



Spolufinancováno
Evropskou unií



Doporučení v oblasti zavádění a poskytování paliativní péče v zařízeních služeb sociální péče v Královéhradeckém kraji

Materiál zpracovaný v rámci projektu Rozvoj kompetencí sociálních služeb
v Královéhradeckém kraji, reg. č. 03.02.02/00/22_006/0000194

Autor: Mgr. Monika Ondráčková

V Hradci Králové 4. dubna 2025



Paliativní péče

Paliativní péče je celostní přístup, který se zaměřuje na zlepšení kvality života pacientů nebo klientů pobytových zařízení sociálních služeb a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním. Paliativní péče jako taková není omezena pouze na terminální stádium nemoci, ale může být poskytována souběžně s léčbou zaměřenou na vyléčení. Důraz je kladen na zmírnění bolesti a dalších nepříjemných symptomů, a to jak fyzických, tak psychických, sociálních a duchovních. Důležité je, že paliativní péče respektuje autonomii pacienta nebo klienta a podporuje jeho aktivní účast na rozhodování o vlastní péči.

Dle European Association for Palliative Care (EAPC) je paliativní péče definována jako aktivní celková péče o pacienta, jehož onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Důležité je mírnění bolesti a dalších symptomů včetně sociálních, psychologických a spirituálních.¹

Mezi klíčové složky paliativní péče patří:

- Zmírnění bolesti a dalších symptomů – farmakologická i nefarmakologická léčba bolesti, dušnosti, nevolnosti, únavy a dalších nepříjemných projevů nemoci.
- Psychosociální podpora – poskytuje pacientům nebo klientům a jejich rodinám emocionální podporu, poradenství a pomoc při zvládání stresu, úzkosti a deprese. Zaměřuje se na řešení sociálních problémů, jako jsou finanční potíže, problémy s bydlením a izolace.
- Duchovní péče – respektuje duchovní a náboženské potřeby pacientů a poskytuje jim podporu při hledání smyslu a naděje.
- Podpora rodiny – zahrnuje pomoc rodinám při zvládání péče o nemocného, poskytování informací a poradenství a podporu v období truchlení.
- Komunikace a plánování péče – zahrnuje otevřenou a citlivou komunikaci s pacienty a jejich rodinami o prognóze, možnostech léčby a plánování budoucí péče. Důležitou součástí je plánování předem (advance care planning), které umožňuje pacientům vyjádřit svá přání ohledně budoucí péče.

Shrme-li předchozí odstavce s ohledem na poskytování paliativní péče ve službách sociální péče, je jejím cílem především zlepšovat kvalitu života klientů a jejich rodin a také mírnění utrpení a zachování klientovi důstojnosti. Dobře nastavená paliativní péče podporuje autonomii a rozhodování klientů a poskytuje komplexní a koordinovanou péči.

¹ Paliativní péče v rezidenčních službách se zaměřením na uživatele seniorského věku: PECHOVÁ, Karolína a LEJSAL, Matěj. *Paliativní péče v rezidenčních službách: se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020. ISBN 978-80-88361-01-5.



V neposlední řadě pak nesmíme zapomenout na podporu rodiny v období nemoci a truchlení.

Paliativní péče je tedy komplexní a multidisciplinární přístup, který se zaměřuje na celostní péči o seniory v termálním stadiu.

Paliativní péči lze dělit podle různých kritérií:

1. Podle úrovně odbornosti

- **Obecná paliativní péče** – poskytována lékaři a zdravotníky v rámci jejich běžné praxe. Zahrnuje základní léčbu symptomů, komunikaci s pacientem a rodinou a organizační zajištění péče,
- **specializovaná paliativní péče** – poskytována týmem odborníků se specializací v paliativní medicíně (lékař, sestra, sociální pracovník, psycholog, kaplan atd.). Je určena pro pacienty s komplexními potřebami, jejichž symptomy vyžadují specializovaný přístup,
- **paliativní přístup** – filozofie a způsob poskytování péče, který se zaměřuje na zlepšení kvality života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí.

2. Podle časového hlediska (u nevléčitelných onemocnění)

- **Časná paliativní péče** – poskytována souběžně s kurativní léčbou, zejména na začátku onemocnění,
- **pokročilá paliativní péče** – poskytována v pokročilé fázi onemocnění,
- **terminální (hospicová) paliativní péče** – poskytována pacientům s prognózou přežití v řádu týdnů či kratší. Zaměřuje se na maximální komfort a důstojné umírání,
- **péče o pozůstalé** – podpora poskytovaná blízkým osobám zemřelého pacienta.

3. Podle místa poskytování²

- **Domácí paliativní péče (mobilní hospic)** – specializovaná péče poskytovaná v domácím prostředí pacienta,
- **ambulantní paliativní péče** – poskytována v ambulancích paliativní medicíny,
- **nemocniční paliativní péče**
 - **konziliární týmy** – poskytují odborné poradenství a podporu personálu jiných oddělení nemocnice,
 - **lůžková oddělení paliativní péče** – specializovaná oddělení v nemocnicích,
- **lůžkový hospic (kamenný hospic)** – samostatná zdravotnická zařízení pro pacienty v terminálním stádiu,

² PALIATIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE 2016 Situační analýza: <https://www.paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>.



- **denní stacionář paliativní péče (denní hospic)** – pacienti docházejí do stacionáře na denní program,
- **paliativní péče v pobytových zařízeních služeb sociální péče.**

V domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem, obecně tedy zařízeních služeb sociální péče, je paliativní péče poskytována na několika úrovních a v několika formách.

