



Zápis ze setkání v rámci komunitního plánování sociálních služeb na Horažďovicku

Setkání k tématu domácí hospicová péče

Datum: 4. 2. 2025

Místo: MÚ Horažďovice

Přítomni: Mgr. Šárka Čáňová (Charita Horažďovice), Mgr. Pavla Dobruská (Život Plus), Ing. Martin Grolmus (Nemocnice následné péče LDN Horažďovice), Bc. Marcela Harantová (OSVZ MÚ Horažďovice), Ing. Jiřina Helíšková (Hospic svatého Lazara), Bc. Barbora Hrdonková (Pečuj Doma, Diakonie Západ), Mgr. Petr Kačírek (Hospic svatého Lazara), Klára Klečková (zdravotní sestra), Pavlína Krejčová (Charita Horažďovice), Karolína Kuncová, DiS. (Hospic svatého Lazara), Bc. Jana Kurková (Domácí hospic sv. Markéty), Mgr. Judita Soukupová Maříková (Domácí hospic sv. Markéty), Danuše Mayerová (Nemocnice následné péče LDN Horažďovice), MUDr. Kateřina Nová (praktický lékař pro dospělé), Bc. Pavla Paličková (praktický lékař MUDr. Brzáková Leona), MUDr. Jindřiška Procházková (Rodinný lékař – MUDr. Jindřiška Procházková), Mgr. Monika Věchtíková (Charita Sušice), MUDr. Hana Veselovská (Nemocnice následné péče LDN Horažďovice)

Program:

1. Prezentace služeb Hospice svatého Lazara a Domácího hospice svaté Markéty
2. Zajištění domácí hospicové péče na Horažďovicku
3. Diskuse

Ad 1. Prezentace Hospice svatého Lazara (HSL)

- domácí hospic funguje nyní 4 rokem, ambulance 6 rokem
- údaje ze statistik: 2,5 % zemřelých umírá v hospici – jedná se o starší statistiky, došlo k malému zlepšení – přesto by stále mnoho lidí chtělo umřít v domácí hospicové péči a neumírá v ní
- hospicová péče je péče o pacienty v terminálním stádiu, je orientovaná na kvalitu života, jedná se o zdravotní službu – jsou léčeny symptomy
- k pacientům se přistupuje s respektem, důležitá informace pro pacienta – nebude trpět a nebude sám, bude o něj dobře postaráno
- mobilní specializovaná paliativní péče neboli domácí hospic – jedná se o komplexní péči v režimu 24/7, tzn. ve všední dny, svátky, v noci, neustále
- o pacienta i neformálně pečující se stará multidisciplinární tým, který se skládá z lékaře, sester, sociálního pracovníka (v případě HSL psychosociální pracovnice), zajištěny jsou i duchovní služby
- dojezd služby je 30 km od Plzně – je to orientační rámcová hodnota umožňující kvalitně obsloužit určité území
- nedílnou součástí domácí hospicové péče je i půjčovna kompenzačních pomůcek (půjčují se polohovací lůžka, oxygenerátory,.....)
- nezbytnou podmínkou pro přijetí do domácí hospicové péče je přítomnost neformálně pečujícího – může jich být víc, ale musí být s pacientem neustále, aby pacient nezůstal sám – neformálně pečující je prodlouženou rukou multidisciplinárního týmu – hlásí, reportuje, polohuje pacienta, podává mu léky



- mají i odbornost 925, domácí klasickou homecarovou péči (prošli výběrovým řízením, ještě není nasmlouváno) – předhospicové pacienty řeší prostřednictvím ambulance
- sociální služby neprovozují a ani to není v záměru do budoucna
- díky spolupráci na projektech realizace Akčních plánů pro OPZ+ MAS Aktivios a Světovina je služba domácí hospicové péče poskytována zdarma
- záměrem HSL je otevřít pobočku v Klatovech, kde je poptávka po službě – z hlediska kraje se vše centralizuje v Plzni, pokrytí okrajových částí kraje službami je často nedostatečné; rádi by do regionu vstoupili jako partner, představili služby, které mohou nabídnout, a logicky se začlenili do celé komunitní péče; město Klatovy je záměru nakloněné a vstřícné, poskytlo prostory (již je podepsaná nájemní smlouva), nejdůležitější je personální zajištění – aktuálně je sháněn lékař, personál v Klatovech bude moci spolupracovat se službami organizace v Plzni – pobočka v Klatovech nevzniká na zelené louce
- vznik pracovní skupiny pro podporu a rozvoj paliativní péče v Plzeňském kraji, pod záštitou Plzeňského kraje
- důležité aspekty fungování týmu domácí hospicové péče:
 - ✓ dobře fungující tým
 - ✓ návaznost na existující sociální služby v regionu (důležitost navazování osobních kontaktů)
 - ✓ kontakt s lékařskými aktéry v regionu (praktičtí lékaři, nemocnice, kliniky)
 - ✓ informační kampaň k veřejnosti – dokud člověk neřeší potřebnost hospicové péči, tak o ní neví, nebo o ní neví dost, málokdy je informovanost dostatečná
 - ✓ obeznámenost se službou na úrovni obcí – často je to starosta, místostarosta, který s lidmi vykomunikovává nějaké služby
 - ✓ komunikace směrem k zajištění pacienta

