

Analýza dat o domácí hospicové péči v ČR

Závěrečná zpráva projektu č.23/13/NAP v rámci programu Ministerstva zdravotnictví
„Národní akční plány a koncepce“



**česká společnost
paliativní medicíny**
České lékařské společnosti
Jana Evangelisty Purkyně

2013

Hlavní řešitel:

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP

Masarykův onkologický ústav Brno

Kontakt: oslama@mou.cz

Spoluřešitelé:

MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.

Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa Rajhrad u Brna

MUDr. Irena Zavadová

Hospicové občanské sdružení Cesta domů Praha

MUDr. Regina Slámová

Hospic sv. Alžběty o.p.s. Brno

MUDr. Miroslav Šimíček

Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.

Manažér projektu

Marta Duchoňová

Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP

Kontakt: info@paliativnimedicina.cz

Obsah

Úvod	4
Závěr života a umírání v domácím prostředí.....	4
Metoda a průběh výzkumu	6
Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.....	7
Publikace Domácí zdravotní péče v ČR.....	7
Výsledky.....	8
Domácí hospicové péče v ČR letech 2002-2012 dle dat ÚZIS	8
Dotazníkový průzkum mezi pracovišti domácí zdravotní péče, která v roce 2012 vykázala poskytování domácí hospicové péče.....	10
Návratnost dotazníků.....	10
Specifika „domácí hospicové péče“ ve srovnání s domácí zdravotní péčí o pacienta „s chronickým onemocněním“	11
Složení týmu na pracovištích vykazujících DHP.....	11
Výkon „ Signální kód – ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stavu“	14
Zásadní zjištění výzkumného projektu	16
Diskuse a doporučení	17
Obecná a specializovaná paliativní péče	18
Doporučení.....	19
Přílohy.....	20
Příloha č.1 Formulář A(MZ) 1-01 pro obor Domácí zdravotní péče	20
Příloha č.2 Dotazník pro pracoviště, která v roce 2012 vykázala domácí hospicovou péči	21
Příloha č.3 Dopis manažérky zdravotnických projektů MUDr.Hofmanové vedoucím pracovišť domácí zdravotní péče zřizovaných Charitou ČR k dotazníkovému průzkumu.....	22

Úvod

Závěr života a umírání v domácím prostředí

Z průzkumů názorů veřejnosti vyplývá, že by si většina lidí přála prožít závěr svého života doma (ve „vlastním sociálním prostředí“)¹. V opakovaném průzkumu provedeném agenturou STEN-MARK v letech 2011 a 2013 na reprezentativním vzorku dospělé populace v ČR uvedlo 78% respondentů domácí prostředí jako preferované místo závěru života a smrti². Toto obecné přání se však radikálně liší od sociální a klinické reality. V domácím prostředí v ČR nastává pouze kolem 20% všech úmrtí. Většina lidí umírá v lůžkových zařízeních akutní a následné zdravotní péče. Relativní zastoupení různých míst úmrtí zůstává v posledních 5 letech relativně stabilní (viz *tabulka a graf č.1*). Důvody diskrepance mezi obecným přáním prožít závěr života doma a relativně nízkou proporcí domácích úmrtí jsou komplexní a jejich hlubší analýza přesahuje rámec našeho výzkumného záměru.

Tabulka č.1. Struktura zemřelých podle místa úmrtí v letech 2008-2012 (zdroj ÚZIS)

	doma	nemocnice	léč.ústav	ulice	soc.ústav	převoz	ostatní
2008	20767	63029	9738	2247	5656	435	3076
2009	21344	64536	10178	2140	5878	432	2933
2010	21794	62938	9707	2422	6167	514	3305
2011	22002	62932	9752	2191	6434	547	2990
2012	22676	63078	10013	2160	6900	517	2845

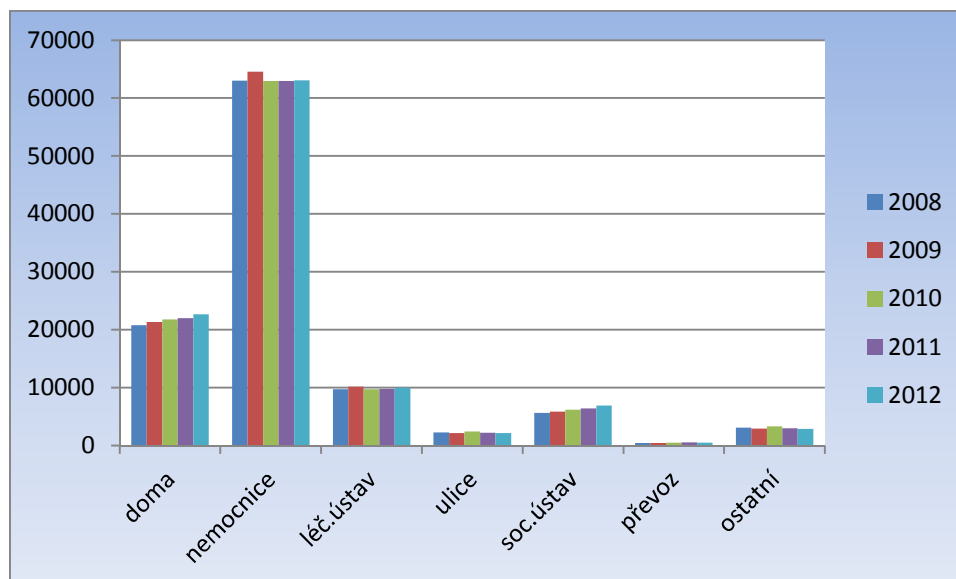
Z hlediska příčin úmrtí je situace v ČR srovnatelná s ostatními vyspělými státy Evropy. Většina lidí umírá v 6. až 8. deceniu na progresi nebo komplikaci jedné nebo více chronických onemocnění (chronické onemocnění srdce, plic, oběhového aparátu, nádorová onemocnění, neurodegenerativní onemocnění). Při znalosti obvyklých průběhů těchto chronických onemocnění lze pro jednotlivé diagnostické skupiny konstruovat typické „trajektorie závěru života“, tedy obvyklý klinický průběh posledních měsíců a týdnů života, který je charakterizovaný typickými klinickými symptomy (např. bolest, dušnost, nechutenství, úzkost, deprese, zmatenost atd.) a současně poklesem celkové funkční zdatnosti, omezené pohyblivosti s sebeobslužností (tzv. disabilitou). Postupné zhoršování zdravotního stavu a riziko úmrtí u těchto pacientů není nečekané a překvapivé, ale naopak predikovatelné, včetně možnosti rámcové prognózy délky přežití. To má zásadní význam pro plánování rozsahu a charakteru zdravotní a sociální péče, včetně péče paliativní³.

¹ termínem „vlastní sociální prostředí“ se v zákoně 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) rozumí domácí prostředí nebo pobytové zařízení nahrazující domácí prostředí pacienta, například zařízení sociálních služeb.