- **Obecná paliativní péče** – personál domova pro seniory (ošetřovatelé, zdravotní sestry, sociální pracovníci) by měl být schopen poskytovat základní paliativní péči. To zahrnuje rozpoznávání a zvládání běžných symptomů (bolest, dušnost, nevolnost), poskytování psychické a sociální podpory, respektování přání a potřeb klientů a komunikaci s rodinou.
- **Specializovaná paliativní péče (externí)** – v případě komplexnějších potřeb může být do domova pro seniory zvána specializovaná paliativní péče zvenčí. To může zahrnovat konzultace s lékařem paliativní medicíny, mobilním hospicem nebo jinými specialisty. Tito odborníci mohou pomoci s náročnějším zvládáním symptomů, plánováním péče a poskytováním specializované podpory.
- **Integrace paliativního přístupu** – i když domov pro seniory nemusí mít specializovaný paliativní tým, může implementovat paliativní přístup do své běžné péče. To zahrnuje holistický přístup ke klientům, zaměření na kvalitu života, aktivní naslouchání jejich potřebám a přáním, podporu jejich autonomie a důstojnosti, komunikaci s jejich blízkými.



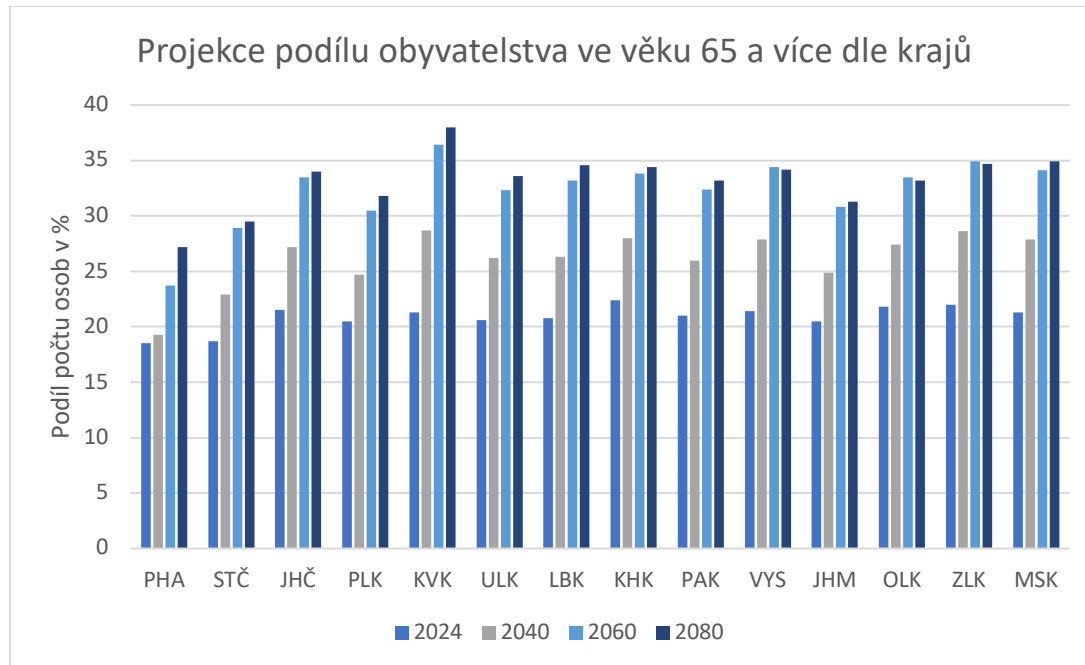
Aspekty vedoucí k zavádění paliativní péče do pobytových zařízení sociální péče

V kontextu zavádění paliativní péče do pobytových zařízení sociální péče se objevuje několik klíčových aspektů, které podtrhují její nezbytnost a přínos.

Demografický vývoj a stárnutí populace

Tento aspekt sleduje rostoucí počet seniorů v České republice. Podle Českého statistického úřadu³ už na konci roku 2023 tvořili senioři (65+) více než pětinu (konkrétně 20,5 %) celkové populace České republiky. Pro srovnání, v roce 1993 to bylo "jen" 13 %. Specificky pro Královéhradecký kraj pak k 31. 12. 2023 žilo 125 014 seniorů, což odpovídá 22,4 % celkové populace kraje.

V prosinci roku 2024 pak Český statistický úřad⁴ zveřejnil projekci podílu obyvatelstva ve věku 65 a více let podle jednotlivých krajů až do roku 2080, jedná se velmi alarmující predikci nejen pro zajištění budoucí péče v zařízeních sociálních služeb, ale i pro oblast zdravotní péče.