Prezentace Domácího hospice sv. Markéty (HSM)

- patří pod Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. v Prachaticích, což je mateřská společnost, provozující další 4 domácí hospice: v Prachaticích, Strakonících, Českých Budějovicích a Českém Krumlově
- HSM působí v regionu Strakonicka, přibližně také do 30 km od Strakonice
- formy péče: lůžkový hospic, domácí hospic a odlehčovací služba
- dodržují všechny aspekty domácí hospicové péče jako HSL (respektovat autonomii nemocného, individualitu jednotlivé rodiny, přijímání jsou všichni pacienti bez ohledu na pohlaví, věk, národnost.....mají i dětské pacienty)
- někdy je pro rodinu rozhodující podmínka neustálé přítomnosti pečující osoby – v případě, že se pečující mají střídát, ukáže se, zda na to mají fyzicky, psychicky nebo i finančně – pokud nelze zajistit domácí hospicovou péči, nabízejí jinou formu péče, např. lůžkový hospic nebo se hledá jiná varianta
- do 16 hod. pracuje multidisciplinární tým, od 16 hod. do rána přebírá službu sestra, která je na telefonu, komunikuje s pacientem, v případě potřeby vyjíždí, v dojezdu či na telefonu je také lékař
- dojezdová vzdálenost 25, 30 km je hraniční – dojet k Horažďovicím či kousek dál ještě lze, dojezd k Sušici je již opravdu hraniční, Klatovsko už je velký problém – radius je velký a pacienti nejsou vždy z podobného okruhu, pak v případě, že nejsou stabilizovaní, je pro jednu sestru příliš přejíždět např. ke 3 pacientům úplně odjinud (velká dojezdová vzdálenost, nedodržení času na



dojezd k pacientovi), pacienti nad dojezdovou vzdálenost přijmou do péče v případě, když je volná kapacita tím směrem

- mají odbornost 926, tzn. domácí hospicová péče (kde je ukončena veškerá léčba), ale i odbornost 925, domácí klasickou homecarovou péči – díky tomu jsou schopni přijmout i pacienta, který je ještě v léčbě, v tu chvíli spolupracují s praktickými lékaři (pacient má např. paliativní chemoterapii), jedná se spíše o preterminální pacienty, kteří poté přejdou do hospicové péče – nejedná se o klasickou homecarovou péči, jako jsou převazy, odběry apod., resp. není to základ té péče
- podmínky přijetí jsou stejné – pečující osoba – snaží se zapojit i další pečující osoby, např. sousedka
- také funguje multidisciplinární tým
- průměrně ročně mají 60 pacientů, průměrná délka pobytu je 12,5 dne, nejmladší pacient měl 14 let, nejstarší 93 let, průměr je přibližně 72 let, z 68 pacientů v loňském roce jich bylo 10 z Plzeňského kraje
- financování je vícezdrojové: pojišťovna, granty a úhrada od pacientů 200,-/den
- zajišťují i sociální poradenství a poradenství pro pozůstalé – pořádají vzpomínková setkání, rodiny potřebují v těchto situacích pomoci, protože se někdy do nich dostávají z dne na den a nemají informace, neznají postupy
- zajišťují také terénní odlehčovací služby – pečovatelky jezdí do rodin a dělají klasickou odlehčovací péči jako sociální pracovníce v přímé péči – nemusí se jednat jen o hospicové pacienty – u hospicových pacientů je v rámci úhrady 200,-/den zajištěno 10-20 hodin odlehčovací péče v měsíci – odlehčovací službu poskytují i rodinám s postiženými dětmi (mentálně či fyzicky, i těžce postižené děti) – rodiny o tom moc nevědí
- funguje také půjčovna kompenzačních pomůcek pro hospicové pacienty i širokou veřejnost – nejčastěji se půjčují polohovací lůžka (vč. dovozu)