² Výsledky výzkumu jsou dostupné na <http://www.umirani.cz/res/data/017/001907.pdf>

³ V §5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách je paliativní péče vymezena jako specifický druh zdravotní péče „jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí“

Graf č.1. Struktura zemřelých v ČR podle místa úmrtí v letech 2008-2012 (zdroj ÚZIS)⁴



Na základě veřejně dostupných dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (dále ÚZIS)⁵ o příčinách a místě úmrtí jsme schopni popsat „na co“ (hlavní příčina úmrtí) a „kde“ (místo úmrtí) pacienti v ČR umírají. Tato data však neumožňují přesněji popsat průběh poskytování péče v posledních měsících, týdnech a dnech života. U pacientů, kteří zemřeli doma, tak na základě dat ÚZIS nevíme, zda se jednalo o úmrtí očekávaná a zda bylo domácí prostředí místem, kde si pacienti přáli zemřít. Ze zahraničních dat vyplývá, že velkou část „domácích“ úmrtí představují náhlá, nečekaná úmrtí v důsledku kardio- a cerebrovaskulárních příhod, ke kterým dochází před příjezdem rychlé lékařské pomoci a převozem do zdravotnického zařízení⁶. Pouze menší část domácích úmrtí představují pacienti s chronickým onemocněním v pokročilé nebo konečné fázi, u kterých bylo úmrtí očekávaným vyústěním nemoci a kterým byla poskytována paliativní péče s cílem umožnit dožití doma v souladu s pacientovým přáním. Statistiky o místě úmrtí nás navíc informují pouze o tom, kde pacienti zemřeli a nikoliv o tom, kde prožili závěr života (poslední měsíce, týdny, dny). Není výjimečné, že jsou pacienti přijímáni do lůžkových zdravotnických zařízení akutní péče na několik posledních dnů nebo hodin života. Při analýze úrovně a místa péče o pacienty v závěru života je třeba tyto skutečnosti zohlednit.

Zahraníční data dále ukazují, že jedním z faktorů, která snižují pravděpodobnost akutních hospitalizací na konci života a zvyšují pravděpodobnost, že bude pacientovi, který si to přeje,

⁴ Graf znázorňuje data získaná z publikací Zemřelí z let 2007-2012 vydané Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS)

⁵ dostupné na www.uzis.cz

⁶ např. Simon ST, Gomes B, Koeskeroglu P, Higginson IJ, Bausewein C. Population, mortality and place of death in Germany (1950-2050) - implications for end-of-life care in the future. Public Health. 2012 Nov;126(11):937-46;

Jayaraman J, Joseph K. Determinants of place of death: a population-based retrospective cohort study. BMC Palliat Care. 2013 May 1;12:19-28

umožněno zemřít doma, je dostupnost **domácí hospicové péče**⁷. Domácí hospicová péče je jednou z organizačních forem paliativní péče. Její postavení v systému zdravotní a sociální péče a také terminologie jsou v různých zemích Evropy velmi odlišné.⁸ Diskuse o dostupnosti, struktuře a způsobu úhrady domácí hospicové péče ze zdravotního pojištění se v ČR v posledních letech vyznačuje mnoha nedorozuměními a někdy i konflikty a zmatky. Jednou z příčin je bezesporu fakt, že zatím nebylo dosaženo shody v základním vymezení pojmů a konceptů. Data o domácí hospicové péči jsou ÚZIS sbírána od roku 2002. V žádném pokynu pro poskytovatele o vyplňování statistických informací však není uvedeno, jaké „parametry“ musí tato péče (resp. pracoviště, které ji poskytuje) splňovat z hlediska složení týmu a kvalifikace jeho členů v oblasti paliativní péče a paliativní medicíny, aby mohla být označena jako „domácí hospicové péče“. Za této situace lze předpokládat, že jsou v ČR vykazovány pro účely státní správy jako „domácí hospicová péče“ různými poskytovateli značně rozdílné zdravotní a sociální služby. Jako DHP tak může být vykázána ošetrovatelská péče o terminálně nemocného pacienta stejně jako komplexní péče zajištěná multiprofesním týmem lékař – sestra – sociální pracovník – psycholog – duchovní.

Je velmi pravděpodobné, že v ČR jsou vykazovány pro účely státní správy jako „domácí hospicová péče“ různými poskytovateli velmi rozdílné zdravotní a sociální služby.

Česká společnost paliativní medicíny (ČSPM) je přesvědčena, že sjednocení terminologie, kterou používají poskytovatelé péče, plátcí péče (zdravotní pojišťovny) a státní správa je nezbytnou podmínkou pro koncepční rozvoj této specifické zdravotní služby. Cílem našeho výzkumu je popsat, jaká péče je pracovišti domácí zdravotní péče označována jako „domácí hospicová péče“. Obecnějším cílem naší práce je přispět k sjednocení terminologie v oblasti péče o pacienty v závěru života.

Metoda a průběh výzkumu

V našem výzkumu analyzujeme data o domácí hospicové péči, které jsou sbírána a pravidelně zveřejňována Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) v publikace nazvané Domácí zdravotní péče v České republice. Na základě publikovaných dat ÚZIS se zabýváme trendy v počtech

⁷ Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ*. 2006 Mar 4;332(7540):515-21.

⁸ např. v Německu je jako domácí „hospicová péče“ označovaná převážně psychosociální a spirituální péče, která je poskytována nevládními nemocným a umírajícím pacientům dobrovolníky sdruženými v hospicových sdruženích (spolcích). Ošetrovatelská a lékařská péče je zajišťována jinými poskytovateli (domácí ošetrovatelskou péčí, praktickými lékaři a relativně nově také lékařskou a ošetrovatelskou péčí koordinovanou ze specializovaných ambulancí paliativní medicíny). Ve Francii se označení domácí hospicové péče vůbec nepoužívá a pracuje s obecnou nebo specializovanou domácí paliativní péčí. (podrobněji : European Association for Palliative Care (EAPC): The White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Recommendations from the EAPC. Český překlad Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. Praha 2010 <http://www.cestadomu.cz/res/data/038/004556.pdf>

pacientů, kterým byla ve sledovaném období 2002-2012 poskytnuta „domácí hospicové péče“. Zdravotnická zařízení (poskytovatele zdravotních služeb), která v roce 2012 vykazala poskytování „domácí hospicové péče“ jsme následně oslovili emailem a požádali je o vyplnění dotazníku. Dotazník byl zaměřen na popis náplně domácí hospicové péče, na personální zabezpečení domácí hospicové péče a na využití výkonu 06349 „Signální kód – ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stavu“ při poskytování péče. V závěrečné části diskutujeme průběh výzkumu a jeho výsledky a navrhuje úpravy v metodice ÚZIS pro sběr dat o domácí zdravotní péči.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR⁹

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (dále ÚZIS) je organizační složkou státu, zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví. ÚZIS je součástí státní statistické služby (na základě kompetenčního zákona) a tuto činnost vykonává podle zákona č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů. Spolupracuje s orgány státní statistické služby, především s Českým statistickým úřadem, zajišťuje vazby mezi Národní zdravotnický informační systém (NZIS) a jednotlivými poskytovateli zdravotních služeb a spolupracuje s provozovateli informačních systémů jiných organizací v resortu i mimo něj. ÚZIS se řídí principy, které jsou obsaženy v tzv. Kodexu evropské statistiky (Code of Practice)¹⁰, který představuje společný souhrn evropských norem určený statistickým orgánům a celému Evropskému statistickému systému a jehož cílem je zajištění kvality a důvěryhodnosti evropských dat. Tyto zásady se týkají, mimo jiné, profesionální nezávislosti, ochrany důvěrnosti, spolehlivosti dat, jejich přesnosti, včasnosti, dochvilnosti, dostupnosti, srozumitelnosti, jasnosti, srovnatelnosti a soudržnosti. V oblasti zdravotnické statistiky na mezinárodní úrovni spolupracuje Ústav zejména s organizacemi WHO, OECD, OSN, EUROSTAT a dalšími. ÚZIS je předkladatelem oficiálních informací z NZIS za Českou republiku. ÚZIS spolupracuje s asociacemi nemocnic, sdruženími lékařů, odbornými lékařskými společnostmi, zdravotními pojišťovnami a dalšími organizacemi zejména na zpřesňování obsahu NZIS a využití sbíraných dat.