Graf č. 1: Podíl osob ve věku 65 a více v celkové populaci dle krajů, zdroj: ČSÚ

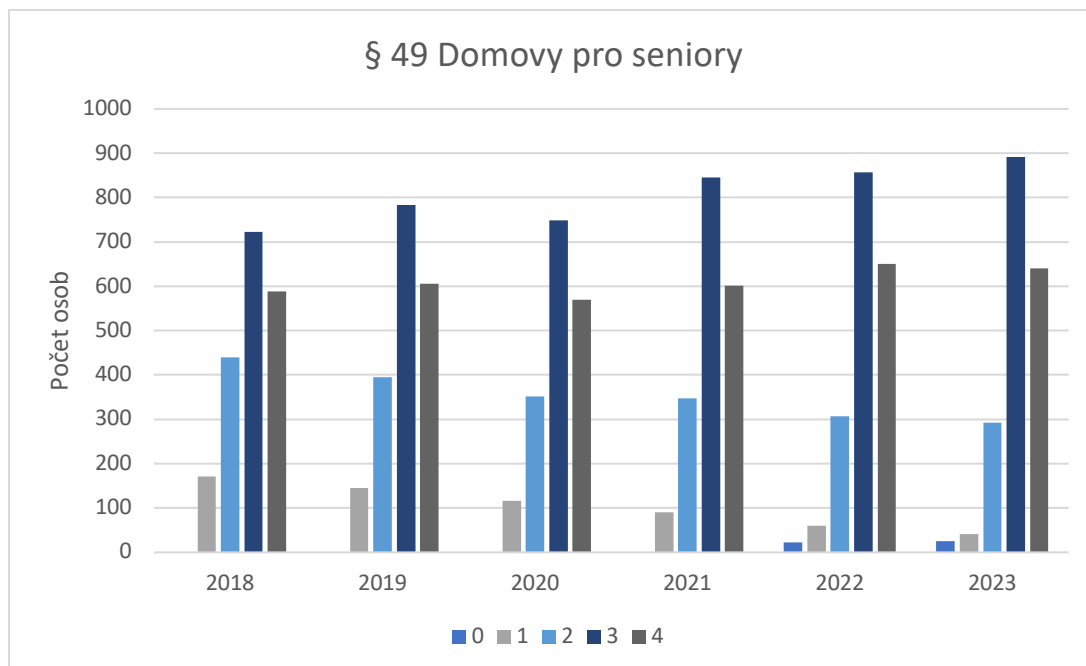
³ Český statistický úřad, Senioři: <https://csu.gov.cz/seniori?pocet=10&start=0&skupiny=31&razeni=-datumVydani#regionalni-data>.

⁴ Český statistický úřad, Projekce obyvatelstva: <https://csu.gov.cz/seniori-v-datech/projekce-obyvatelstva>.

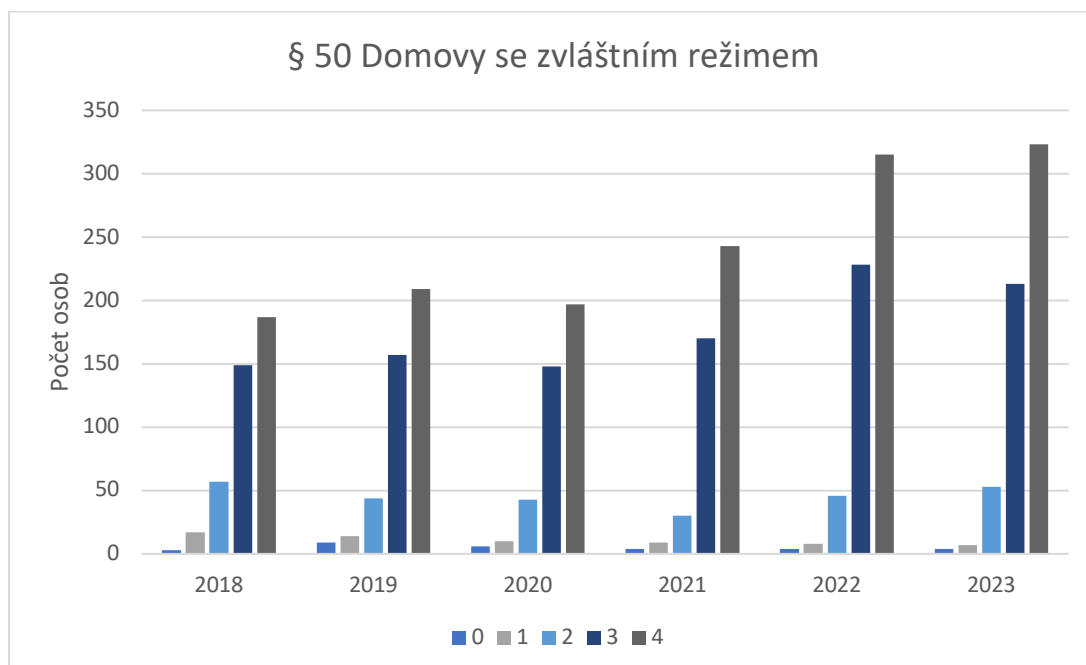


Jak již bylo výše zmíněno, s tímto demografickým trendem souvisí zvýšená potřeba paliativní péče, která se stává nezbytnou součástí péče vedoucí ke zvýšení kvality života seniorů v pobytových zařízeních. Je však klíčové zdůraznit, že zavedení a posílení paliativní péče v pobytových zařízeních sociální péče nelze vnímat jako snahu o plnou náhradu stávající hospicové péče poskytované v lůžkových hospicích nebo specializovanými mobilními paliativními týmy. Tyto specializované služby i nadále zůstávají nenahraditelné a mají svou jasně definovanou a nezastupitelnou roli v celém systému péče o osoby nevléčitelně nemocné v závěru jejich života. Lůžkové hospice poskytují intenzivní specializovanou péči v prostředí, které je plně přizpůsobeno potřebám umírajících, zatímco mobilní paliativní týmy zajišťují komplexní péči v domácím prostředí pacientů, kteří si přejí zemřít doma. Paliativní péče v sociálních službách má spíše za cíl doplnit a rozšířit stávající síť péče, zajistit základní principy paliativního přístupu přímo v místech, kde senioři trvale žijí, a včas identifikovat a stabilizovat pacienty, kteří by v případě zhoršení stavu mohli vyžadovat intenzivnější péči ze strany specializovaných paliativních služeb.

