležité jednou za čas setkání zopakovat, též zajistit uvnitř obou organizací předávání a znovu vysvětlování domluvených pravidel. V Domácím hospicu sv. Zdislavy jsme se pro seznámení se a poznání setkali s trefným termínem „oksichtění“.

To se může dít např. formami:

- Neformálního vzájemného představení služeb, kterého se zúčastní profesní protějšky obou organizací.
- Formálnějším představením služeb MSPP nejprve managementu, následně i zaměstnancům domova. Na základě sdílených zkušeností poznamenáváme, že právě pochopení managementu organizace (zejm. ředitele/ky organizace a sestry ve vedoucím postavení) je důležité, pokud má spolupráce probíhat.
- Vysláním členů MSPP i domovů na pravidelné setkání týmů domova či MSPP. Např. v Domácím hospicu sv. Zdislavy se všeobecná sestra účastní některých setkání týmu MSPP – umožňuje se tak hlubší porozumění povaze služeb MSPP, dále přenášení zkušeností zpět do týmu domova.
- Absolvováním služby MSPP v domově a naopak.

Pro hledání společného náhledu i další sbližování se nabízejí např. formáty:

- Společného sledování filmu s moderovanou diskuzí. Cesta domů sdílela zkušenost, že právě porozumění a vyjasnění si hodnot u náhledu na složité případy (např. (ne)zavádění PEG v závěru života) může předejít pozdější nepohodě ve spolupráci.
- Průběžná reflexe probíhajících případů. Např. TŘI, o. p. s. po každém případě sdílené péče společně reflektují průběh péče i těžkosti pečujícího personálu. Právě reflexí případů se mohou pracovníci přímé péče nejvíce naučit. Ne vždy je v kapacitách MSPP se reflexí zúčastnit; ukazuje se jako důležité alespoň krátce se ohlédnout za každým zemřelým klientem, ošetřit emoce personálu.

Vyjasnit si očekávání a možnosti

Doporučení

MSPP a DpS sdílejí představu o kompetencích a možnostech všech aktérů, kteří poskytují péči: lékařů, všeobecných sester, pečovatelů a dalších členů týmu, managementu.

Zdůvodnění

Vyjasnění očekávání napomáhá předcházet možným neshodám v budoucnu.

Zkušenosti

Vyjasnění se týká možností obou zařízení. Z vyprávění poskytovatelů jsme přišli na následující potenciální třecí plochy:

- ze strany domova
 - Dostupnost služeb mobilní specializované paliativní péče stran stálé dostupnosti lékaře, též stran dostupnosti služby i nad kapacitu.
 - Očekávání od výkonů, které budou vykonávat sestry MSPP v domově. Jak uvedeno výše, ne všechny domovy např. podávají infuze, ne ve všech domovech je ochota k tomu podávat opiáty.
 - Tam, kde není v domovech dostatek všeobecných sester, může i vzniknout očekávání, že MSPP zastane veškerou sesterskou práci u pacienta ve sdílené péči.
 - Může vzniknout očekávání, že MSPP bude vstupovat do každého případu obyvatele, který umírá.
 - Očekávání, že těžké situace s rodinou, týkající se závěru života, vyřeší MSPP.

– ze strany MSPP

- Očekávané vyšší kompetence všeobecných sester domova. V několika rozhovorech s poskytovateli MSPP zaznělo, že nejistoty, které zažívají všeobecné sestry při poskytování péče v závěru života, mohou být stejné a v některých případech i větší než u laických pečujících v domácím prostředí.
- Dostupné přístrojové vybavení v domově.

S praktickým lékařem doporučujeme si na začátku vyjasnit jeho možnosti i přání týkající se zapojení se do účasti na nastavování procesů i do vlastní realizace spolupráce s MSPP³⁰. Minimálně by měl lékař porozumět natolik, aby nebránil zajištění paliativní péče pro své pacienty. Ideálně je on sám hybatelem využití služeb MSPP a koordinátor lékařské péče u svého pacienta – samozřejmě vše v závislosti na jeho možnostech.

Na straně domova se též mohou objevit vzdělávací potřeby týkající se témat spojených se závěrem života. Někteří poskytovatelé (např. Strom života) nabídli vzdělávání personálu domova v uceleném bloku, jiní jsou připraveni, že se budou zaměstnanci domova ptát v případě, že si nebudou jisti. Ze strany MSPP může rovněž existovat poptávka týkající se péče o geriatrické křehké klienty. V otázce vzdělávání doporučujeme, aby si poskytovatelé vykomunikovali možnosti a kapacity pro tuto oblast vyhrazené. V dobré víře pomoci může snadno dojít k většímu vyčerpání.

Vhodnou formou mohou být např. konzultace/supervize proběhlých případů (a to ve sdílené péči i mimo ni).

Jako zdroj pro zjišťování dotazů, nejistot atp. se osvědčil sběr témat prostřednictvím sešitů i krátký čas věnovaný otázkám při pravidelných vizitách. Nad rámec vyhrazeného času doporučujeme vymezit jiný prostor.

Finance

Doporučení

Domov a MSPP má domluvený způsob úhrady, který je pro obě strany eticky přijatelný.

Zdůvodnění

Domluva o způsobu a výši úhrady je nedílnou součástí poskytování služeb MSPP i domovů. Právě finance se mohou stát důvodem, proč některý z aktérů – obyvatel, rodina, DpS – péči odmítne.

Zkušenosti

Celkové náklady na péči se pohybují kolem 2 500 Kč/den péče MSPP o pacienta³¹. K tomu je třeba připočíst náklady na zdravotní péči a další péči v domově. Financování obou služeb pak nevyhnutelně vstoupí do prostoru jednání o spolupráci.

Úhrady služeb MSPP jsou zajištěny různými způsoby. Aby bylo možné hovořit o poskytování MSPP, musí mít tyto oprávnění k poskytování v odb. 926 (domácí paliativní péče) nebo 925 (domácí zdravotní péče) a 720 (ambulace paliativní medicíny). Mají-li oprávnění, pak MSPP nasmlouvávají s pojišťovnami poskytování výše uvedených odborností. Je na pojišťovnách, zda s poskytovatelem smlouvy uzavřou, či nikoliv a na jaké výkony, tedy zda pojišťovny uhradí alespoň část nákladů péče.

30 Týkající se komunikace s MSPP, iniciací konzilia paliatra, příp. sdílené péče, komunikace s rodinou, zapojení se, pokud je poskytována sdílená péče apod.

31 Viz např. informace na stránkách Cesty domů: <https://www.cestadomu.cz/jak-pecujeme>.

I v nejlepším případě (tj., že pojišťovny smlouvy s poskytovateli uzavřou) úhrady od pojišťoven nehradí celé náklady péče (sociální, duchovní, psychologická a další podpora není hrazena), pouze jejich část. Je obvyklé, že se obyvatelé pacienti na úhradách podílejí. Částka je dána regionálně – někde se hradí za každý den péče (obvykle částka 100–200 Kč), jinde za den poskytnuté péče (dáno nízkými výdělky v regionu). Zbýlé náklady péče mobilní hospice hradí z příspěvků a darů.

Domovy mají zpravidla registrovanou odbornost 913 (všeobecná sestra působící v sociálních službách), tedy je péče všeobecných sester v domově alespoň částečně hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Náklady na péči ostatních zdravotnických odborností, stejně jako náklady na péči všeobecných sester, dokrývají domovy z dalších zdrojů³².

Vzhledem k péči o obyvatele pobytových sociálních služeb platí, že by nemělo docházet k souběžnému vykazování výkonů odborností 913 a 926, příp. 925, respektive souběh 913 a 925 není možný. Při souběhu 913 a 926 by výkony vykázané 913 šly na vrub 926 (MSPP by tak dostala méně peněz z paušálu, který za pacienta získává).

Poskytovatelé domácího hospice a domovů se musí dohodnout, jakým způsobem se budou realizovat úhrady za péči, zda:

- domov bude, či nebude vykazovat péči všeobecných sester,
- MSPP bude, či nebude vykazovat na odb. 926, příp. 925,
- obyvatel bude, či nebude hradit obvyklý poplatek hrazený ostatními pacienty MSPP vzhledem ke skutečnosti, že již hradí úhrady v domově.