Publikace Domácí zdravotní péče v ČR

Publikace Domácí zdravotní péče v ČR je každoročně zveřejňována jako Aktuální informace ÚZIS a vychází z pravidelného ročního sběru dat prováděného v rámci programu statistických zjišťování NZIS, konkrétně z výkazu o činnosti zdravotnických zařízení A (MZ) 1-01 pro obor domácí zdravotní péče (viz příloha č.1). Domácí péče je zdravotní péče poskytovaná pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí na základě doporučení praktického lékaře nebo doporučení ošetroujícího lékaře při hospitalizaci. Vlastním sociálním prostředím pacienta se rozumí také pobytové zařízení nahrazující domácí prostředí pacienta, například zařízení sociálních služeb¹¹. Domácí zdravotní péče zahrnuje ošetrovatelskou, léčebně rehabilitační a paliativní péči. Jejím cílem je navrácení a udržení zdraví, zachování a posílení soběstačnosti a zmírňování utrpení a bolesti v případě nevléčitelné nemoci. Služba domácí zdravotní péče umožňuje časnější propuštění ze zdravotnického zařízení, zkrácení doby hospitalizace a doléčení v příznivějším prostředí¹².

Zpravodajskými jednotkami jsou všechna ambulantní oddělení a pracoviště domácí zdravotní péče.

⁹ informace uvedená na webu www.uzis.cz

¹⁰ dostupné na http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/10425-CS/CZ/10425-CS-CZ.PDF

¹¹ Viz odst. (3) § 4 zákona 372/2011 Sb., o zdravotních službách zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

¹² citováno dle publikace Domácí zdravotní péče v ČR 2011 na www.uzis.cz

Domácí hospicová péče je v tomto výkazu uvedena jako samostatná kategorie v části *III. Pacienti v domácí péči (číslo řádku 48)*. V závazných pokynech (metodice) pro vyplňování statistického formuláře ale nejsou uvedena žádná kritéria nebo doporučení, jaký typ péče má být vykázán jako domácí hospicová péče. Z umístění této kategorie ve formuláři vyplývá, že je DHP definována nikoliv specifickým charakterem poskytovatele zdravotní služby, ale typem pacientů, kterým je poskytována. Domníváme se, že takové vymezení DHP je nesprávné a přispívá k výše naznačeným nedorozuměním. Tato otázka je podrobněji diskutována v závěrečné části této zprávy.

Výsledky

Domácí hospicové péče v ČR letech 2002-2012 dle dat ÚZIS

Domácí hospicová péče je jako samostatná forma domácí zdravotní péče v publikacích ÚZIS hodnocena od roku 2002. V období 2002-2008 můžeme sledovat trvale rostoucí počet pacientů, kterým byla DHP poskytnuta. V roce 2008 byla DHP poskytnuta 10586 pacientům. To je více než 50% pacientů, kteří zemřeli v domácím prostředí. Od roku 2009 dochází k trvalému výraznému poklesu počtu pacientů, kterým byla poskytnuta DHP a to přesto, že v uvedeném období trvale roste počet úmrtí v domácím prostředí i počet ošetřených pacientů s chronickým onemocněním (CHO). V roce 2012 zemřelo doma 22676 pacientů. DHP byla poskytnuta 7367 pacientům, tj. 32% pacientům, kteří zemřeli v domácím prostředí. Počty pacientů zemřelých doma (ZD), pacientů s „chronickým onemocněním“ (CHO) a pacientů v „domácí hospicové péči“ (DHP) ukazuje *tabulka č.2. a graf č.2 a graf č.3*

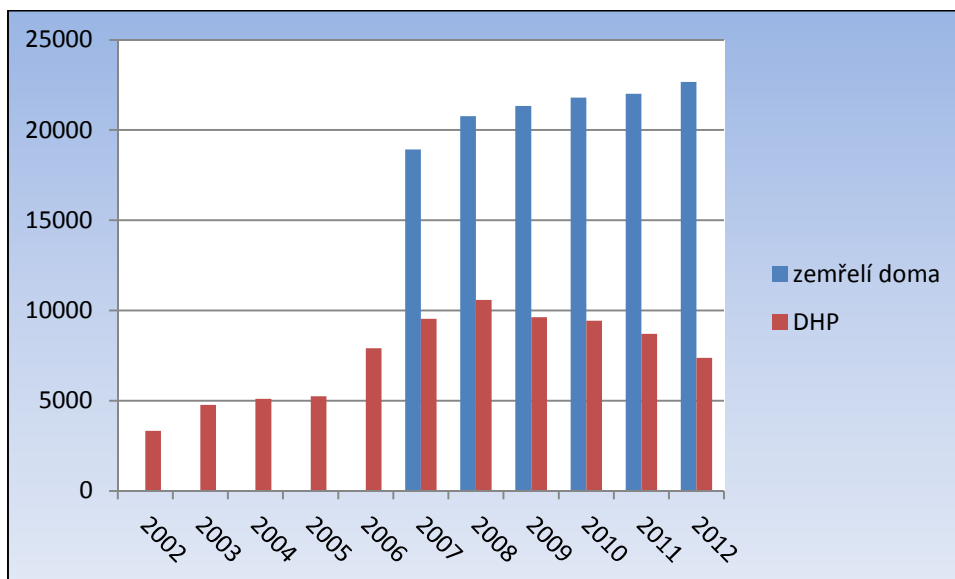
Tabulka č.2 Počty zemřelých v domácím prostředí (ZD) v letech 2007-2012 a počty pacientů v domácí hospicové péči (DHP) v ČR v letech 2002-2012

Rok	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ZD						18917	20757	21344	21791	22002	22676
DHP	3325	4758	5100	5238	7910	9536	10586	9626	9430	8705	7367
CHO						115004	116012	123686	122318	126181	125274

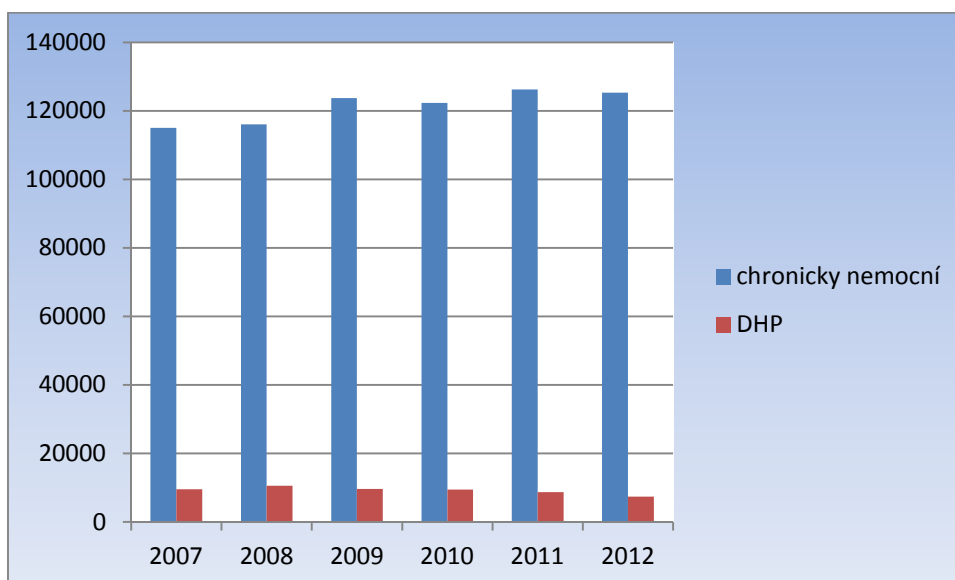
Sumárně je možné konstatovat, že v posledních 5 letech v ČR v domácí péči pomalu narůstá počet pacientů s chronickým onemocněním, narůstá celkový počet úmrtí v domácím prostředí, avšak poměrně významně poklesl počet pacientů v domácí hospicové péči.