Důležitým poznatkem, který podtrhuje naléhavost této situace, jsou informace, které má Královéhradecký kraj k dispozici díky vlastnímu pravidelnému sběru dat prostřednictvím aplikace pro řízení Sítě veřejně podporovaných služeb. Z těchto dat (viz grafy č. 2 a 3) je jasně patrný nárůst počtu klientů s potřebou vysoké míry podpory v pobytových zařízeních sociální péče, jako jsou domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Tento trend indikuje, že stále větší procento klientů v těchto zařízeních vyžaduje komplexnější péči, zahrnující i prvky paliativního přístupu, a to často po delší dobu. Tato zjištění tak jednoznačně potvrzují potřebu proaktivního a systematického zavádění paliativní péče do těchto zařízení, aby bylo možné zajistit adekvátní a kvalitní péči pro všechny klienty, kteří ji potřebují.



Graf č. 2: Vývoj podílu počtu uživatelů v domově pro seniory dle stupně příspěvku na péči v Královéhradeckém kraji



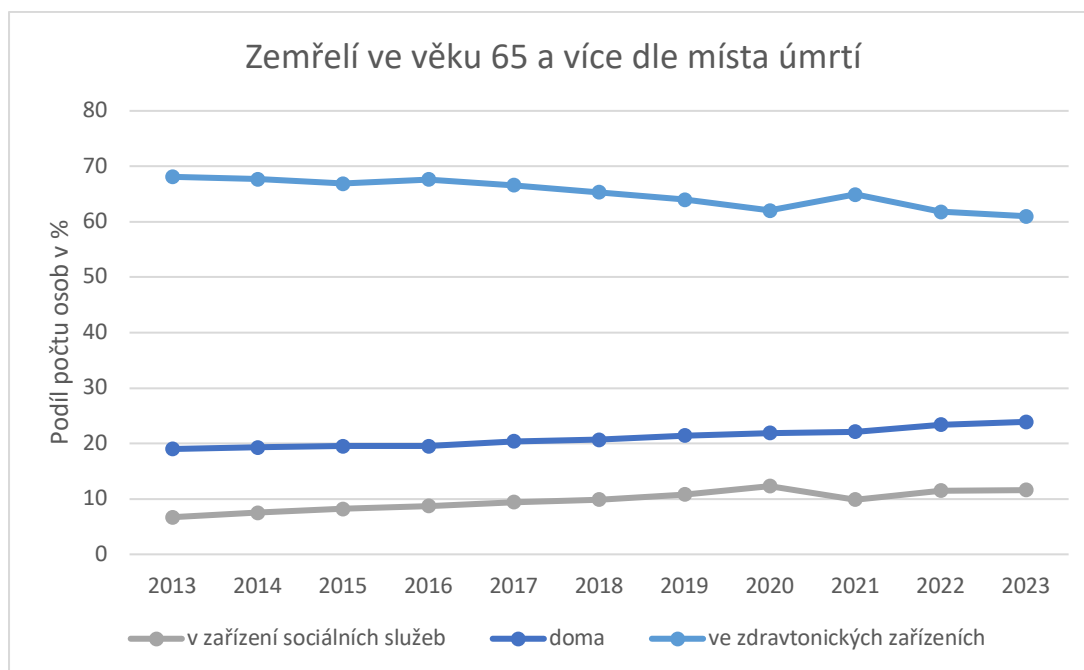
Graf č. 3: Vývoj podílu počtu uživatelů v domově se zvláštním režimem dle stupně příspěvku na péči v Královéhradeckém kraji



Hospitalizace v termálním stádiu a výjezdy zdravotnické záchranné služby

Dalšími ukazateli, které poukazují na potřebnost zavádění paliativní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb jsou data o hospitalizacích v termálním stádiu a výjezdech záchranné služby. Tato data poskytují konkrétní informace o tom, že zavedení paliativní péče může vést ke snížení četnosti zbytečných hospitalizací a akutních zásahů, což je přínosné jak pro klienty, tak pro systém zdravotní péče.

Díky datové analýze Centra paliativní péče⁵ zaměřené na výjezdy zdravotnické záchranné služby (dále jen „ZZS“) víme, že v České republice ročně umírá přibližně 120 tisíc lidí, z nichž 57 % (téměř 70 tisíc) tvoří tzv. očekávatelná úmrtí. Tato kategorie zahrnuje pacienty s chronickými, progredujícími a nevyléčitelnými onemocněními, u kterých lze s vysokou pravděpodobností předvídat blížící se konec života. Navzdory tomu, že drtivá většina populace, odhadem 80 % lidí, preferuje prožití posledních chvil a umírání v domácím prostředí, realita je bohužel odlišná. Jak jasně ilustruje následující graf, dvě třetiny těchto očekávaných úmrtí probíhají v nemocničních zařízeních, což představuje značný rozpor mezi preferencemi umírajících a skutečným místem jejich smrti. Tento nesoulad často souvisí s nedostatečnou podporou v domácím prostředí a v pobytových sociálních službách, což vede k nutnosti akutních převozů do nemocnic v terminální fázi života.