V praxi jsme se setkali s tím, že některé obce přispívají na hospicovou péči o své obyvatele. Případně, že je možné na péči fundraisovat (od nadací, nadačních fondů, firemních, individuálních dárců aj.).

Některé domovy jsou ochotny (mohou si dovolit) nevykazovat na pojišťovnu vzhledem k relativně krátké době, kdy je obvykle péče MSPP poskytována. Některé mobilní hospice jsou ochotny (mohou si dovolit) úhradu nepožadovat.

V diskuzi s Domácím hospicem sv. Zdislavy a poskytovateli pobytových služeb vyplynulo, že za eticky správné považují, pokud žádná ze stran – klient, MSPP, poskytovatel pobytových služeb – netratí na tom, že péči poskytuje. Optimální a systémově správnou variantou z pohledu poskytovatelů je souběžná úhrada vykázaných výkonů oběma odbornostmi, tedy 926 a 913, a to bez ohledu na množství učiněných výkonů – to pojišťovny v současnosti nepřípouštějí.³³

Zkušenosti z Vysočiny a zprostředkované zkušenosti ze Zlína (Most k domovu Zlín a některé domovy ve Zlíně) hovoří o variantě, kdy zdravotní péči u klientů domovů vykazuje pouze odb. 926, poskytovatel MSPP následně kompenzuje domovu určitou částku za zdravotní služby, které byly poskytnuty sestrou z domova.

V praxi se osvědčilo nastavit obecné pravidlo o úhradách, dále se domlouvat ad hoc, vyskytne-li se nestandardní případ (např. obyvatel si nemůže dovolit hradit péči).

32 Záměrně zde nezmiňujeme úhrady sociálních služeb jako takových, jsou za rámcem této publikace.

33 Pojišťovny tolerují souběh péče až u 10 % pojištěnců vykázaných MSPP. Hranici si musí hospice pečlivě hlídat – překročení jde k jejich tíži.

Smluvní zajištění

Doporučení

Organizace mají domluvený způsob smluvního zajištění mezi sebou navzájem i pro poskytování péče MSPP v domově.

Vysvětlení

Smluvní zajištění je nedílnou součástí poskytování služeb – ať už sociálních služeb či služeb MSPP. Může podpořit, ale i znesnadnit spolupráci.

Zkušenost

V rámci poskytování služeb MSPP v domovech rozlišujeme:

- spolupráci mezi organizacemi
- zajištění péče MSPP obyvateli domova

V praxi se setkáváme s tím, že v některých případech je zvlášť řešená spolupráce mezi domovem a MSPP a mezi pacientem a MSPP. MSPP zpravidla uzavírá stejný druh smlouvy, jako by se obyvatel nacházel v domácím prostředí, tj. s pacientem, jeho blízkými (příp. opatrovníkem), hospicem (viz příloha č. 2).

Na úrovni spolupráce organizací jsme se setkali s těmito variantami:

- Spolupráce není písemně ošetřena vůbec (existuje pouze ústní dohoda o spolupráci, kterou všichni zúčastnění respektují).
- Existuje pouze obecná deklarace záměru spolupracovat za účelem zajištění přání obyvatele, příp. jeho blízkých či opatrovníka (ukázka viz příloha č. 3).
- Pro každý případ sdílené péče se uzavírá smlouva o spolupráci mezi domovem a MSPP pro konkrétní případ.
Vymezeny jsou povinnosti aktérů stran poskytované péče (ukázka viz příloha č. 1).

V některých případech se uzavírají čtyřstranné smlouvy mezi pacientem, rodinou, MSPP, DpS o poskytování péče v závěru života.

Důležité je zdůraznit, že účelem jakéhokoliv smluvního ujednání by mělo být zajištění naplnění přání obyvatele zemřít v domácím prostředí.

Poskytování péče

Kontakt poskytovatele MSPP

Doporučení

Domov a MSPP mají domluveno, za jakých podmínek (tj. kdy) a jak dochází ke kontaktu MSPP.

Zdůvodnění

Důležité jsou domluvy a) jak v domově dojde k rozeznání potřeby konzilia paliatra či sdílené péče, b) jakým způsobem má být MSPP kontaktováno a kým.

Zkušenosti

A) rozeznání potřeby konzilia paliatra či sdílené péče

Otázka je úzce provázaná se schopnostmi a dovednostmi pracovníků domova (zejm. všeobecných sester) i ošetřujícího lékaře rozeznat terminální fázi onemocnění, dále odhadnout vývoj stavu a zvládat symptomy onemocnění. Jak jsme uvedli výše, nejsou hranice mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí ostré. Pokud jsou kompetence i kapacity všeobecných sester domova a ošetřujícího lékaře dostatečné pro zajištění obecné paliativní péče, mohou pro indikaci napomoci nástroje uvedené ve věstníku MZ č. 13/2017, např. ESAS aj.

Zkušenost TŘI, o. p. s. s Domovem Pod Kavčí Skálou ukázala, že pokud není domluva o tom, za jakých podmínek má dojít ke kontaktu MSPP, pak k němu nemusí dojít vůbec, i pokud organizace spolupracovat chtěly. Kromě nejasně vymezených situací může být důvodem i neznalost pracovníků domova, příp. lékaře o roli MSPP.

Pokud je na straně domova identifikována potřeba, pak je na MSPP a jejich zhodnocení, zda, v případě dostatečných kapacit MSPP, v daný moment postačí u pacienta konzilium paliatra či by byla vhodnější sdílená péče.

B) Jakým způsobem má být MSPP kontaktováno a kým

Domovy mají své kapacity, kolika obyvatelům jsou schopni zajistit kvalitní péči v závěru života v daný okamžik. Proto je dobré, aby rozhodnutí o přijetí pacienta do péče MSPP neproběhlo dříve, než proběhne konzultace s konkrétním domovem, zda jsou schopni poskytnout seniorovi potřebnou péči.

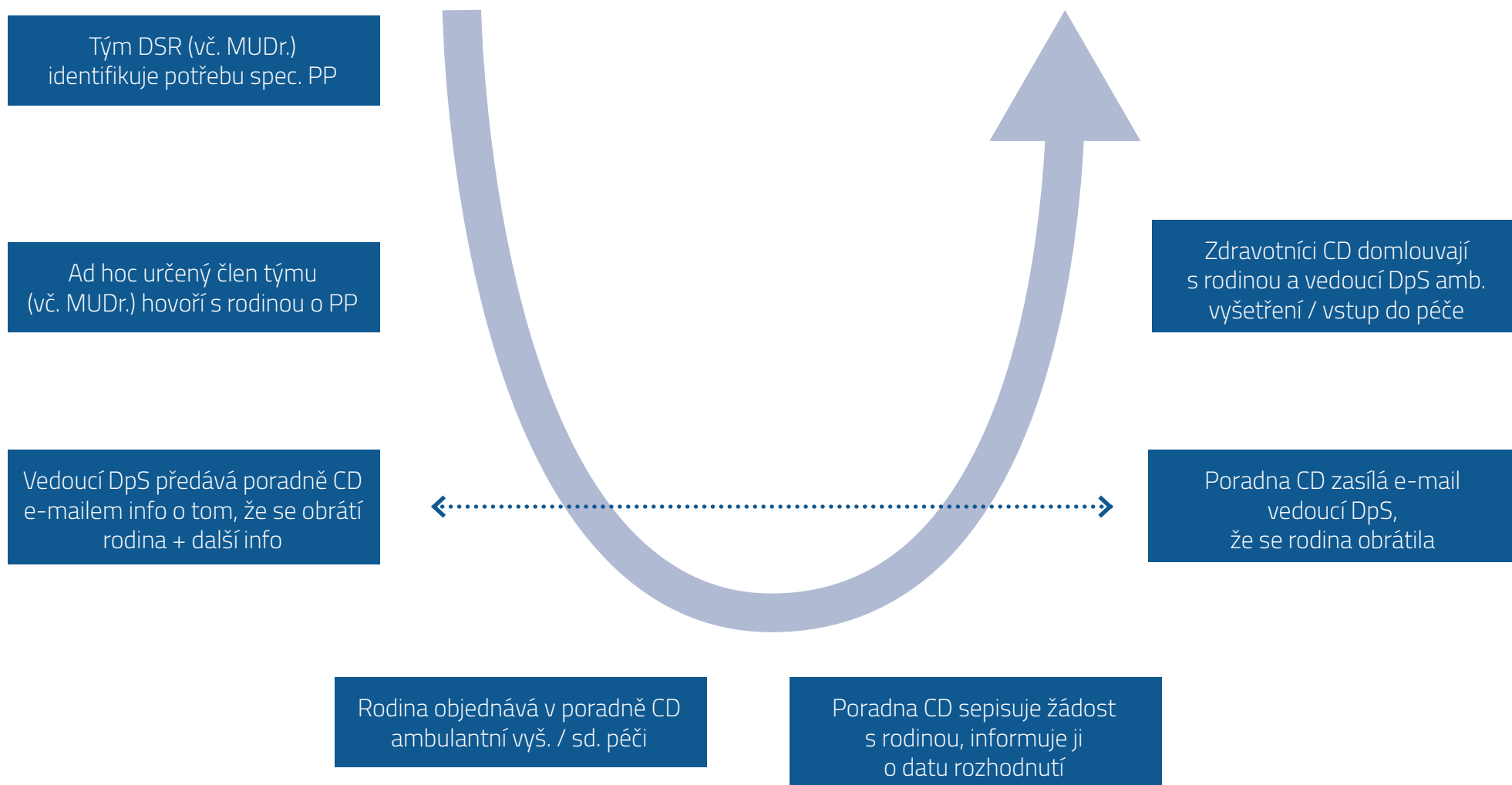
Osvědčilo se, aby se organizace domluvily:

- kdo za domov stvrzuje přijetí do sdílené péče,
- s kým se domlouvá konzilium,
- kdo a jak žádá o služby MSPP.

V některém MSPP (např. Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích) je péče vyžádána přes tzv. K-žádanku, kterou vypisuje ošetřující lékař. S ohledem na systém úhrad lze říci, že paliatr (MSPP) se smlouvou se zdravotní pojišťovnou je považován za „běžného“ specialistu, jehož intervenci rovněž indikuje ošetřující lékař (a kterou může pacient odmítnout).

Pokud se sepisují žádosti o péči, záleží na vnímání úlohy rodiny. Setkali jsme se s variantou (např. Domov Sue Ryder ve spolupráci s Cestou domů), kdy služby objednává výhradně rodina (či blízká osoba), neboť objednání rodinou současně znamená i souhlas s péčí i úhradou péče.

Pro ilustraci uvádíme postup při kontaktu služeb MSPP. Vychází z praxe Cesty domů a Domova pro seniory Sue Ryder.



Zahájení péče

Doporučení

Domov a MSPP mají domluvený způsob zahájení spolupráce.

Zdůvodnění

Aby mohly MSPP i domov poskytnout či zprostředkovat službu, musí v každé z organizací proběhnout jisté kroky. Na straně MSPP se jedná o rozhodnutí spojená s péčí o toho, kdo péči žádá – konkrétně posouzení, zda je služba pro pacienta vhodná a zda má MSPP kapacitu. Domov se potřebuje interně připravit na příchod externí služby (komunikace dovnitř pečujícího týmu, domluva o účasti na konziliu). Organizace by se měly současně dohodnout, kdo bude komunikovat s rodinou ohledně termínu konziliární návštěvy.

Organizace by se měly dohodnout, kdo jsou kontaktní osoby pro komunikaci. Též, jak se organizace informují v případě změn (např. z důvodu dovolených, nepřítomnosti vedoucích sester aj.).

Zkušenosti

Z rozhovorů vyplynulo, že zpravidla zvlášť probíhají setkání zdravotníků (sestry, případně sestry a lékaře na straně MSPP a vedoucí sestry, příp. dalších odborností na straně DpS) a zvlášť podpis smlouvy s pacientem, příp. rodinou, pokud se jedná o příjem do péče (pokud se smlouva podepisuje).

Při podpisu smlouvy je v některých případech přítomen sociální pracovník domova (např. chebský Hospic sv. Jiří, o. p. s.), jinde rodina dále smlouvu řeší pouze s MSPP.

Zkušenosti ukazují, že hladké zahájení spolupráce je důležité z hlediska pohody blízkých. Je-li zahájení péče hladké, snadněji se pak buduje vztah založený na důvěře i ve smyslu důvěry v dobrý konec.

Poskytování péče

Doporučení

MSPP a domov mají nastavená pravidla pro poskytování sdílené péče.

Zdůvodnění

Domluva na průběhu péče, vymezení úloh každé ze stran, předávání informací a realizaci sdílené péče jsou nezbytné pro to, aby se maximalizovala úspěšnost naplnění sdíleného plánu péče v závěru života.

Zkušenosti

Pravidla mohou být zaznamenána více či méně formálně. Příkladem neformálních pravidel může být např. soubor zásad či manuál pro sestry, který je využíván v případě sdílené péče.

Pravidla mohou být též součástí smlouvy (viz příloha č. 1).

Pravidla pro poskytování péče by měla min. obsahovat – domluvu o tom:

- jak často budou vykonávány návštěvy u pacienta – lékařem, sestrou,
- jak často budou probíhat telefonické konzultace,
- jak bude probíhat komunikace s rodinou,
- jak bude probíhat zápis do dokumentace,
- co je úlohou všeobecných sester MSPP, DpS v péči o obyvatele,
- jak postupovat v případě nenadálého zhoršení zdravotního stavu,
- jak postupovat v případě úmrtí obyvatele.

V každém případě by měla být natolik jasná, stručná, srozumitelná, aby se jimi mohli řídit ti, kdo je mají používat v péči vč. nových zaměstnanců a pracovníků na dohodu. Obvykle jsou to všeobecné sestry v případě, že jsou v domově 24/7. V některých případech též pracovníci v sociálních službách (zejm. v případě nedostupnosti všeobecných sester zařízení).

Jak jsme uvedli v úvodu, ne všechna zařízení mají všeobecné sestry 24/7/365 dní v roce. Někdy na noc zůstávají pouze pečovatelé. Je pak na domluvě mezi MSPP a domovem, jak to bude stran počtu výjezdů v noci. Může se stát, že bude i vyšší než u některých pacientů, ke kterým jezdí MSPP v noci, protože pečovatelé v domovech nemohou, respektive by neměli podávat léčiva.

Pro některá MSPP je možné péči zajistit, i pokud není sestra zařízení dostupná v noci. Výjezdy do domova jsou pro ně stejné jako výjezdy domů. Pro další MSPP je péče všeobecných sester nezbytnou podmínkou, aby mohla probíhat sdílená péče.

Ukončení péče

Doporučení

MSPP a domov mají domluvená pravidla pro ukončení péče.

Zdůvodnění

Podobně jako o průběhu péče i o ukončení poskytování služby je třeba se domluvit. Ukončována služba zpravidla bývá při úmrtí pacienta/obyvatele, dále při stabilizaci jeho zdravotního stavu, služba může být ze strany MSPP ukončena i z dalších důvodů (např. nespolupráce blízkých, kteří smlouvu spolupodepisují).

Zkušenosti

Na ukončení služby musí být včas připraveni všichni účastníci. To se týká jak obyvatele/pacienta, tak blízkých, tak ošetrovatelského či pečujícího personálu, tak praktického lékaře.

Slyšeli jsme o situaci, kdy služba byla ze strany MSPP ukončena, aniž by staniční sestra věděla, jak má dále postupovat. Důležité je podotknout, že staniční sestra neměla v té době zkušenosti se sdílenou péčí, tedy určitá míra nejistoty byla přirozená. Rodina též nebyla na situaci zcela připravena, což zvýšilo její nepohodu.