Interpretace zjištěných trendů je poměrně složitá. Narůstající počet domácích úmrtí a počet pacientů s chronickým onemocněním, kterým je poskytována péče v domácím prostředí je v souladu s trendy v Západní Evropě. Pokles počtu pacientů v domácí hospicové péči je v tomto kontextu překvapivý. Domníváme se ovšem, že při chybění standardizované metodiky pro vykazování DHP se jedná spíše o pokles způsobený proměnlivou praxí vykazování DHP ze strany pracovišť domácí zdravotní péče než o reálný pokles nebo snížení dostupnosti zdravotní péče o pacienty v závěru života. V druhé části našeho projektu se formou dotazníkového průzkumu snažíme zjistit, jak sami poskytovatelé domácí hospicové péče s termínem DHP pracují a jakou péči jako DHP označují.

Graf č.2 Počty zemřelých v domácím prostředí v letech 2007-2012 a počty pacientů v domácí hospicové péči v ČR v letech 2002-2012



Graf č.3 Počty pacientů vykázaných jako „chronická onemocnění“ a „domácí hospicová péče“ v letech 2007-2012



Dotazníkový průzkum mezi pracovišti domácí zdravotní péče, která v roce 2012 vykazala poskytování domácí hospicové péče

V roce 2012 bylo v ČR registrováno 472 pracovišť domácí zdravotní péče. Výkaz o činnosti zdravotnických zařízení A(MZ) 1-01 zaslalo na ÚZIS 435 pracovišť. Poskytování domácí hospicové péče vykazalo v tomto roce 243 pracovišť (51%). ÚZIS poskytl řešitelům seznam těchto pracovišť a mailové kontakty. Řešitelé projektu se v září 2013 obrátili na tato pracoviště domácí zdravotní péče s dotazníkem, který měl zjistit, jak daná pracoviště pracují s pojmem „domácí hospicová péče“. Formou otevřených otázek byli respondenti vyzváni, aby popsali, jaký je na jejich pracovišti rozdíl mezi péčí o pacienty s chronickým onemocněním (formulář A(MZ) 1-01, řádek 44) a domácí hospicovou péčí (formulář A(MZ) 1-01, řádek 48).

Další část dotazníku zjišťoval, zda a jakou formou je při poskytování domácí hospicové péče zajištěna dostupnost péče lékaře specialisty na paliativní medicínu, psychologa a pastoračního pracovníka, resp. duchovního. Poslední otázka dotazníku zjišťuje, zda je při domácí hospicové péči využíván výkonu 06349 „ Signální kód –ošetřovatelská péče o pacienta v terminálním stavu“. Celý text dotazníku je uveden v příloze č.2.

Návratnost dotazníků

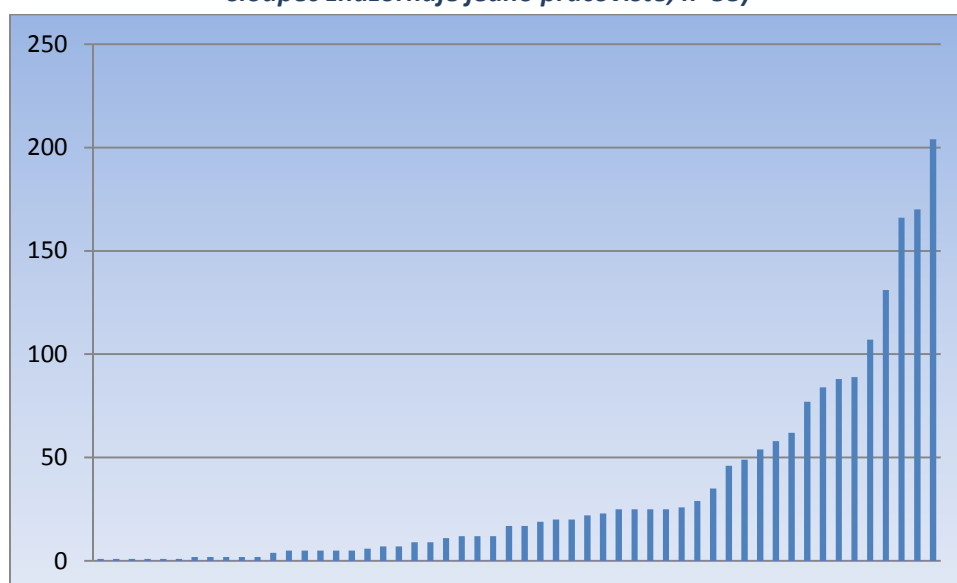
Dotazník byl odeslán do 243 pracovišť. V termínu odpovědělo celkem 69 pracovišť (29%). 16 pracovišť však následně písemně požádalo, aby byla z projektu vyřazena a jejich data nebyla zapracována do výsledků. Jednalo se pracoviště domácí zdravotní péče Charity Česká republika a bezprostředním důvodem k vystoupení z účasti na projektu byl dopis MUDr. Hofmanové, manažérky zdravotnických projektů Charity ČR, která je k tomu přímo vyzývá. Dopis MUDr. Hofmanové je uveden v příloze č. 3. Ke konečnému zpracování byly zařazeny odpovědi z 55 (22%) pracovišť.

Tabulka č.4 Návratnost dotazníku a využitelnost pro další zpracování

Odesláno celkem dotazníků	243	100%
Odpovědělo celkem	69	29%
Odpovědělo – zpracováno	53	22%
Odpovědělo -následně odmítlo účast	16	7%
Neodpovědělo	174	71%

Nízká návratnost dotazníků a neúčast pracovišť Charity České republiky výrazně snižuje reprezentativnost hodnoceného vzorku a vyžaduje velkou opatrnost při interpretaci výsledků. Přesto lze říci, že jsou v souboru zastoupena zařízení z velkých i malých měst a z venkova, zařízení, která za rok vykazala více než 100 pacientů v domácí hospicové péči i zařízení, která za rok vykazala méně než 3 pacientky v domácí hospicové péči.

Graf č.4 Počet pacientů v domácí hospicové péči v hodnocených pracovištích v roce 2012 (každý sloupec znázorňuje jedno pracoviště; n=53)



Specifika „domácí hospicové péče“ ve srovnání s domácí zdravotní péčí o pacienta „s chronickým onemocněním“

Dotazník obsahoval otevřenou otázku na rozdíl mezi DHP a péčí o pacienta s chronickým onemocněním.