Graf č. 4: Procentuální podíl zemřelých ve věku 65 let a více podle místa úmrtí za celou ČR, zdroj: Český statistický úřad

⁵ Datová analýza *Výjezdy záchranky k pacientům v závěru života*: <https://paliativnicentrum.cz/projekty/vyjezdy-zachranky-k-pacientum-v-zaveru-zivota>.



Výše zmíněná datová analýza pak poukazuje i na to, že více než polovina tzv. očekávatelných úmrtí (53 %, tj. 36 tisíc lidí ročně) je v posledních 30 dnech života doprovázena výjezdem ZZS. Tyto počty převyšují součet výjezdů k dopravním nehodám, resuscitacím a cévním mozkovým příhodám.

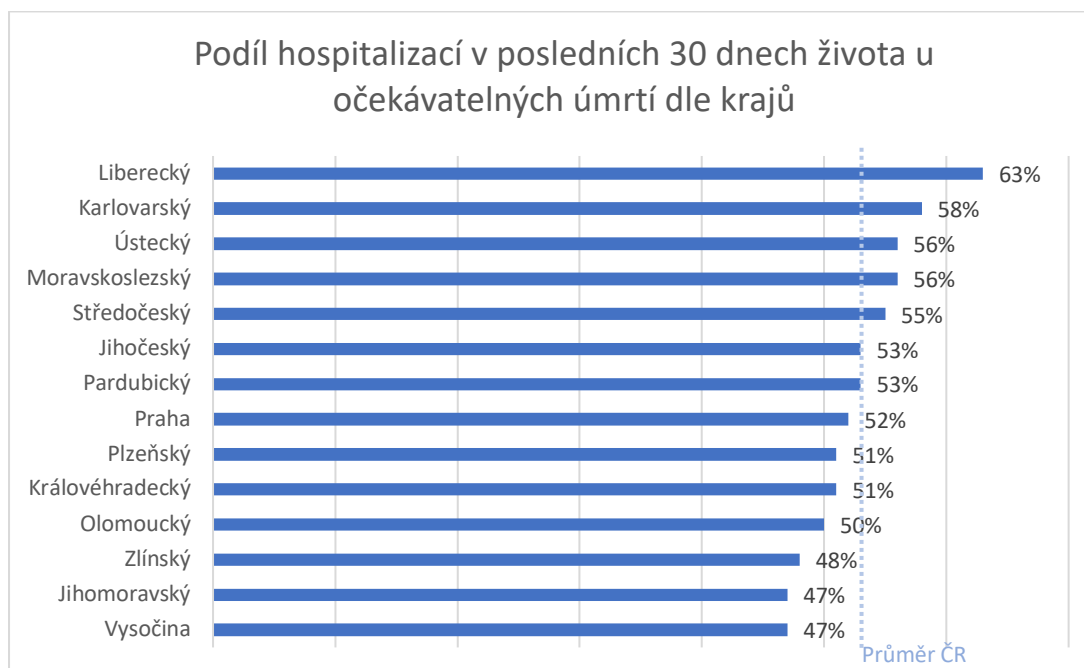
V kontextu paliativní péče pak lze říct, že časté výjezdy ZZS k pacientům v terminálním stádiu onemocnění indikují její nízkou dostupnost a koordinaci, případně nedostatečné povědomí pečujících osob o paliativní péči a jejich možnostech. To ostatně ukázal i průzkum agentury STEM|MARK⁶ z roku 2023, který byl zaměřen na postoje veřejnosti k umírání. Co je to paliativní péče vědělo pouze 43 % respondentů, z nichž pak většina (63 %) vnímá paliativní péči výhradně jako péči o nevléčitelně nemocného. Pouze 15 % pak uvedlo, že se jedná o komplex péče zachovávající důstojnost umírajícího člověka a jen 3 % respondentů paliativní péči vnímá jako péči o seniora. Téměř polovina respondentů (48 %) však uvedla, že preferuje pro závěr života zůstat v domácím prostředí a 22 % by pak volilo zařízení sociálních služeb.

Přesto však pečující často volají ZZS z důvodu nezvládnutého zhoršení stavu pacienta a nedostatku alternativní podpory. Pro mnohé z těchto pacientů by byla vhodnější jiná forma péče než akutní hospitalizace. Opakované výjezdy ZZS (9 % pacientů, tj. více než 6 tisíc lidí ročně) naznačují, že včasné nasměrování do specializované paliativní péče by mohlo předejít mnoha z těchto situací.

Analýza Centra paliativní péče⁷, která pracuje s daty z roku 2022, reflektuje i výrazné regionální rozdíly v rámci jednotlivých krajů. Přibližně 11 tisíc pacientů ročně je v posledních 3 dnech života převezeno ZZS do nemocnice, kde umírají. To představuje 16 % očekávatelných úmrtí a 9 % všech úmrtí v ČR. Nejnižší počet výjezdů u očekávatelných úmrtí je na Vysočině, v Jihomoravském a Zlínském kraji (47-48 %) a nejvyšším naopak v Libereckém (63 %) a Karlovarském kraji (58 %). V Královéhradeckém kraji je to pak 51 %.

⁶ Závěrečná zpráva z kvantitativního výzkumu Postoje k umírání: <https://data.eu.cntmbr.com/paliativnicentrum/paliativnicentrum-prod/da10fe56-6530-410a-a580-adb1694f1619.pdf>.