Podobně praktičtí lékaři potřebují dostat včas informace a rozumět i obsahu zprávy, zejména v případě, kdy pro pacienta ve sdílené péči nepředepisoval v době jejího trvání léčiva a další (platí tehdy, pokud není péče vykazována odb. 926), a nadále (po stabilizaci stavu pacienta) je péče praktického lékaře potřebná.

Dokumentace

Doporučení

MSPP a domov mají domluvená dokumentační pravidla pro zápis průběhu péče u pacienta.

Zdůvodnění

Společná dokumentace o průběhu poskytovaných služeb je zásadní, co se týká péče o pacienta v tzv. sdílené péči. Umožňuje zachovat kontinuitu péče jak na straně MSPP, tak na straně domova. Dokumentace může být jak elektronická (při zachování pravidel pro ochranu osobních údajů), tak papírová.

Zkušenosti

Pro sestry domovů by měly být minimálně dostupné zprávy z vizit lékaře, dále medikační list, do kterého by měly sestry domovů zapisovat podanou medikaci. Některé MSPP nechávají vyhodnocení podání SOS medikace na všeobecných sestrách domova, jiné MSPP a domovy mají domluvené volání pokaždé, pokud je SOS medikace užita.

Co se týká další péče prováděné týmem domova, je opět na domluvě, kde se mají shromažďovat zápisy. Lze využívat sdílený informační systém, také však papírovou dokumentaci sdílenou v určitých částech, jako je tomu například v Hospici sv. Štěpána či ve spolupráci Domova Sue Ryder a Cesty domů.

Příklad: V případě Domova Sue Ryder a Cesty domů zapisují sestry domova do medikačního listu Cesty domů (zápisy pak kopírují do své papírové dokumentace), další zápisy týkající se polohování, podávání stravy a tekutin, záznamy bolesti aj. zůstávají v dokumentaci domova. Je-li to potřebné např. pro zhodnocení stavu, předkládají se při vizitě Cesty domů.

Další témata

Zapojení praktického lékaře

Doporučení

MSPP a domovy mají stanovený způsob komunikace s praktickým lékařem pacienta i jeho zapojení.

Zdůvodnění

S ohledem na poskytování paliativní péče je zapojení praktického lékaře velmi důležité až zásadní ve stanovení plánu péče a řešení komplikací u klientů domovů. Dle vývoje zdravotního stavu lékař rozhoduje o využití obecné či zapojení specializované paliativní péče. Má možnost konziliární spolupráce s lékařem MSPP. V době tzv. sdílené péče může poskytnout MSPP relevantní informace (vč. např. netypických reakcí na léčiva, netypických průběhů onemocnění aj.), v některých případech potřebuje MSPP spolupráci praktického lékaře s ohledem na delegování preskripce léčiv. To zejména tam, kde není péče vykazována odb. 926 či nemá MSPP nasmlouvanu odb. 720.

Zapojení praktického lékaře je též důležité pro zajištění kontinuity péče u pacienta s ohledem na poskytování zdravotní péče MSPP. Minimem je, aby praktický lékař měl k dispozici lékařské zprávy z konzilií paliatra a měl možnost je s paliatrem konzultovat pro případ potřeby.

Zkušenosti

Zapojit praktického lékaře lze nejen prostřednictvím zpráv, ale též např. přímou účastí na konziliárním vyšetření. Praktický lékař může vidět způsob práce MSPP, také tímto způsobem má šanci posílit vztah důvěry, tím i usnadnit pozdější komunikaci a spolupráci, i třeba řešení nesouladu v odborných postupech či názorech. Zkušenostmi se též praktický lékař posouvá odborně v oblasti paliativní medicíny, zvyšují se jeho kompetence i v oblasti poskytování obecné paliativní péče.

Důležitost navázání vztahu s praktickými lékaři si uvědomují v mnoha nejen domácích hospicích. Leckde činí aktivní kroky v komunikaci s praktickými lékaři – ať už formou telefonických konzultací u paliativních pacientů (např. Cesta domů) či seminářů (např. Strom života, TŘI, o.p.s. aj.).

Z hlediska předávání zpráv někde zasílá praktickému lékaři lékař MSPP, jinde předávají sestry domova, někde je předáním zprávy praktickému lékaři pověřen rodinný příslušník, který je díky tomu více vtažen do péče (např. chebský Hospic sv. Jiří, o. p. s.).

Úloha rodiny

Doporučení

MSPP a domovy mají domluvenou míru zapojení rodinných příslušníků i způsob komunikace s nimi.

Zdůvodnění

Role rodiny seniora je s ohledem na poskytovanou péči velmi důležitá.

MSPP a domovy si potřebují vymezit:

- úlohu rodiny s ohledem na poskytování paliativní péče v domově,
- způsob komunikace s rodinou v průběhu sdílené péče,

- další role rodiny v poskytované péči,
- postup poskytování péče v případě náročné komunikace s rodinou.

Zkušenosti

Pro poskytovatele MSPP mají rodiny svou nezastupitelnou roli. Tam, kde je to třeba, dávají souhlas s poskytováním péče, v určitých případech i rozhodují o tom, jak se bude péče dále odvíjet. V domácím prostředí se též zavazují ke spolupráci s poskytovatelem MSPP.

S ohledem na výše uvedené je důležité, aby blízcí porozuměli vývoji zdravotního stavu obyvatele a měli možnost vyjádřit svá přání a představy o péči. Aby porozuměli tomu, co je paliativní péče i co je úlohou MSPP.

Pokud se jedná o zajištění služeb MSPP, měli by se poskytovatelé domluvit, kdo službu objednává. Někteří poskytovatelé (např. Cesta domů) preferují, aby rodina rovněž objednávala konzilium paliatra, potažmo sdílenou péči. V případě dalších poskytovatelů je častější variantou objednání ze strany domova. Objednatelem péče též může být praktický lékař. Pro další poskytovatele není podstatné, kdo službu objednává.

Mezi poskytovateli rovněž nalezneme rozdíly v nastavení, nakolik má být rodina přítomna při konziliích včetně vstupního vyšetření. Někteří poskytovatelé MSPP preferují, aby rodina byla přítomna co nejvíce s ohledem na srovnání hladiny informací a stanovení plánu péče (na to pak navazuje tým domova, který rodinu provází), při zhodnocení klienta MSPP pořádají tzv. rodinné rady či konference. Další poskytovatelé nechávají komunikaci s rodinou na domově; partnerem v poskytování péče je pro ně personál domova.

S ohledem na průběžnou komunikaci s rodinou poskytovatelé MSPP spíše nechávají informování rodiny o průběhu péče na domově, tak jako tomu bylo u zdravotní péče.

Někteří respondenti uváděli zkušenosti péče o obyvatelky/pacientky s příbuznými, kteří byli pro personál extrémně nároční na komunikaci. Proto doporučujeme též prodiskutovat, jak bude péče poskytována v těchto případech. Jak může s komunikací pomoci MSPP. Také podmínky, kdy naopak péče poskytována být nemůže.

Vhodné je též hovořit o dalších funkcích rodiny, např. ve vztahu k výše zmiňovanému předávání zpráv.

Shrnutí – doporučení pro spolupráci poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče a domovů

Pokud bychom měli shrnout ideální stav, pak je potřeba podívat se optikou:

- pobytové sociální služby pro seniory,
- mobilní specializované paliativní péče,
- meziorganizační spolupráce.

Na straně pobytové sociální služby by organizace měla mít v kultuře zvnitřněn paliativní přístup. Dále personál poskytující kvalitně a bezpečně základní péči, a to jak z hlediska pečovatelského, tak ošetrovatelského, tak z hlediska animace (šířeji psycho-socio-spirituální podpory). Pracovníci přímé péče i management chtějí doprovázet klienty v závěru života, chápou, že je to nedílnou součástí poskytované péče. Tým umí přemýšlet dopředu a má chuť se učit. Organizace má zajištěnu ošetrovatelskou péči v režimu 24/7, spolupracujícího praktického lékaře, který se podílí na nastavení paliativní péče, respektive jeho plánu, dobře komunikující multidisciplinární tým. Organizace rozumí, že má hranice, co se týká zajištění péče v závěru života (nebojí se říci si o podporu/pomoc).