Uvedené odpovědi lze shrnout následujícím způsobem. Pro domácí hospicovou péči je typické

- častější řešení tělesných symptomů (nejčastěji uváděna bolest, dušnost, nevolnost, zvracení)
- celkově častější a delší návštěvy sestry
- častější podávání injekcí a infúzí
- častější návštěvy i v nočních hodinách a o víkendech
- častější domácí návštěvy registrujícího praktického lékaře
- častější domácí návštěvy lékaře –specialisty PM
- vyšší zapojení pastoračního asistenta
- účast psychologa na péči o rodinu pacienta

Složení týmu na pracovištích vykazujících DHP

V dotazníku vycházíme z předpokladu, že hospicová péče je činností multiprofesního týmu, ve kterém je kromě profesionálů v oblasti ošetrovatelství a zdravotně sociální péče zastoupen také lékař specialista na paliativní medicínu, psycholog a pastorační pracovník. Reálná dostupnost uvedených pracovníků pro pacienty a jejich zapojení do činnosti týmu bezpochyby souvisí s formou pracovního vztahu. Dotazník zjišťuje, zda je daný odborný pracovník: lékař specialista na paliativní medicínu (paliatr), psycholog a pastorační pracovník nebo duchovní zaměstnancem zdravotnického zařízení nebo zda má spolupráce jinou formu, např. dohoda o pracovní činnosti, dohoda o provedení práce atd., nebo zda uvedený odborný pracovník není členem týmu.

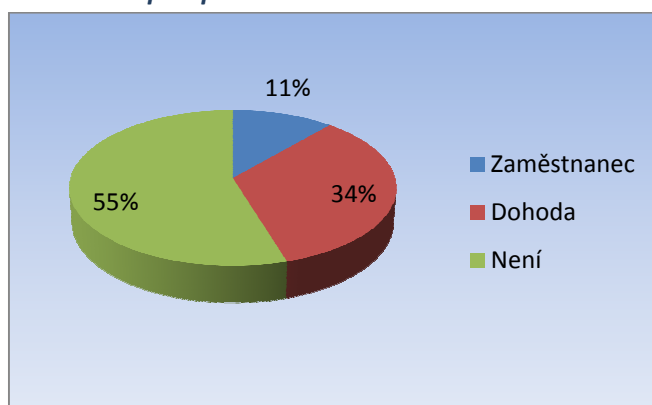
Lékař specialista na paliativní medicínu

Z specialistu v oboru paliativní medicína považujeme lékaře s atestací v oboru Paliativní medicína a léčba bolesti (PM-LB) nebo v nástavbovém oboru paliativní medicína (PM).

Tabulka č.5 Forma spolupráce s lékařem odbornosti PM nebo PM-LB

Zaměstnanec	6	11%
Dohoda	18	34%
Není členem týmu	29	55%

Graf. č. 5 Forma spolupráce s lékařem odbornosti PM nebo PM-LB



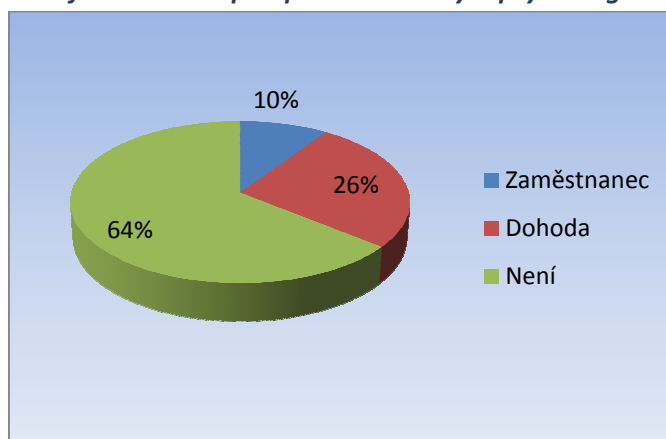
Psycholog

Dostupnost a formu spolupráce s klinickým psychologem u pracovišť, která vykazala DHP, ukazuje tabulka a graf č.6.

Tabulka č.6 Forma spolupráce s klinickým psychologem

Zaměstnanec	5	10%
Dohoda	14	26%
Není členem týmu	34	64%

Graf. č.6 Forma spolupráce s klinickým psychologem



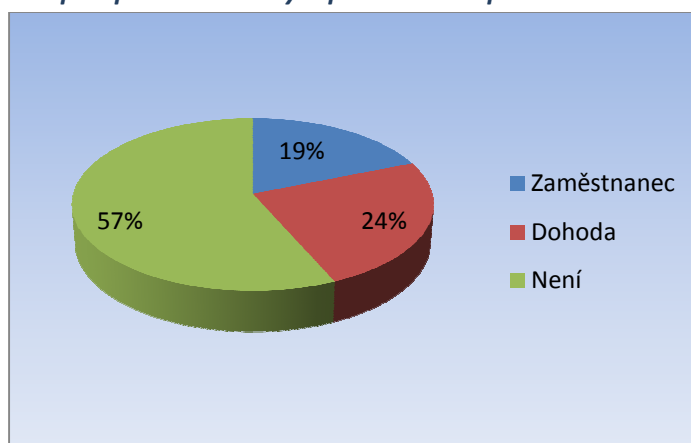
Pastorační pracovník nebo duchovní

Dostupnost a formu spolupráce s pastoračním pracovníkem nebo duchovním u pracovišť, která vykazala DHP ukazuje *tabulka a graf č.7.*

Tabulka č. 7 Forma spolupráce s klinickým pastoračním pracovníkem nebo duchovním

Zaměstnanec	10	19%
Dohoda	13	24%
Není členem týmu	30	57%

Graf č. 7 Forma spolupráce s klinickým pastoračním pracovníkem nebo duchovním



Výsledky potvrzují hypotézu, že na pracovištích domácí zdravotní péče, která v roce 2012 vykazala DHP, je dostupnost lékaře specialisty (PM nebo PM-LB), psychologa a pastoračního pracovníka nebo duchovního velmi variabilní. Více než polovina zařízení tyto pracovníky ve svém týmu vůbec nemá.

Výsledky potvrzují hypotézu, že dostupnost lékaře specialisty PM nebo PM-LB, psychologa a pastoračního pracovníka nebo duchovního na pracovištích domácí zdravotní péče, kteří v roce 2012 vykazali DHP, je velmi variabilní. Více než polovina zařízení tyto pracovníky ve svém týmu vůbec nemá. Pouze 10-20% zařízení má tyto pracovníky v zaměstnaneckém poměru. Při interpretaci výsledků je třeba samozřejmě zohlednit, že se jedná o odpovědi pouze 22% ze všech pracovišť domácí zdravotní péče (viz odstavec o návratnosti dotazníků). Přesto lze předpokládat¹³, že výše uvedená variabilita ve složení hospicového týmu na pracovištích, která vykazují DHP, je v ČR obecně rozšířená.