Ad 2. Zajištění domácí hospicové péče na Horažďovicku – orientační dojezdové vzdálenosti

- obce v dojezdové vzdálenosti Hospice sv. Lazara z Klatov po otevření pobočky v Klatovech: Nehodiv, Mysliv, Kovčín, Pačejov, Nalžovské Hory, Tužice, Hradešice, Olšany, Břežany, Malý Bor
- obce v dojezdové vzdálenosti Domácího hospice sv. Markéty ze Strakonice: Kvášňovice, Horažďovice, Svěradice, Maňovice, Chanovice, Velký Bor, Hejná, Kejnice, Slatina, Velké Hydčice
- aktuální situace bude vždy záležet na současných personálních kapacitách organizací, pracovníci obou organizací spolu budou v kontaktu a budou řešit případné plné kapacity

Ad 3. Diskuze

Horažďovický region

- hodně služeb zde poskytuje charita, kompenzační pomůcky zde nejsou takový problém, spíše je zde potřebnější hospic jako takový
- došlo ke zlepšení v oblasti domácí homecarové služby – na Sušicku s dojezdem na Horažďovicko působí Promedicus, pracují v režimu 24/7, dobře spolupracují s Advantis Medical, která také působí na Klatovsku – obě služby jsou schopné se velmi dobře postarat o pacienty v terminálním stavu
- dle místní praktické lékařky – pokud měla pacienty, kteří potřebovali domácí hospicovou péči, tak jim byla zajištěna, byli s ní spokojeni, stejně tak rodiny



Pobočka HSL v Klatovech

- aktuálně je podepsaná nájemní smlouva, takže je zajištěno zázemí pro sestřičky i sklad pro uskladnění kompenzačních pomůcek, prostory jsou na náměstí vedle radnice; dokončuje se žádost do IROPu na zajištění kompletního vybavení (auta, pomůcky, IT licence atd.); do výběrového řízení se přihlášily sestřičky – otevření pobočky se odvíjí od zajištění lékaře: může to být na jaře, na podzim, plán je, že to bude v letošním roce
- sehnat lékaře do regionu je obecně problematické

Poplatek za domácí hospicovou péči, poskytování péče

- pro pracovníce hospiců je nepříjemné o poplatku rodinu informovat, zároveň to není překážka pro přijetí pacienta do péče (lze odpustit část nebo i celou částku, vyřizuje se PnP, péči lze zaplatit zpětně)
- poskytnutá péče se odvíjí od individuálních potřeb pacienta, od toho, jak péči potřebuje – někdy se za pacientem jede vícekrát denně, když je nestabilní nebo jsou kritické situace
- hospic hradí veškeré léky, zdravotnických materiál, cestu, režii, je to drahá péče, i když se za pacientem nejede
- pomohlo by, kdyby mohl být PnP automaticky pro pacienty v hospici, dlouho se o tom mluví, ale nic se zatím neděje
- pracovníci jsou s rodinami v kontaktu každý den, každé ráno se do rodiny volá, co se děje, jaká byla noc, pracovníci musí mít všechny informace, ty se předávají lékaři a podle toho se vyhodnocuje, zda je potřeba do rodiny vyjet či nikoliv; dále se rodiny obrazejí na personál kdykoliv během dne, řeší se také komunikace se školou, když jsou v rodinách děti, různé nadační příspěvky, kontakty na Dobrého anděla, komunikace s duchovním, pracovníci s rodinami řeší i např. dědické řízení, nedobré vztahy v rodinách – náročná je koordinace funkčnosti rodin, nejde jen o zdravotní péči o pacienta; řeší se i péče o pozůstalé
- někdy je práce s pečujícími těžká – každý v rodině může mít jinou představu o tom, co bude dál, někdo může chtít ještě léčit.....pečující jsou v podstatě také jakoby pacienti, jsou křehčí, pečující, jsou plnohodnotnou součástí péče, jsou psychicky vyčerpaní
- pracovníci hospice se stávají součástí rodiny, rodina je nevnímá jako lékaře a sestřičky – je pro ně těžké si udržet odstup, zároveň je třeba být autentické a dávat maximum – je třeba dobíjet baterky – hodně v tom pomáhá funkční tým (vzájemná opora) – chybějící funkční tým je i jedna z překážek, proč do této péče nejdou praktičtí lékaři (je hrozně těžké pečovat do konce o pacienta, kterého znáte třeba 10, 20 let)
- v případě plné kapacity pomůže rodinám říct jim, na co se mají soustředit, co teď mohou dělat, odkázat na další služby a možnosti, v případě potřeby mohou opět zavolat; někdy také situace není tak akutní, jak si rodina myslí, a podpůrný rozhovor je dostačující; někdy naopak je situace vážná, pečující nezajištěný a rodina to úplně nevidí