Na straně mobilní specializované paliativní péče pracovníci chtějí a mají kapacitu věnovat se pacientům v pobytových sociálních službách. Spolupráce s domovy negeneruje nadstandardní zátěž z procesního hlediska (v optimálním případě tak, jak vstupují do domácího prostředí, tak vstupují do prostředí pobytových služeb – náhradního sociálního prostředí klienta). Jsou připraveni pečovat o geriatrické pacienty. Nepřicházejí jen jako odborníci, ale jako ti, kdo se podílejí na zajištění přání a představ klienta. Uvědomují si, že přicházejí do jiného organizačního prostředí a že nemohou rozumět všem okolnostem, za jakých se péče daří. S pracovníky pobytové služby komunikují s respektem, rozumí, že každý má specifické know-how.

Za ideál v meziorganizační spolupráci považujeme stav, kdy:

- Organizace si rozmyslí a vyjasní, proč chtějí spolupracovat a co má být cílem spolupráce.
- Poznají se – hodnotově, po organizační stránce, po stránce možných překážek spolupráce.
- Domluví se na financování – ideálem v této oblasti je možnost souběžného vykazování odb. 926 a 913, příp. 925 a 913.
V opačném případě nesystémově nese náklady některý z aktérů.
- Mají smluvní zajištění, které garantuje poskytnutí/zprostředkování potřebné péče klientovi.
Míra podrobnosti, stejně jako forma, je na dohodě mezi poskytovateli.
- Nastaví si pravidla pro kontakt, průběh konzilia, péče i způsob ukončení péče.
- Nastaví se pravidla pro vedení dokumentace a předávání informací.
- Vyjasní si postavení blízkých a vzájemnou komunikaci s nimi.
- Domluví se o zapojení praktického lékaře.

Dále považujeme za důležité, aby si organizace důvěřovaly, byly si stále vědomy společného cíle a konečně se nebály spolupracovat.

Z pohledu zajištění paliativní péče v domovech zůstává řada systémově nevyřešených otázek, které vnímáme, že je třeba řešit minimálně na krajské až na ministerské úrovni. Konkrétně se jedná o zajištění dostupnosti kvalifikovaného rozhodování lékaře pro případy, kdy se zhorší zdravotní stav klienta mimo ordinární doby praktického lékaře a klient není ve sdílené péči. Dále zajištění potřebné lékařské podpory pro všeobecné sestry zařízení. I při navýšení dostupnosti lékaře stále zůstávají nedorozšené otázky kompetencí všeobecných sester v domovech. Technicky by neměly provádět žádné úkony, které nejsou indikovány. Bez indikace lékaře by neměly podat jakýkoliv (ani základní) lék – např. Ibalgin. Praxe v domovech je ovšem jiná.

V praxi se též setkáváme s nedostatečnými kompetencemi pečovatelů stran základů kvalitní ošetrovatelské péče, které by jim umožnily lépe porozumět vývoji zdravotního stavu. Konečně též zůstává otázka stabilního financování klientů v paliativní péči v domovech.

Protože oblast doznává rychlé proměny, stejně jako zraje prostředí pro poskytování paliativní péče v České republice, v budoucnu bude třeba výše uvedená doporučení i kontext poskytování péče aktualizovat. Budu vděčna za zprávu, zjistíte-li nesoulad mezi praxí a zněním publikace. Kontaktní údaje jsou uvedeny v závěru dokumentu.



Přílohy

Příloha č. 1

ukázka dohody o spolupráci mezi pobytovou sociální službou pro seniory a mobilní specializovanou paliativní péčí při poskytování služby klientovi

Dohoda o spolupráci

uzavřená mezi:

Hospicem sv. Jiří, o.p.s.,
Písečná 677/3, Cheb 350 02
IČ: 22729909
statutární zástupce: Alena Votavová, DiS., ředitelka,

a

Název organizace,

Adresa organizace
IČ: 70832641
ředitel:

Doba platnosti dohody

Dohoda se uzavírá na dobu poskytování mobilní specializované paliativní péče klientovi:

Jméno a příjmení:

narozen dne:

trvalým pobytem:

yní bydliště: Zahájení poskytování služeb Hospice sv. Jiří, o. p. s., dne: **Datum**

II. Předmět dohody

Objednatelem služeb je sám klient, případně rodina, v našem případě manželka klienta **Jméno příjmení klienta**. Předmětem dohody o spolupráci je respektovat přání klienta i jeho manželky prožít svůj život do konce v **Název organizace** a předejít tak hospitalizaci klienta v terminálním stadiu. Pokud nastává tato situace, předpokládá se, že klient je v terminálním stadiu a může zemřít. Zemřít doma. Pokud klient nebo rodina nasmlouvá službu s mobilním hospicem, je si vědoma toho, že klient je v terminálním stadiu. Přání takto zemřít, zemřít doma, musíme respektovat. Pokud dojde k úmrtí nevyléčitelně nemocného, nejedná se o zanedbání péče.

Cílem dohody je zejména bezchybná výměna informací o poskytnuté péči, spolupráce, vzájemná vstřícnost a podpora.

II. Rozdělení kompetencí a zodpovědností

Hospic sv. Jiří, o.p.s. bude konkrétně poskytovat klientovi tyto zdravotnické služby:

- 1) léčba bolesti
- 2) podávání infuzí
- 3) lékař hospice bude případnou další ordinaci konzultovat s MUDr. **Jméno praktika.**

Pokud klient nebo rodina projeví zájem, budou poskytovány také další služby mobilního hospice: sociální, duchovní nebo psychologická.

Název organizace bude poskytovat klientovi nadále sociální služby, ze zdravotních služeb domov zodpovídá za následující úkony:

Zdravotní sestry domova pro seniory budou i nadále lékovat, sledovat tělesné funkce a poskytovat běžnou zdravotní péči vyjma úkonů vyhrazených zdravotní sestře hospice, pokud sestry domova pro

seniory budou poskytovat panu **Jméno a příjmení klienta** jinou než obvyklou péči (tj. léky, převazy), vždy budou informovat sestru hospice (viz příloha kontakty), sestry domova pro seniory i MUDr. **Jméno praktika** budou obvyklou sesterskou a lékařskou péči o pana **Jméno a příjmení klienta** vykazovat obvyklým způsobem (vyjma úkonů, které bude zajišťovat hospic), v případě úmrtí pana **Jméno a příjmení klienta** budou sestry domova volat lékaře nebo koronera standardním způsobem a informují o úmrtí zdravotní sestru hospice sociální pracovnice a zdravotní sestry domova budou informovat paní **Jméno pečující osoby** vždy, když situace péče o pana **Jméno a příjmení klienta** bude jakkoliv nestandardní, nebo budou na pochybách pracovníci v sociálních službách poskytují panu **Jméno a příjmení klienta** obvyklou péči.

Nově vzniklé projevy onemocnění či vedlejší projevy onemocnění (zvracení, dušnost, bolest) budou sestry domova, nebo pracovníci v sociálních službách okamžitě konzultovat, třeba i v noci, se sloužící sestrou hospice, která rozhodne, zda volat RZS nebo lékaře hospice, popřípadě provede osobní návštěvu.

Není chybou, když sestra domova pro seniory, nebo pracovník v sociálních službách v této klienta ohrožující situaci, zavolá RZS.

I potom je nadále možný návrat klienta zpět do domova, třeba druhý den. Domov pak bude nadále pokračovat v poskytování péče společně s hospicem.

Při stavech, kdy klient není přímo ohrožen na životě (např. náhlé zvýšení teploty, tlaku apod.), je lépe volat sloužící sestru hospice.

III. Dokumentace

Název organizace povedou dokumentaci jako dosud. Domov poskytne hospici telefonní kontakt na praktického lékaře klienta, aby lékař hospice mohl konzultovat léky a zdravotní postupy s praktickým lékařem. Do průběhu poskytování služby bude zapsána informace o poskytované službě hospice.

Hospic sv. Jiří, o.p.s. povede svou dokumentaci. Záznam z každé návštěvy u klienta pošle emailovou formou domovu pro seniory paní **Jméno a příjmení vrchní sestry** – vrchní sestře a sociální pracovnici paní **Jméno a příjmení sociální pracovnice**.