Výkon „ Signální kód – ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stavu“¹⁴

V roce 2010 byl do Seznamu zdravotních výkonů poprvé zařazen nový výkon 06349 „ Signální kód – ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stavu“. Tento výkon nemá časovou ani bodovou hodnotu. Signalizuje péči o pacienta v terminálním stavu a současně v Seznamu zdravotních výkonů ruší omezení frekvencí u tzv. časových výkonů sester domácí zdravotní péče (odbornost 925) v případě indikace paliativní péče o pacienta v terminálním stavu v jeho vlastním domácím prostředí. Rozhodnutí, že je pacient v terminálním stavu vyžadujícím změnu frekvence ošetrovatelské péče náleží registrujícímu praktickému lékaři, ošetřujícímu lékaři při hospitalizaci a ošetřujícímu lékaři poskytujícímu ambulantní specializovanou zdravotní péči. Předmětem indikace je jednak vykazání signálního kódu, jednak potřebná frekvence ošetrovatelské intervence. Indikující lékař může (dle metodiky zdravotních pojišťoven) vydat souhlas s použitím kódu 06349 v rozsahu 30 dnů; v případě požadavku na překročení tohoto časového omezení musí požádat o schválení prodloužení revizního lékaře zdravotní pojišťovny. Indikující lékař stanoví počet denních návštěv u pacienta včetně jednoznačné specifikace zdravotní péče. Souhrnná časová dotace by neměla přesáhnout 6 hodin za den. Ve výjimečných případech může lékař – po náležitém zdůvodnění ve zdravotnické dokumentaci – indikovat přítomnost sestry u pacienta ve větším rozsahu než 6 hodin denně. Zavedení signálního kódu 06349 hodnotíme jako krok správným směrem. Signální kód však systémově neřeší potřebu akutních (= neplánovaných) ošetrovatelských intervencí především v mimopracovní době a nevytváří podmínky pro zapojení ostatních profesí nezbytných k zajištění komplexní hospicové péče.

V rámci dotazníkového průzkumu jsme zjišťovali, zda pracoviště domácí zdravotní péče, která vykazují DHP, využívají u těchto pacientů signální kód. Výsledky ukazuje *tabulka č. 8 a graf č.8*. Překvapivé bylo zjištění, že někteří významní registrovaní poskytovatelé domácí zdravotní péče, kteří disponují multiprofesním týmem a kteří v roce 2012 vykazali více než 100 pacientů v domácí hospicové péči nemají uzavřenu smlouvu se zdravotními pojišťovnami o úhradě poskytované zdravotní péče¹⁵.

¹³ na základě znalosti, kterou mají řešitelé o personálním složení a činnosti některých pracovišť domácí zdravotní péče, která se výzkumu neúčastnila

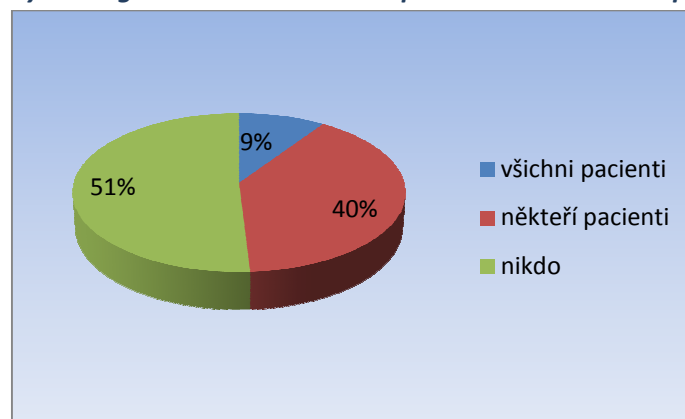
¹⁴ účinnost od 1.1. 2010 dle vyhlášky MZ č.472/2009 Sb., kterou se vydává novela Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

¹⁵ dle osobního sdělení vedoucích pracovníků se tato zařízení o uzavření smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami snaží; stanovisko ZP je ale odmítavé.

Tab.č.8 Využití signálního kódu 06349 u pacientů v domácí hospicové péči

všichni pacienti	5
někteří pacienti	21
nikdo, signální kód není se ZP nasmlouván	27

Graf č.8. Využití signálního kódu 06349 u pacientů v domácí hospicové péči



..

Zásadní zjištění výzkumného projektu

Výsledky analýzy dat ÚZIS a výsledky dotazníkového průzkumu lze shrnout do následujících zjištění:

- Neexistuje jednotná metodika pro vykazování DHP pro účely ÚZIS. Nejsou stanovena jasná klinická kritéria pro zařazení pacienta do této péče, ani požadavky na personální zabezpečení této péče (složení multiprofesního týmu).
- Počet pacientů, u kterých byla pro účely ÚZIS vykazována DHP v posledních 4 letech významně klesá. Tento pokles je pravděpodobně způsoben změnami přístupu k vykazování DHP ze strany pracovišť domácí zdravotní péče a automaticky nevypovídá o poklesu dostupnosti určitého typu zdravotních a sociálních služeb.
- Charakter péče, která je pro účely ÚZIS vykazována jako „domácí hospicové péče“ se velmi liší personálním složením hospicového týmu. Více než polovina pracovišť v hodnoceném souboru nemá jako člena týmu lékaře specialistu v oboru PM, psychologa ani pastoračního pracovníka či duchovního.
- Výkon 06349 „ Signální kód –ošetřovatelská péče o pacienta v terminálním stavu“ je využíván v péči pacienty v závěru života poměrně omezeně. Více než polovina hodnocených pracovišť tento výkon nemá se zdravotními pojišťovnami vůbec nasmlouvaný
- Několik významných poskytovatelů multispecialistní domácí paliativní péče nemá uzavřenu smlouvu se zdravotními pojišťovnami kvůli odmítavému postoji ze strany ZP.

Diskuse a doporučení

Jedním z cílů našeho projektu je přispět k terminologickému vyjasnění v oblasti péče o pacienty v závěru života. Jak bylo již několikrát zmíněno, je diskuse o „domácí hospicové péči“ v ČR zatížena řadou nedorozumění a napětí.¹⁶ Diskuse se často dotýká otázky, co je hospicová péče a kdo, popř. dle jakých kritérií je oprávněn posoudit, zda je péče poskytovaná daným pracovištěm „hospicová“. Záměrem projektu není v žádném případě zpochybňovat profesionalitu a osobní obětavost pracovníků v zařízeních domácí zdravotní péče, kteří pečují o nevléčitelně nemocné a umírající. Řada z nich je inspirována myšlenkami hospicového hnutí¹⁷ a realizuje opravdu dobrou paliativní ošetrovatelskou péči. Obsah pojmu „paliativní péče“ a „hospicová péče“ však není totožný. Nevléčitelně nemocným a umírajícím pacientům v léčebnách dlouhodobě nemocných, na lůžkách akutních nemocnic a ale také v domácím prostředí je lékaři a sestrami poskytována určitá forma paliativní péče¹⁸. Domníváme se však, že označovat tuto péči za „hospicovou“ je v českém kontextu věcně nesprávné.

Zatímco u lůžkové hospicové péče bylo v ČR dosaženo základní shody mezi poskytovateli a plátcí péče o tom, jaké personální a věcné požadavky musí splňovat poskytovatel lůžkových zdravotních služeb¹⁹, aby získal registraci jako speciální lůžkové zařízení hospicového typu²⁰, v oblasti domácí hospicové péče takové ustanovení chybí. Zákon č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění uvádí v § 22 mezi zvláštní ambulantní péči také péči paliativní, jako formu domácí zdravotní péči poskytované na základě doporučení ošetřujícího lékaře pacientovi (pojištěnci) v terminálním stavu. Ve vyhlášce č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, je „domácí paliativní péče“ koncipována jako čistě ošetrovatelská péče zajišťovaná všeobecnými sestrami²¹. Domníváme se, že právě zde se nachází příčina mnohých nedorozumění. Hospicová péče je ze své nevlastnější povahy multiprofesní týmová péče, která v sobě integruje zdravotnické činnosti lékařské, ošetrovatelské, psychologické, ale také služby nezdravotnické : sociální a pastorační²². Jedině takto komplexní péče může adekvátně reagovat na potřeby terminálně nemocných. U pacientů v pokročilé a konečné fázi nevléčitelné nemoci („v terminálním stavu“) je velmi častý klinicky nestabilní průběh charakterizovaný náhlými změnami stavu (např. akutní zhoršení bolesti, dušnosti, úzkosti) ale také krizemi na straně pečující rodiny (např. úzkost, únava a vyčerpání). Tyto stavy vyžadují akutní zhodnocení (včetně např. lékařského rozhodnutí o nutnosti hospitalizace) a náležitou intervenci směrem k pacientovi nebo jeho rodině. Tyto intervence často významně