Dětsí pacienti

- v HSM měli jen 2 nezletilé pacienty, více pacientů bylo ve věku cca 20 let, v týmu mají paliativní sestru, v případě dětských pacientů konzultují s pediatrikou klinikou FN Motol (i 20letí pacienti zůstávají v péči této kliniky)
- nyní se více ozývají rodiny s dětmi – hospicová péče se více dostává do povědomí veřejnosti a hospice napříč republikou si začínají zvykat na to, že by mohli mít tyto rodiny v péči



Zkušenosti s úhradami od pojišťoven

- problémy při hrazení péče – pojišťovny někdy nechtějí uhradit péči, která trvá déle, než je stanovený průměrný počet dní – zkušenosti jak v hospici, tak v nemocnici v Horažďovicích – kontroly se často dějí jen na základě dokumentace, nevidí daného pacie
- ze zkušeností: na zprávu z kontroly je třeba reagovat námitkou, rozporovacím dopisem

Vztah ke stáří v dnešní společnosti

- z dlouhodobých zkušeností z léčebny dlouhodobě nemocných v Horažďovicích je vidět, že dochází celospolečensky k odklonu od základních hodnot, kterými je postarat se o nejslabší členy rodiny, což jsou vždy nemocní, příp. umírající – rodiny mají pečovat o své blízké, ať mladé nebo staré, starý člověk má být vnímán jako plnohodnotný člen rodiny, od kterého by ostatní měli čerpat moudrost, zkušenost – jednání s rodinami je čím dál těžší, rodiny je třeba přesvědčit, že člověk v 90 letech po úrazech, nemocech, již nezvládne to, co dřív, že potřebuje dopomoc a že potřebuje cítit od rodiny zájem – často nemohoucí končí v pobytových zařízeních, protože chápou, že nemohou být rodině na obtíž, tím ale ztrácejí zájem o cvičení, motor pro život – byla by potřebná osvěta v této oblasti

Informovanost lékařů, propojenost, vzájemná spolupráce

- lepší spolupráci zaznamenávají pracovníci hospice s nemocnicemi, kde fungují konziliární paliativní týmy
- při propuštění z nemocnice by bylo ideální, aby už v nemocnici dobře fungovala paliativní péče – pacient by byl propuštěn s tím, že je mu zajištěna kontinuita péče (je špatně, když je pacient v pátek propuštěn, nikdo s ním nic neprobere, léky má na 3 dny a pak se má obrátit na svého praktického lékaře – rodiny jsou v těchto situacích hodně zoufalé) – lékař v nemocnici může udělat s pacientem bazální plán péče, na 14 dní mu indikovat domácí homecarovou službu, napsat SOS medikaci a ještě ideálně zkontaktovat praktického lékaře, aby věděl, že takovýto pacient bude propuštěn – v tomto případě je pacient na plus mínus 14 dní bazálně zajištěn na převzetí praktickým lékařem – tento přístup ale funguje spíše skutečně v nemocnicích s paliativním týmem, jinde ne; v opačném případě praktický lékař nemá ani čas potřebný na komunikaci s rodinou - v tomto mezioddobí je rodina často naprosto zoufalá a velmi často se volá záchranka, protože pacienti nejsou zajištěni; i zkušenosti hospice jsou takové, že nová rodina volá v pátek večer, že rodinného příslušníka přivezli z nemocnice a neví, co a jak mají dělat, dotyčný začíná mít bolesti, rodina chce, aby hospic přijel, což nejde, pro hospic je to nový pacient – situace jsou někdy opravdu zoufalé, důsledek nekomunikace při návaznosti péče
- lékaři v nemocnicích nejsou ještě zvyklí na tento typ péče, je to pro ně něco nového, mají představu, že hospicová péče je péče specializovaná, potřebuje paliatra a jinak ji řeší praktický lékař; neznají praxi v domácí zdravotní péči, pokud pacient opustí nemocnici, už pro ně nepředstavuje problém – chybí propojování spolupráce a informování praktických lékařů a lékařů v nemocnicích, chybí sladování v jejich práci
- je třeba také učit praktické lékaře pracovat s plánem péče, který vypracuje paliatr