Domov i hospic mají na sebe telefonní kontakty, aby mohly vzniklé situace společně řešit.

IV. Ostatní ustanovení

Hospic poskytne domovu kopii uzavřené smlouvy mezi klientem, případně jeho rodinou a hospicem a dále poskytne kopii informovaného souhlasu.

Cílem spolupráce obou organizací je najít cestu, jak splnit klientovi, rodině, poslední přání, v tomto případě přání zemřít doma. Protože se nedá předpokládat přesný průběh poskytování služby, může dojít k situacím, které nejsou v této dohodě ošetřeny. V takovém případě může být dohoda upravována. Obě strany projevují vůli stavět se k těmto situacím vstřícně, se snahou je vyřešit, nikoliv odsoudit a zatratit. Pokud je vůle na všech stranách, řešení existuje. Výsledek společného snažení, péče ať již hospicová, v domově, nebo v nemocnici, bude vždy stejná. Smrt. Logický konec života. Dříve, nebo později. Ale může být důstojná, v klidu a bezpečí domova, nebo méně důstojná.

Zúčastněné strany prohlašují, že se seznámily se zněním dohody, dohoda vyjadřuje jejich svobodnou vůli, rozumějí obsahu dohody, zavazují se ji dodržovat a svým podpisem ji stvrzují. Dohoda je vyhotovena ve 2 exemplářích.

V _____ dne: _____

Hospic sv. Jiří, o.p.s.

Název organizace

Přílohy

telefonní kontakty na pracovníky hospice

telefonní a E-mailové kontakty na pracovníky **Název organizace**

kopie informovaného souhlasu **Jméno a příjmení klienta** s poskytováním hospicové péče

kopie smlouvy pana **Jméno a příjmení klienta** s hospicem o poskytování mobilní hospicové péče

Příloha č. 2 – ukázka smlouvy o poskytování mobilní (domácí) hospicové péče – uzavírané s klientem

SMLOUVA č. _____ o poskytování mobilní (domácí) hospicové péče

uzavřená na základě Občanského zákoníku v platném znění mezi:

Hospic sv. Jiří, o.p.s., Písečná 677/3, Cheb 350 02

IČ: 22729909

statutární zástupce: Alena Votavová, DiS., ředitelka,

zastoupená sociální pracovnící na základě plné moci

a

jméno, příjmení, titul klienta _____

datum narození _____

adresa _____

I.

Doba platnosti smlouvy

Smlouva se uzavírá na dobu neurčitou.

II.

Předmět smlouvy

Mobilní hospicová péče se zavazuje zajistit klientovi služby zdravotních sester a lékařů, odborné sociální poradenství (kontakt se sociální pracovnící) a v případě zájmu zajištění služby duchovního, psychologa a také výpomoc od dobrovolníků a zapůjčení kompenzačních pomůcek.

Konkrétně mobilní hospicová péče zahrnuje lékařskou zdravotní péči a léčbu bolesti v rodině nemocného, sesterskou zdravotní péči v rodině a pohotovost 24 hodin denně, podporu sociálního pracovníka v otázkách s péčí o umírající, v případě zájmu kontakt s psychologem či s duchovním, zaškolení členů rodiny v ošetřování nemocného, zapůjčení zdravotníka kompenzačních pomůcek.

III.

Nabídka služeb

Hospic sv. Jiří, o.p.s. nabízí:

- odbornou lékařskou péči
- odbornou sesterskou péči formou návštěvní služby 24 hodin denně
- podporu a pomoc sociálního pracovníka v otázkách s péčí o umírající
- podporu a pomoc psychologa nejen pro nemocného, ale také pro pečující rodinu
- v případě zájmu kontakt s duchovním
- zaškolení členů rodiny v ošetřování nemocného
- zapůjčení zdravotních a kompenzačních pomůcek
- podporu a pomoc po úmrtí nemocného prostřednictvím duchovního, sociální pracovníce nebo poradkyně pro pozůstalé

Hospic sv. Jiří, o.p.s. poskytuje služby nevyléčitelně nemocným lidem, kteří jsou v konečné fázi života a přejí si být doma, jejichž blízcí mohou a chtějí o nemocného celodenně pečovat u nichž byla ukončena léčba a byla jim doporučena paliativní péče.

IV.

Místo a čas poskytování

Služby Hospice sv. Jiří, o.p.s. jsou poskytovány v domácnostech klientů vždy po předchozí domluvě. Péče je dostupná 24 hodin denně, 7 dnů v týdnu formou pohotovostních návštěv.

V.

Prohlášení klienta

Prohlašuji, že po celou dobu, po kterou budu odebírat služby mobilní hospicové péče, bude u mne přítomen(na):

1. vztah.....

2. vztah.....

3.vztah.....

VI.

Úhrada za služby

Cena za poskytování služeb mobilní (domácí) hospicové péče:

- Mobilní (domácí) hospicová péče 150 Kč / den, kdy byla služba poskytnuta
- V ceně je zahrnut běžně spotřebovaný materiál (stříkačky, jehly, hadičky, obvazy atd.) a zapůjčení zdravotních a kompenzačních pomůcek.
- Odborné sociální poradenství zdarma
- Telefonické konzultace zdarma

Cena za péči bude fakturována zpětně dle skutečně provedených návštěv vždy na začátku následujícího kalendářního měsíce, splatnost je do patnácti dnů po vystavení fakturace.

Platba bude provedena:

- a) v hotovosti
- b) složenkou
- c) na účet ERA 263585434/0300

Pokud je klient pojištěn u Všeobecné zdravotní pojišťovny (kód pojišťovny 111), mohou být služby mobilní (domácí) hospicové péče, za splnění všech podmínek daných pojišťovnou, hrazeny z pojištění, a tím pádem nebudou ze strany hospice klientovi fakturovány.

VII.

Výpovědní důvody a výpovědní lhůty

Klient je oprávněn vypovědět tuto smlouvu bez uvedení důvodů.

Hospic sv. Jiří, o.p.s. je oprávněn smlouvu **přerušit** v případě, že u klienta došlo ke stabilizaci zdravotního stavu. Pokud by se klientův stav zhoršil, bude smlouva obnovena.

Možnosti ukončení smlouvy

jednostranné – Hospic sv. Jiří, o.p.s. může ukončit poskytování služby v případě, že

- klient či pečující osoba (osoby) nedodržují dohodnutý paliativní režim stanovený lékařem
- z důvodu fyzického napadení pracovníka Hospice sv. Jiří, o.p.s. opakovaného hrubého chování vůči pracovníkovi / pracovníkům Hospice sv. Jiří, o.p.s.
- nedodržení podmínek pro poskytování služby dané smlouvou (např. klient nemá pečující osobu, není umožněn vstup do domácnosti klienta pracovníkům hospice atd.)

po vzájemné dohodě:

při hospitalizaci, převozu klienta do jiného zařízení apod.

VIII. Práva klienta

Klient má právo na rovné a nediskriminující zacházení. Klient má právo na poskytování kvalitní paliativní péče dle vymezené nabídky služeb dle článku III. Klient je oprávněn podat proti kvalitě a způsobu poskytovaných služeb připomínku či stížnost. Připomínky a stížnosti řeší ředitelka hospice.

IX.

Závěrečná ustanovení

Případné spory ze smlouvy se řídí platnými právními předpisy. Veškerá ujednání smlouvy je možné měnit se souhlasem obou stran. Tyto změny je nutné zakotvit v písemném dodatku této smlouvy. Zúčastněné strany prohlašují, že se seznámily se zněním smlouvy, smlouva vyjadřuje jejich svobodnou vůli, rozumí obsahu smlouvy, zavazují se ji dodržovat a svým podpisem ji stvrzují. Smlouva je vyhotovena ve 2 exemplářích.

Datum a místo: _____

podpis klienta

Hospic sv. Jiří, o.p.s.
podpis sociální pracovníce

Poznámka: V případě nepříznivého zdravotního stavu podepisuje pečující osoba a 2 svědci

Podpisy:
pečující osoba.....

svědek 1.....

svědek 2.....