¹⁶ názornou ilustrací je postoj vedoucí zdravotnických projektu Charity České republiky MUDr. M.Hofmanové k samotnému projektu. Viz příloha č.3

¹⁷ve své praxi aplikují celostní přístup ke každému pacientovi jako k jedinečné bytosti s tělesnou, psychosociální a spirituální dimenzí, snaží se o empatickou otevřenou komunikaci atd. V českém prostředí je tento přístup asi nejzřetelněji formulovaný v dílech MUDr. Marie Svatošové, zakladatelky hospicového hnutí : např. Svatošová, M. Hospice a umění doprovázet, Praha: Ecce Homo 1995, 144 s.

¹⁸ V §5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách je paliativní péče vymezena jako specifický druh zdravotní péče, jejímž účelem „je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí“

¹⁹ vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb

²⁰ podle § 22a zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

²¹ příloha č.8 k vyhlášce č.99/2012 Sb

²² Standardy hospicové paliativní péče; Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, Praha 2007. Dostupné na <http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/standardy-kvality/>

přesahují rámec a kompetence ošetrovatelské péče. Zavedení signálního kódu 06349 hodnotíme jako krok správným směrem. Signální kód však systémově neřeší potřebu akutních (= neplánovaných) ošetrovatelských intervencí především v mimopracovní době a nevytváří podmínky pro zapojení ostatních profesí nezbytných k zajištění komplexní hospicové péče. Důležitým požadavkem adekvátní péče o pacienta v terminálním stavu je zajištění trvalé dostupnosti (7/7,24/24) lékařské a ošetrovatelské péče. Zkušenost ukazuje, že obvyklý model domácí ošetrovatelské péče indikované praktickým lékařem (dostupným v obvyklé pracovní době) a realizované formou plánovaných návštěv sestrami domácí zdravotní péče není schopný reagovat na dynamicky se měnící spektrum potřeb pacienta v závěru života. U významné části pacientů v terminálním stavu proto při výskytu některé z výše uvedených krizových situací dochází v posledních dnech a týdnech k hospitalizaci, obvykle do lůžkových zařízení akutní péče. Paliativní ošetrovatelská péče poskytovaná pacientům v terminálním stavu v domácím prostředí může mít charakter kvalitní ošetrovatelské péče na úrovni obecné paliativní péče (viz Definice obecné a specializované paliativní péče).

Obecná a specializovaná paliativní péče

ČSPM je přesvědčena, že pro analýzu ale i koncepční rozvoj zdravotních a sociálních služeb, které jsou poskytovány pacientům v závěru života, je třeba v souladu s mezinárodními doporučeními²³ rozlišovat **dvě úrovně poskytování paliativní péče**: obecnou a specializovanou paliativní péči.²⁴

- 1) **Obecnou paliativní péčí** rozumíme dobrou klinickou praxi, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich odborností. Jejím základem je včasné rozpoznání nevyčlelného charakteru onemocnění a identifikace a ovlivňování oblastí, které jsou významné pro kvalitu pacientova života (např. racionální využití kauzálních léčebných postupů, léčba symptomů, empatická komunikace, pomoc při organizačním zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd.). Obecnou paliativní péči poskytují všichni zdravotníci s ohledem na své kompetence a na specifika své odbornosti. Obecná paliativní péče je poskytována současně s ostatní léčebnou a ošetrovatelskou péčí. Paliativní péče poskytovaná v nemocnicích, léčebnách, v ordinaci praktických lékařů i specialistů a také sestrami v rámci domácí zdravotní péče patří většinou do této kategorie.
- 2) **Specializovaná paliativní péče** je multiprofesní péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Poskytování této péče je na pracovištích specializované paliativní péče výhradní nebo výrazně převažující náplní činnosti. Specializovaná paliativní péče je poskytována pacientům, kteří komplexností svých potřeb (tělesných nebo psychosociálních) přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče. Specializované paliativní péče je v současné době v ČR poskytována v lůžkových hospicích, v ambulancích paliativní medicíny a na pracovištích domácí hospicové péče, která disponují výše popsaným multiprofesním týmem.

²³ EAPC: Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. Doporučení Evropské asociace pro paliativní péče 2009. Český překlad vydala Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny, Praha 2010

²⁴ Standardy paliativní péče 2013, Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP; dostupné na <http://www.paliativnimedicina.cz/standardy-normy/standardy-paliativnich-postupu>

V rámci systému zdravotní i sociální péče v ČR jsou obě úrovně paliativní péče nezbytné a vzájemně se doplňují. Obě oblasti je třeba systematicky kultivovat a rozvíjet. Větší objem paliativní péče je poskytován v rámci obecné paliativní péče.

Doporučení

Vzhledem k výše uvedeným zjištěním proto ČSPM navrhuje následující opatření

- Je třeba začít koncepčně pracovat se 2 úrovněmi paliativní péče: obecnou a specializovanou paliativní péčí (viz Obecná a specializovaná paliativní péče).
- Domácí ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stavu patří mezi formy obecné paliativní péče a není vhodné ji nazývat „domácí hospicová péče“
- Ve formuláři A(MZ) 1-01 pro obor Domácí zdravotní péče by bylo vhodné v části III. Pacienti v domácí péči zrušit kategorií „Domácí hospicová péče“ (řádek 48).
- Ve formuláři A(MZ) 1-01 pro obor Domácí zdravotní péče by bylo vhodné v části III. Pacienti v domácí péči zavést novou kategorií „Pacienti v terminálním stavu“. Tímto způsobem by byla pro účely ÚZIS adekvátně rozlišena podmnožina pacientů s chronickým onemocněním, kteří se nacházejí v konečné fázi nevléčitelné nemoci.
- Ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami je třeba provést analýzu čerpání zdravotní péče
- Je třeba stanovit minimální personální zabezpečení poskytovatele služeb Domácí specializované paliativní péče. Je třeba stanovit vhodný model organizace a úhrady této formy specializované paliativní péče. ČSPM je přesvědčena, že vhodným modelem bylo pracoviště, které by integrovalo ambulanci paliativní medicíny a domácí zdravotní péči se zvláštní kvalifikací v oblasti paliativní péče. Nedílnou součástí pracoviště by byl poskytovatel sociálních služeb (odborného poradenství a odlehčovacích služeb) a pastorační péče. Pracoviště tohoto typu by mohlo poskytovat specializovanou paliativní péči pacientům v domácím i náhradním sociálním prostředí (např. v pobytových zařízeních sociální péče). Důležitým atributem zařízení domácí specializované paliativní péče by měla být trvalé dostupnost služeb (24/24, 7/7).
- Ve statistikách ÚZIS by bylo účelné pracovat s novou samostatnou kategorií Domácí (mobilní) specializovaná paliativní péče, která by měla jasně definované parametry (personální zabezpečení multiprofesním týmem –viz výše).

Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP je připravena se podílet na další odborné diskusi a práci při realizaci výše uvedených doporučení.