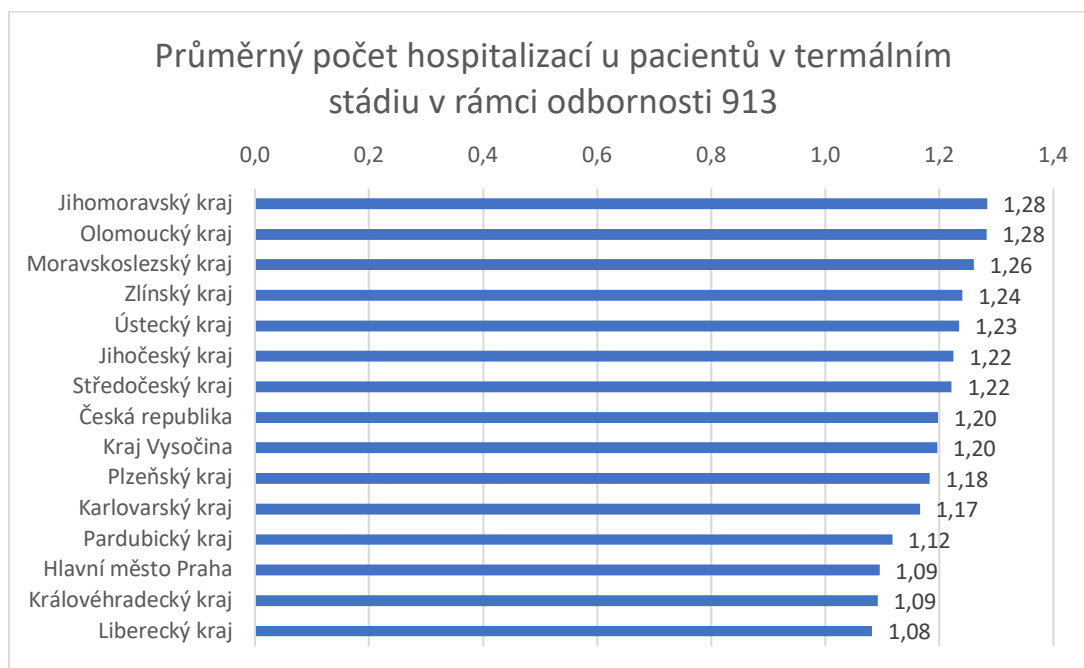
⁷ Datová analýza Výjezdy záchranky k pacientům v závěru života: <https://paliativnicentrum.cz/projekty/vyjezdy-zachranky-k-pacientum-v-zaveru-zivota>.



Graf č. 5: Podíl hospitalizací v posledních 30 dnech života u očekávatelných úmrtí dle krajů, zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, převzato z webu Centra paliativní péče

Tato data objektivně potvrzují, že cílené aktivity Královéhradeckého kraje zaměřené na posílení komplexní paliativní péče, včetně podpory mobilních hospiců a integrace paliativních principů do zařízení sociálních služeb, mají potenciál významně snížit zátěž ZZS a urgentních příjmů nemocnic. Především však takovéto iniciativy mohou přispět k výraznému zlepšení kvality života a zachování důstojnosti umírajících pacientů, umožňující jim prožít závěr života v preferovaném prostředí a s adekvátní symptomatickou kontrolou a psychosociální podporou. Získané poznatky tak podporují strategické investice do rozvoje paliativní péče jako klíčového prvku efektivního a humánního zdravotně-sociálního systému.

Zajímavým a pro hodnocení efektivity péče klíčovým ukazatelem je průměrný počet hospitalizací u klientů zařízení sociální péče, kteří se nacházejí v terminálním stádiu onemocnění (pro zdravotní pojišťovny evidovaní pod odborností 913, což zahrnuje dlouhodobou lůžkovou péči). Z dostupných dat, vizualizovaných v grafu č. 6, je patrné, že Královéhradecký kraj vykazuje v tomto specifickém ukazateli příznivé výsledky a řadí se k regionům s nižším průměrným počtem hospitalizací této cílové skupiny pacientů.



Graf č. 6: Průměrný počet hospitalizací u pacientů v termálním stádiu v rámci odbornosti 913, zdroj: NRHZS 2016–2021

Z klinického hlediska nižší počet hospitalizací v terminální fázi života může indikovat lepší zvládnutí symptomů a potřeb klientů přímo v zařízení sociální péče. To může být důsledkem kvalitnější ošetrovatelské péče, lepšího plánování péče v závěru života a případně i dostupnosti základních prvků paliativní péče přímo v daném zařízení.

Sledování tohoto ukazatele na regionální úrovni, ideálně na úrovni jednotlivých domovů sociální péče, by mohlo sloužit jako objektivní metrika prokazující efektivitu implementovaných opatření a zavedených postupů v rámci systematického zavádění paliativní péče do zařízení služeb sociální péče v Královéhradeckém kraji. Pokud se po zavedení cílených intervencí v oblasti paliativní péče prokáže další pokles průměrného počtu hospitalizací u klientů v terminálním stádiu, bude to jasným důkazem pozitivního dopadu těchto snah.

Pravidelné monitorování tohoto ukazatele a jeho komparace mezi jednotlivými zařízeními by také mohlo identifikovat oblasti s potenciálem pro další zlepšení a sdílení osvědčených postupů. Data by mohla posloužit jako podklad pro cílené vzdělávání personálu, úpravu interních procesů a alokaci zdrojů tak, aby byla paliativní péče v zařízeních sociálních služeb v Královéhradeckém kraji poskytována na co nejvyšší úrovni a co nejvíce odpovídala potřebám klientů v závěru jejich života. Tím by se nejen zlepšila kvalita jejich života a důstojnost, ale i optimalizovalo využívání zdrojů v celém systému péče.