Příloha č. 3 – ukázka prohlášení o spolupráci mezi pobytovou sociální službou pro seniory a mobilní specializovanou paliativní péčí

Prohlášení o spolupráci

Níže uvedeného dne

1) **Domov Sue Ryder, z. ú.**, se sídlem Michelská 1/7, Praha 4-Michle, PSČ 140 00
IČO: 26204673,
zapsaný v rejstříku ústavů vedeném Městským soudem v Praze, oddíl U, vložka 213
zastoupený ředitelem Mgr. Ing. Matějem Lejsalem
(dále jen „Domov Sue Ryder“)
na straně jedné

a

2) **Cesta domů, z. ú.**, se sídlem Bubenská 421/3, Praha 7-Holešovice, PSČ 170 00
IČO: 26528843
zapsaný v rejstříku ústavů vedeném Městským soudem v Praze, oddíl U, vložka 130
zastoupený ředitelem Mgr. Markem Uhlířem
(dále jen „Cesta domů“)
na straně druhé

společně sepsali toto

prohlášení o spolupráci

při poskytování paliativní péče klientům Domova Sue Ryder

(ve smyslu ust. § 1746 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb. občanský zákoník)

I. Prohlášení o spolupráci

1. Domov Sue Ryder je společností zapsanou v rejstříku ústavů, jejímž hlavním posláním je péče o seniory, kteří potřebují z důvodu nemoci nebo vysokého věku pomoc druhých (dále jen „klient“ nebo též „klienti“).
2. Cesta domů je společností zapsanou v rejstříku ústavů, jejíž hlavní činností je poskytování paliativní péče a rozšiřování a rozvoj této péče v ČR.
3. Účastníci tímto společně prohlašují, že v zájmu klientů Domova Sue Ryder a rovněž v souladu s účelem Cesty domů dlouhodobě úzce spolupracují při poskytování paliativní péče těm klientům Domova Sue Ryder, kteří o její poskytování projevují zájem.
4. Domov Sue Ryder a Cesta domů tímto prohlášením shodně projevují vůli v této úzké spolupráci v maximální možné míře dále pokračovat, a to alespoň po dobu trvání smyslu této spolupráce.

II. Podmínky spolupráce

1. Domov Sue Ryder v souladu se svým posláním zapracovává do své činnosti postupy, jak klienty a osoby klientovi blízké, které o něj pečují (dále jen „klient a osoba blízká“) průběžně informovat o existenci, smyslu, formách a průběhu paliativní péče.
2. Domov Sue Ryder za účelem získání potřebných kompetencí k provádění činnosti ve smyslu odst. 1. tohoto článku zajišťuje informovanost a vzdělávání svých zaměstnanců v oblasti poskytování paliativní péče, rovněž, nikoliv však výlučně, ve spolupráci s Cestou domů.
3. Domov Sue Ryder užívá pro účely informování klientů a osob blízkých o paliativní péči informace a materiály poskytnuté za tímto účelem Cestou domů a rovněž materiály a informační prostředky vlastní.
4. Klientům a osobám blízkým, kteří projevují zájem o poskytnutí paliativní péče Cestou domů klientovi v prostorách Domova Sue Ryder, předá Domov Sue Ryder kontaktní údaje na zástupce Cesty domů, a po dobu konzultace Cesty domů s klientem, popř. osobou blízkou je s oběma v kontaktu.

5. Cesta domů poskytne klientovi Domova Sue Ryder všechny informace a podporu při rozhodování o využití paliativní péče.
6. Spolupráce při poskytování paliativní péče klientovi má zpravidla tyto formy:
 - a) zprostředkování návštěv lékaře a dalších členů multidisciplinárního týmu (dále jen „MDT“) Cesty domů u klienta,
 - b) zprostředkování zpřístupnění zdravotnické dokumentace klienta lékaři a členům MDT Cesty domů,
 - c) konziliárního vyšetření (opatrovník nebo osoba blízká, Cesta domů, Domov Sue Ryder) k celkovému zhodnocení zdravotního stavu klienta a možných postupů při poskytování péče,
 - d) možnost konzultací s lékařem a zdravotními sestrami Cesty domů při změnách zdravotního stavu klienta,
 - e) pravidelné vizity lékaře a zdravotních sester Cesty domů k celkovému zhodnocení zdravotního stavu klienta a nastavení možných postupů při poskytování péče,
 - f) ad hoc vizity lékaře a zdravotních sester Cesty domů při změnách zdravotního stavu klienta ve společné péči,
 - g) konzultace dalších členů MDT Cesty domů dle potřeb klienta ve společné péči, jeho blízkých a pečujících členů týmu Domova Sue Ryder.
7. Poskytování paliativní péče Cestou domů klientovi v prostorách Domova Sue Ryder je možné při splnění těchto podmínek:
 - a) souhlas vedoucí Domova pro seniory Domova Sue Ryder s poskytováním paliativní péče Cestou domů klientovi v prostorách Domova Sue Ryder,
 - b) souhlas klienta, popř. jeho opatrovníka a souhlas blízkých osob pečujících o klienta s poskytnutím paliativní péče Cestou domů,
 - c) ochota a zapojení všech účastníků do společného postupu při péči o klienta,
 - d) uzavření písemné smlouvy mezi klientem a Cestou domů.
8. Domov Sue Ryder a Cesta domů koordinují poskytování paliativní péče klientovi v rámci úzké spolupráce všech zúčastněných, vždy s ohledem na nejlepší zájem klienta a rovněž s ohledem na personální, prostorové, materiální, popř. další kapacity smluvních stran.
9. Úhrada služeb se řídí běžnými podmínkami péče Cesty domů a Domova Sue Ryder, pokud není sjednáno jinak.
10. Domov Sue Ryder a Cesta domů postupují v péči dle domluvených postupů a v průběhu spolupráce definují další postupy, které jsou prověřeny praxí jako dobré, a proto mají zájem používat je prioritně dále.
11. Domov Sue Ryder a Cesta domů si bezodkladně sdělují všechny informace, které by mohly ovlivnit další průběh jejich spolupráce, a to tak, aby v maximální možné míře chránily zájem klienta a zasloužily se o další existenci spolupráce. Za tímto účelem se rovněž pravidelně setkávají zástupci obou účastníků, aby spolupráci průběžně zhodnotili a mohli tak udržet její vysokou úroveň.
12. Není-li v konkrétním případě určeno písemně jinak, smluvní strany jsou při realizaci spolupráce podle tohoto prohlášení zastoupeny osobami pověřenými poskytovat klientovi péči. Za osobu pověřenou se považuje též zaměstnanec Domova Sue Ryder nebo Cesty domů, pokud činnost, kterou vykonává ve vztahu ke klientovi, je součástí předmětu jeho práce vykonávané na základě pracovní smlouvy.

IV. Závěrečná ustanovení

Toto prohlášení je platné a účinné podpisem oběma smluvními stranami.

Toto prohlášení je vyhotoveno ve dvou stejnopisech, z nichž každá ze smluvních stran obdrží po jednom.

Smluvní strany tímto prohlašují, že si smlouvu přečetli, rozumí jejímu obsahu a že smlouva vyjadřuje jejich pravou, vážnou a svobodnou vůli. Účastníci dále prohlašují, že neuzavírají tuto smlouvu v tísní za nápadně nevýhodných podmínek.

V Praze dne

V Praze dne

Za Domov Sue Ryder, z. ú.:

Za Cestu domů, z. ú.:

.....

.....



Roku 2017 v České republice zemřelo 15 839 obyvatel pobytových sociálních služeb pro seniory. Přibližně 53 % z tohoto počtu zemřelo v pobytové službě, zbylých cca 47 % nejčastěji ve zdravotnických zařízeních, případně při převozu do nich (ÚZIS, 2018; ČSÚ, 2017). Mnozí obyvatelé pobytových sociálních služeb pro seniory (dále jen „domovů“) si zde přejí zemřít.

Mobilní specializovaná paliativní péče

Parametry mobilní specializované paliativní péče jsou popsány ve věstníku MZ ČR č. 13/2017.