Přílohy

Příloha č.1 Formulář A(MZ) 1-01 pro obor Domácí zdravotní péče

Ministerstvo zdravotnictví
Schváleno ČSÚ pro Ministerstvo
zdravotnictví, ČV 13/13 ze dne
26.10.2012 v rámci Programu
statistických příloh ke rok
2013.

Výšejší výkaz předkládá
pracovní lékařská služba
místní zdravotní péče
zdravotnický ústav ČR

Obsahuje statistické údaje je
zpracováno dle směrnice
MŠ, v rámci statistické služby
zdravotnický ústav ČR
Ministerstvo zdravotnictví, ústav
zdravotnický ústav ČR

Roční výkaz o činnosti poskytovatele ZS

A (MZ) 1-01

Poskytovatel (obor): **domácí zdravotní péče**

Za rok 2013

IČO	Zpravodajská jednotka (adresa):
PČZ	
Oddělení, pracoviště, kód poskytovatele	A089

I. Pracovníci ve zdravotnictví

	Č.j.	Lékaři	Fyzioterapeuti	ZPBD	ze sl. 3		Ostatní odborní pracovníci
					všeobecně sestry se spec.	zdrav. sociální pracovníci	
a	b	1	2	3	4	5	6
Fyzické osoby (počet k 31.12.)	11						
Přepočtené počty (úvazek k 31.12.)	12						
Smluvní pracovníci (úvazek k 31.12.)	13						
Průměrný roční přepočtený počet pracov. celkem (včetně smluvních)	14						

II. Činnost

DZP - domácí zdravotní péče

	Č.j.	Celkem	ze sl. 1 jen zdravotní	Sociální péče klientem hrazená		Péče hrazená jiným způsobem	ze sl. 1 ve věku 0-14 let
				částečně	plně		
a	b	1	2	3	4	5	6
Počet návštěv	21						
Počet výkonů hrazených ze ZP	22						
Počet výkonů nehrazených ze ZP	23						
Počet výkonů u pacientů mobilních	24						
Počet výkonů u pacientů imobilních	25						
Počet výkonů po jednodenní péči	26						

III. Pacienti v domácí péči

	Č.j.	Celkem	ze sl. 1 ve věkové skupině			ze sl. 1	
			0 - 19 let	20 - 64 let	65 let a více	muži	ženy
a	b	1	2	3	4	5	6
Počet pacientů DZP ¹⁾	41						
DZP indikovaná PL nebo PLDD ²⁾	42						
ošetřující lékařem při hospitalizaci	43						
Chronická onemocnění ¹⁾	44						
z ř. 44 poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99)	45						
Akutní onemocnění ²⁾	46						
pooperační stavy, úrazy ³⁾	47						
Domácí hospicová péče	48						

IV. Doplnující údaje

	Č.j.	Fyzické osoby (počet)	Přepočtené počty (úvazek)	ano = 1 ne = 0			
a	b	1	2	3	4	5	6
Dobrovolní spolupracovníci DZP	71						
Dostupnost DZP nepřetržitá	72						
Působnost DZP v okrese	73						
Smluvní vztah se zdravotní pojišťovnou	74						

¹⁾každý pacient je započítán jen jedenkrát

²⁾každý pacient je započítán tolikrát, pro kolik onemocnění mu byla poskytnuta DZP

³⁾PL - praktický lékař, PLDD - praktický lékař pro děti a dorost

Razítko:	Výkaz sestavil:
	Telefon:
	E-mail:
Podpis vedoucího zpravodajské jednotky:	Datum:

Příloha č.2 Dotazník pro pracoviště, která v roce 2012 vykazala domácí hospicovou péči

Dotazník

- 1) U kolika pacientů jste v roce 2012 vykazali poskytování domácí hospicové péče**
- 2) Jaký je rozdíl v obsahu a rozsahu péče mezi „domácí hospicovou péčí“ (řádek 48) a domácí zdravotní péčí o pacienta s chronickým onemocněním (řádek 44)?**
- 3) Kteří pracovníci se ve vašem ZZ podílejí na poskytování „domácí hospicové péče“ a jakou má tato spolupráce formu?**

Lékař specialista v oboru Paliativní medicína a léčba bolesti

ANO: zaměstnanec ANO: smluvní pracovník NE

Psycholog, psychoterapeut:

ANO: zaměstnanec ANO: smluvní pracovník NE

Pastorační pracovník nebo duchovní:

ANO: zaměstnanec ANO: smluvní pracovník NE

4) Signální kód „ péče o pacienta v terminálním stavu“

1. U všech pacientů, u nichž byla v roce 2012 poskytnuta domácí hospicová péče, byl současně vykazován výkon 06349 „ Signální kód –ošetřovatelská péče o pacienta v terminálním stavu“ (dále signální kód)
2. Pouze u některých pacientů, u nichž byla v roce 2012 poskytnuta domácí hospicová péče, byl současně vykázán signální kód
3. Vykazování signálního kódu nemáme se zdravotními pojišťovnami nasmlouvaný

Příloha č.3 Dopis manažérky zdravotnických projektů MUDr.Hofmanové vedoucím pracovišť domácí zdravotní péče zřizovaných Charitou ČR k dotazníkového průzkumu

----- Original Message -----

From: [MUDr. Markéta Hofmanová](#)

Sent: Friday, October 18, 2013 12:22 PM

Subject: Analýza dat o domácí hospicové péči v ČR - informace k rozeslanému dotazníku

Vážené kolegyně ,
v příloze zasílám **zásadní** informace k rozeslanému dotazníku
Analýza dat o domácí hospicové péči v ČR včetně doporučeného přístupu k tomuto projektu.
Předejte laskavě všem zařízením ,zvláště těm, kteří tento druh péče poskytují .
Děkuji za spolupráci , hezký den z Prahy

MUDr. Markéta Hofmanová

zdravotnické projekty
Charita Česká republika
Vladislavova 1460/12
110 00 Praha 1
mobil: 603 149 969
e-mail: marketa.hofmanova@charita.cz

Příloha e-mailu:

Během poloviny října obdrželi někteří vybraní poskytovatelé domácí péče žádost o vyplnění dotazníků ohledně domácí hospicové péče, kterou podepsala Dr.Brabcová z Ministerstva zdravotnictví a Dr.Sláma z Masarykova onkologického ústavu.
Na základě informací , které poskytovatelé povinně vyplňují v ročním výkazu o činnosti ÚZIS , byly na základě pravděpodobného úniku individuálních dat požadovány doplňující informace. Organizace zastoupené v segmentu domácí péče s obrátily na MZ i ÚZIS.

Výsledky:

-ministerstvo zdravotnictví nikterak v projektu neparticipuje – projekt byl vybrán z patřičného dotačního programu a je plně v kompetenci České společnosti paliativní medicíny.

-o možném úniku dat z informačního systému poskytovatelé jednají s ÚZIS a budou požadovat nápravu.

-metodologie analýzy dat i obsah dotazníku nemůže v žádném případě poskytnout relevantní informace pro MZ, proto MZ zvažuje zrušení tohoto programu.

Doporučený postup pro poskytovatele :

Zmínění dotazník Analýza dat o domácí hospicové péči nevyplňovat, pakliže byl již odeslán, pak znova napsat adresátovi , že si nepřejete zařazení dat do projektu .

Poskytovatelé domácí zdravotní péče nabídli spolupráci MZ , bude li obdobný projekt v budoucnu realizován , tak aby přinesl relevantní data.

Praha 18.10.2013
MUDr.M.Hofmanová