Pracovní skupina pro podporu a rozvoj paliativní péče v Plzeňském kraji

- pracovní skupina vznikla v listopadu 2024 pod záštitou Plzeňského kraje
- informace na sociálních sítích – FB – Paliativa Plzeňský kraj
- členy jsou: za lékaře MUDr. Kateřina Nová (praktická lékařka ze Sušice, paliatr, lékařka domova se seniory), za hospicovou péči Ing. Jiřina Helíšková (ředitelka Hospice svatého Lazara), za sociální oblast Mgr. Lucie Vísnerová (ředitelka Domu seniorů Kdyně), dále Mgr. Petr Kačírek a pan Viktor Glier (Hospic svatého Lazara), Mgr. Jan Karásek (vedoucí Odboru zdravotnictví KÚ PK),



paní Radka Šindelářová (Odbor zdravotnictví KÚ PK) administrativní činnost a paní Písařová z VZP; spolupracuje také doktorka ze Záchraného zdravotnického systému, která je zároveň v paliativním týmu FN Plzeň

- aktuálně jsou sbírána a analyzována data a vstupní informace z oblasti
- dlouhodobý úkol, který si skupina stanovila: více v kraji hovořit o paliativní péči a podpořit její rozvoj – být nápomocni těm, kteří o paliativní péči mají zájem, předávat informace, propojovat organizace; probíhá řada projektů v této oblasti, ale informovanost o nich je malá – zprostředkování grantů, různých možností podpory (aktuálně běží např. 2 běh projektu tzv. paliativní praktici na poskytnutí kompletního vzdělání – ze západních Čech se nepřihlásil žádný praktik)
- aktivity:
 - ✓ pořádání konference paliativní péče (v roce 2025 proběhla druhá konference) – budování komunity paliativně smýšlejících lidí
 - ✓ podpora pobytových zařízení sociálních služeb – distribuce dotazníku ohledně potřeb – ve vazbě na potřeby zpracovat plán podpory v podobě např. vzdělávacích kurzů, dotačního titulu kraje apod.
 - ✓ komunikace s nemocnicemi v PK o nemocniční paliativní péči (besedy v nemocnicích) – s cílem najít v nemocnicích lídra daného pracoviště, který by paliativní péči s podporou dál rozvíjel – soustředění nejen na specializovanou, ale i obecnou paliativní péči (zaměření na LDN, interny)
 - ✓ mikroregionální setkávání – do budoucna iniciace setkávání – osobní setkání poskytovatelů v regionu, navázání spolupráce

Do budoucna

- je třeba systémových změn na podporu rozvoje paliativní péče
- podpora lékařů v dodělávání atestace z paliativní medicíny – je třeba na pracovištích nalézt lékaře, kteří o to budou mít skutečně zájem – lékaři nesmí být přetížení a musí se tím uživit, což aktuálně nelze (v některých hospicích mají lékaři pouze částečné úvazky a na zbylé úvazky jsou zaměstnanci organizací)
- podpora péče v závěru života – výkonnostní body – za provedení kyslíkové saturace, která zabere 30 vteřin, lékař obdrží 180 bodů, za návštěvu pacienta doma 60 bodů – bez návštěvy pacientů doma nebude péče v závěru života možná

Paliativní ambulance v Sušici

- paliativní ambulance je zaregistrovaná, nepodařilo se podepsat smlouvy s pojišťovnami
- paní doktorka Nová pracuje na plný úvazek jako praktická lékařka v Sušici, zároveň je také lékařkou v místním domově pro seniory a má ještě řadu dalších aktivit – v případě otevření ambulance hrozí velký příliv pacientů od praktických lékařů a pro kvalitní péči o ně je třeba dojíždění za nimi do jejich domácností, což by při stávajícím pracovním vytížení bylo těžké zajistit
- aktuálně paliativní péči paní doktorka poskytuje tak, že v případě oslovení zájemcem o paliativní péči a pokud má volnou kapacitu, zaregistruje zájemce do péče jako praktická lékařka, a přitom saturuje i hospicovou péči
- zájem o provozování ambulance stále trvá

Datum: 9.5.2025

Zapsala: Tereza Eberlová, CpKP ZČ