Základními znaky MSPP jsou:

- péče je poskytována multidisciplinárním týmem odborníků
- stále dostupná (24/7/365)
- odborným garantem je lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína

- péči týmy poskytují ve vlastním sociálním prostředí pacienta – tj. doma i v náhradním sociálním prostředí (vč. domovů pro seniory, se zvláštním režimem a dalších prostředích (vč. ulice)

Poskytovatel MSPP má oprávnění k poskytování v odbornosti 926 (mobilní specializovaná paliativní péče), příp. v odbornostech 720 (ambulance paliativní medicíny) a 925 (domácí zdravotní péče).

Pojišťovny s poskytovateli nasmlouvávají odbornosti, pro které má poskytovatel oprávnění. Má-li poskytovatel uzavřené smlouvy s pojišťovnami, pojišťovny zdravotní péči pojištěncům hradí.

Nemá-li poskytovatel smlouvy uzavřené, záleží na finančním zajištění poskytovatele, jakou výši spoluúčasti bude od obyvatele požadovat.

Poskytovatelé MSPP v ČR mají různou kapacitu, možnosti poskytovat péči v domovech, nabízet edukace apod. Též mají rozdílnou strukturu financování.

Pobytové sociální služby pro seniory

Pobytové sociální služby pro seniory zahrnují domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem. Jednotlivé služby se od sebe liší:

- personálním složením – počtem všeobecných sester, pečovatelů, dalších odborností na jednoho klienta
- úrovní spolupráce s praktickým lékařem/ praktickými lékaři klienta

- přístupem, znalostmi, dovednostmi personálu v tématech závěru života
- kulturou péče i organizace jako celku
- kulturou paliativního přístupu, úrovní obecné paliativní péče, možnostmi spolupráce s aktéry specializované paliativní péče
- strukturou klientely – náročnost na péči, zdravotní stav – a jejím sociálním složením
- právním statutem – neziskové organizace, církevní organizace, příspěvkové organizace, společnosti s ručením omezeným a jiné.

Spolupráce s poskytovateli služeb mobilní specializované paliativní péče (dále jen „MSPP“) může domovům napomoci v:

- zajištění přání zemřít v domově, a to důstojně a s dobrou kvalitou života
- zvládnutí symptomové zátěže obyvatele
- zajištění péče i při klinické nestabilitě zdravotního stavu a rychle se měnícím nárokům na objem péče obyvatele neumožňující praktickému lékaři převzít odpovědnost za zajištění trvale dostupné péče ve vlastním sociálním prostředí až do úmrtí pacienta (věstník MZ č. 13/2017)
- komplexním zhodnocení stavu
- kultivaci paliativního přístupu a obecné paliativní péče v organizaci prostřednictvím edukace, učení se v praxi zvýšení jistoty při poskytování péče v závěru života pro pracovníky domovů

Vzhledem k unikátnosti jednotlivých poskytovatelů MSPP i domovů, k rozdílným potřebám i možnostem, doporučujeme držet se následujících doporučení. →

Doporučení pro nastavení úspěšné meziorganizační spolupráce

Před zahájením spolupráce:

- Zvažte kapacity pro navázání spolupráce.
- „Oksichtěte se.“ Tj. poznejte se.
- Vyjasněte si očekávání a možnosti.
- Domluvte se na způsobu financování.
- Domluvte se na způsobu smluvního zajištění.

Dále si vyjasněte:

- Kdy a jak bude MSPP kontaktován.
- Jak proběhne zahájení spolupráce, které podmínky musí být splněny.
- Vlastní průběh konziliární návštěvy i sdílené péče.
- Jak dojde k ukončení sdílené péče.

Pro spolupráci při zajištění specializované paliativní péče se domluvte na:

- Dokumentačních pravidlech včetně předávání lékařských zpráv a informací z vizit.
- Roli praktického lékaře.
- Roli rodiny.

Další informace

Leták je shrnutím základních informací, nepostihuje všechny nuance spolupráce.

Podrobnosti lze nalézt v Metodických doporučeních pro úspěšnou spolupráci poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče a pobytových sociálních služeb pro seniory.

Leták je zamýšlen jako podpora pro management poskytovatelů pobytových sociálních služeb pro seniory a mobilní specializované paliativní péče, kteří uvažují o spolupráci či chtějí spolupracovat.

Zdroje

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. 2017. Vybrané údaje o sociálním zabezpečení. Uživatelé (klienti) zařízení sociálních služeb v roce 2017 [online]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vybrane-udaje-o-socialnim-zabezeceni-2017>.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. 2018. Zemřelí 2017 [online]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/publikace/zemreli-2017>.

Věstník MZ ČR č. 13/2017. [online]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik-c-13/2017_14605_1760_11.html



Leták vznikl za podpory Nadačního fondu Avast v rámci programu Avast Foundation Palliative Care Scholarship. Autorka: Mgr. et Mgr. Karolína Pechová, Domov Sue Ryder, z. ú.



Spolupráce mobilní specializované paliativní péče a pobytových sociálních služeb pro seniory

Manuál pro spolupráci

Zdroje

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. 2017. Vybrané údaje o sociálním zabezpečení. Uživatelé (klienti) zařízení sociálních služeb v roce 2017 [online]. [23. 2. 2019]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vybrane-udaje-o-socialnim-zabezpeceni-2017>.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. 2018. Zemřelí 2017 [online]. [23. 2. 2019]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/publikace/zemreli-2017>.

STEM/MARK. 2013. Zpráva umírání a péče o nevyléčitelně nemocné. STEM/MARK pro Cestu domů [online]. [23. 2. 2019]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2013.pdf>.

Věstník MZ ČR č. 13/2017. [online]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik-c-13/2017_14605_1760_11.html.

Přednáška Claudie Bausewein pronesená dne 25. 5. 2017 v Praze.

HRDÁ, K., TOLLAROVÁ, B., HÁJKOVÁ, A., KREJČÍKOVÁ, H., BRUNEROVÁ, T., LEJSAL, M., GAUDLOVÁ, A. a HILDEBRANDOVÁ, K.

Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory. Praha: Domov Sue Ryder, 2018.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Poděkování

Poděkování patří všem organizacím i jedincům, díky kterým mohl tento materiál vzniknout. Zejména pak: kolegům z Domova Sue Ryder, Cestě domů, Hospici sv. Štěpána, Domácímu hospici sv. Zdislavy, Hospici Dobrého Pastýře, Domácí péči Iris, Hospici Jordán, Stromu života, Mostu k domovu, Domu u Agáty, Domovu Pod Kavčí Skálou v Říčanech, Domovu pro seniory Bechyně, organizacím zapojeným v pracovní skupině pro pobytové sociální služby v projektu Paliatr Vysočina.

Velké poděkování patří Hospici sv. Jiří, o.p.s. za sdílení zkušeností i za poskytnutí vzoru smluv, jež jsou k nalezení v přílohách.

Dále pak poděkování patří Geriatrické paliativní sekci České společnosti paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČSPM ČLS JEP), pracovní skupině ČSPM ČLS JEP pro mobilní specializovanou paliativní péči, Fóru mobilních hospiců, dalším členům ČSPM ČLS JEP, kteří materiál komentovali.

Dále všem účastníkům workshopů i organizacím, které přijely konzultovat spolupráce. Všem těm, kteří ke vznikajícímu materiálu předali své podněty. V neposlední řadě všem těm, díky kterým jsem mohla realizovat projekt a kteří mi projeví svou důvěru.

Děkuji Nadačnímu fondu Avast za podporu.

Medailonek autorky



Mgr. et Mgr. Karolína Pechová – koordinátorka projektu Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory v Domově Sue Ryder, z. ú., koordinátorka strategických rozvojových projektů tamtéž. Stipendistka Nadačního fondu Avast – zaměřuje se na podporu spolupráce pobytových sociálních služeb pro seniory a mobilní specializované paliativní péče. Doktorandka programu Sociální práce na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy. Vzděláním je sociální pracovnice. T. č. na mateřské dovolené.

Kontaktní údaje:

Tel: +420 606 487 516

E-mail: k.pechova@post.cz