Nákladovost péče

Výrazným aspektem, který jasně ukazuje, že je třeba posilovat paliativní péči na všech úrovních, je aspekt ekonomický. V současném systému zdravotní péče často dochází k neefektivnímu využívání zdrojů, kdy pacienti v pokročilém stádiu nevyléčitelné nemoci, kteří by mohli být kvalitně ošetřováni v domácím prostředí či specializovaných zařízeních, zbytečně opakovaně vyžadují zásah Zdravotnické záchranné služby (ZZS) a následnou hospitalizaci. Z ekonomického pohledu nižší frekvence hospitalizací přirozeně vede k redukci nákladů na zdravotní péči, neboť hospitalizace, zejména v akutních lůžkových zařízeních, představují významnou finanční zátěž pro systém zdravotního pojištění.

V kontextu tohoto Doporučení jasně hovoří pro zavedení paliativní péče do domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem, neboť efektivnější využití zdrojů a snížení nákladů na zdravotní péči jsou nespornými benefity pro celý systém zdravotní péče. Pokud by byla v těchto zařízeních dostupná kvalitní paliativní péče, zahrnující kvalifikovaný personál schopný řešit symptomy a poskytovat psychologickou podporu, proaktivní plánování péče a úzkou spolupráci s lékaři, mohlo by dojít k výraznému snížení počtu akutních zhoršení zdravotního stavu vyžadujících urgentní výjezd ZZS.

Přístup ke klientovi

Humanistický aspekt v péči o umírající zdůrazňuje potřebu empatického a individualizovaného přístupu ke každému pacientovi. To znamená, že se pozornost nezaměřuje pouze na diagnózu a symptomy, ale na konkrétní osobu s její anamnézou, sociálními vazbami a osobní historií. Klíčovým prvkem je aktivní naslouchání obavám a potřebám klienta, stejně jako poskytování emocionální a psychologické podpory jemu i jeho blízkým.

V praxi to zahrnuje vytváření stabilního, klidného a respektujícího prostředí, které minimalizuje stres a podporuje otevřenou komunikaci. Humanistický přístup v terminální péči se soustředí na komplexní management symptomů, zahrnující nejen kontrolu fyzické bolesti, ale i řešení psychické úzkosti, pocitů izolace a strachu ze smrti. Cílem je optimalizovat kvalitu života v jeho závěrečné fázi s ohledem na klientovu autonomii a preference.



Východiska k zavádění paliativní péče v zařízeních sociálních služeb v Královéhradeckém kraji

Zavádění paliativní péče do zařízení sociálních služeb v Královéhradeckém kraji vyžaduje komplexní přístup, který zohledňuje specifika těchto zařízení a potřeby jejich klientů. Zde jsou hlavní východiska.

1. Vzdělávání a osvěta

- **Školení personálu:** Zajistit pravidelné a kvalitní vzdělávání pracovníků v oblasti paliativní péče, včetně zvládání bolesti, psychosociální podpory a komunikace s umírajícími i jejich rodinami.
- **Osvěta pro klienty a rodiny:** Informovat klienty a jejich rodiny o možnostech paliativní péče a jejích přínosech. Posílit sociální práci terénních služeb sociální péče v oblasti základního sociálního poradenství.
- **Spolupráce s odborníky:** Navázat spolupráci s odborníky na paliativní medicínu, psychology a duchovními.

2. Standardizace a metodika

- **Vytvoření standardů:** Vypracovat standardy pro poskytování paliativní péče v zařízeních sociálních služeb, které budou zohledňovat specifika těchto zařízení.
- **Zavedení metodik:** Implementovat metodiky pro hodnocení potřeb klientů, plánování péče a hodnocení kvality péče.
- **Dostupnost léků a pomůcek:** Zajistit dostupnost potřebných léků a pomůcek pro zvládání bolesti a dalších symptomů.

3. Multidisciplinární přístup

- **Týmová spolupráce:** Podporovat týmovou spolupráci mezi pracovníky sociálních služeb, zdravotníky, psychology a duchovními.
- **Individuální plánování péče:** Vytvářet individuální plány péče, které budou zohledňovat potřeby a přání každého klienta.
- **Zapojení rodiny:** Aktivně zapojovat rodiny klientů do plánování a poskytování péče.

4. Infrastruktura a financování

- **Úprava prostředí:** Upravit prostředí zařízení tak, aby bylo vhodné pro poskytování paliativní péče (např. klidné pokoje, společenské prostory, oddělené prostory pro setkávání s rodinou).



- **Zajištění financování:** Zajistit stabilní financování paliativní péče v zařízeních sociálních služeb.
- **Podpora terénních služeb:** Rozvíjet terénní služby paliativní péče, které umožní klientům zůstat v domácím prostředí.

5. Etika a komunikace

- **Respekt k důstojnosti:** Důsledně dbát na respekt k důstojnosti a autonomii klientů.
- **Otevřená komunikace:** Podporovat otevřenou a citlivou komunikaci s klienty a jejich rodinami o jejich stavu a možnostech péče.
- **Řešení etických dilemat:** Vytvořit mechanismy pro řešení etických dilemat, která mohou vzniknout v souvislosti s poskytováním paliativní péče.

Konkrétní kroky pro Královéhradecký kraj pak jsou:

- Podpora systematického vzdělávání zaměstnanců pobytových sociálních služeb v oblasti paliativní péče.
- Podpora pobytových služeb v úpravě zařízení tak, aby bylo možné poskytovat paliativní péči, a to vyčleněním vhodného pokoje, případně jinou úpravou podmínek vedoucích k zajištění komfortu pro klienta.
- Zajištění aktivní spolupráce se zdravotnickými službami spočívající např. v efektivním předávání informací při přechodu pacienta/klienta mezi různými typy služeb, spolupráce při propouštění pacienta ze zdravotnického zařízení do zařízení sociálních služeb, předávání sjednocených informací ohledně zdravotního stavu pacientovi/klientovi i rodině, příprava integrovaných paliativní plánů, tvorba společných protokolů pro řešení specifických situací v paliativní péči.
- Podpora mentorských programů pro zavádění paliativního přístupu.
- Tvorba datové základny na regionální úrovni sloužící ke sběru dat o výjezdech zdravotnické záchranné služby pro účely hodnocení efektivity přijímaných opatření v oblasti zavádění paliativní péče. Vytvoření datové základny na úrovni regionů až zařízení, která by umožnila sledování hospitalizací v terminální fázi života při využití odbornosti 913, případně sledování tohoto trendu alespoň na úrovni KHK.
- Definování a zavedení do praxe Kritérií paliativního přístupu, která mapují úroveň paliativního přístupu nebo péče v jednotlivých zařízeních služeb sociální péče.

Realizace těchto východisek vyžaduje spolupráci mezi poskytovateli sociálních služeb, zdravotnickými zařízeními, krajským úřadem a dalšími relevantními aktéry.



Praktická doporučení pro zavádění paliativní péče v pobytových službách

Díky realizaci projektu bylo možné ověřit, že systematické zavádění paliativní péče v zařízeních sociálních služeb bylo ve zvoleném modelu efektivní. Koncept, který je pro zavádění paliativní péče zvolen je následující:

1. Podpora poskytovatelů formou ucelené nabídky vzdělávání pro management, pracovníky přímé péče i zdravotnický personál,
2. odborné konzultace s mentorem vedoucí k zavedení paliativní péče do standardů organizace,
3. vícedenní stáže pro pracovníky,
4. metodická setkání – kulaté stoly – pro přenos dobré praxe i řešení systémových témat.

Tímto způsobem již byly podpořeny 4 zařízení v průběhu realizace projektu Rozvoj kompetencí sociálních služeb v Královéhradeckém kraji. Díky tomu je v kraji nyní 11 poskytovatelů sociálních služeb, kteří aktivně svým klientům poskytují paliativní péči, z celkového počtu 35 poskytovatelů péče s registrovanou službou domov pro seniory nebo domov se zvláštním režimem, případně oběma typy služby. Jedná se příspěvkové organizace KHK i „městské služby“.

Konkrétně pak výstupy z odborných konzultací i zkušenosti sdílené během kulatých stolů, které byly v průběhu projektu realizovány, ukázaly, že nelze definovat jediný správný postup zavádění paliativní péče v zařízeních sociálních služeb.

Jako návodné lze použít následující dílčí kroky pro zavádění paliativní péče, které byly definovány po realizaci odborných konzultací v jednotlivých zařízeních jsou následující:

a) Co je třeba před tím, než začneme se zaváděním paliativní péče v zařízení sociálních služeb:

- Motivovaný tým zařízení včetně vedení, vnímají ji jako společnou vizi, které by mělo zařízení dosáhnout,
- spolupracující praktický lékař,
- spolupracující odborní lékaři (geriatr, paliatr aj.),
- podpora ze strany externích odborníků (hospic, mobilní hospicová péče).

b) Zavádění paliativní péče v zařízení:

- Proškolení zaměstnanců na všech úrovních organizační struktury (vedoucí pracovníci a management, sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotní pracovníci), které zabezpečí odborné dovednosti a znalosti nejen personálu přímé péče,



- nastavení procesu proměny kultury organizace v komunikaci o těžkých tématech a přijímání konečnosti,
- písemné zpracování postupů pro poskytování paliativní péče,
 - popsání kompetencí jednotlivých pracovních pozic v procesu paliativní péče,
 - nastavení procesu komunikace s klientem dle **Průvodce budoucí péčí**,
 - nastavení procesů vedení plánovaných setkání s rodinou dle určeného postupu a cíle (rodinné konference)
 - nastavení procesu pro podávání návrhu na zařazení klienta do paliativní péče,
 - nastavení procesů tvorby Plánu péče v závěru života jako uceleného dokumentu, který vychází jak z rozhovorů dle Průvodce budoucí péčí, tak z rodinných konferencí, a obsahuje postup pro zdravotní péči, včetně SOS medikací, i sociální péči,
 - nastavení systému multidisciplinární spolupráce v rámci týmů zajišťujícího paliativní péči,
- implementace pozice **koordinátora paliativní péče** do organizační struktury zařízení,
- proškolení relevantních pracovníků ve vedení rodinných konferencí, implementace rodinných konferencí do systému poskytování paliativní péče,
- nastavení formy péče o pozůstalé tak, aby byla únosná pro organizaci,
- zjišťování potřeb pracovníků při poskytování paliativní péče, adekvátní reakce na ně (supervize, kurzy sebepéče, psychohygiena...)
- dostupnost odborné literatury,
- informování spolupracujících zdravotnických zařízení, RZP, koroner,
- domluva se zdravotními pojišťovnami týkající se vykazování zdravotních výkonů.