

Domácí hospicová péče pro onkologické pacienty

Regina Slámová

Centrum paliativní péče, Brno

Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP – „domácí hospic“) je formou specializované paliativní péče v domácím prostředí pacienta v režimu tzv. domácí hospitalizace s trvalou dostupností lékaře a zdravotní sestry (dostupnost 24/7/365). V článku jsou uvedeny základní charakteristiky činnosti MSPP a indikační kritéria pro přijetí onkologického pacienta.

Klíčová slova: mobilní specializovaná paliativní péče, domácí hospic.

Home hospice care for cancer patients

Mobile specialised palliative care („home hospice“) is a form of specialised palliative care in the patient's home environment in the mode of so-called home hospitalization with permanent availability of a doctor and a nurse (24/7/365 availability). The basic characteristics of MSPP activities and the indication criteria for admission of a cancer patient are presented in this article.

Key words: mobile specialised palliative care, home hospice.

Úvod

Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP, „domácí hospic“, „mobilní hospic“) je formou poskytování specializované paliativní péče v domácím prostředí pacienta v režimu tzv. domácí hospitalizace s trvalou dostupností lékaře a zdravotní sestry (dostupnost 24/7/365). Cílovou skupinou MSPP jsou dospělí i dětské pacienti v pokročilých stádiích nevyčleptelných chorob s předpokládanou prognózou délky života v týdnech, kteří si přejí, aby péče probíhala v domácím prostředí.

Základní principy MSPP

- Odborným garantem/vedoucím lékařem je paliatr – lékař s nástavbovou atestací v oboru paliativní medicína (ev. starším formátem specializace: Paliativní medicína a léčba bolesti).
- Péče má charakter nepřetržitého zdravotnického dohledu typicky s každodenní kontrolou a úpravou plánu péče dle aktuálních potřeb nemocného a pečujících.

- V pracovní době lékař i zdravotní sestra MSPP vykonávají plánované a akutní návštěvy nebo telefonické konzultace.
- V mimopracovní době je sestra k dispozici pacientovi či pečujícím k telefonické konzultaci s možností domácí návštěvy u pacienta do 60 minut.
- Lékař je v mimopracovní době k dispozici sestře MSPP k telefonické konzultaci s možností domácí návštěvy u pacienta do 60 minut.
- Minimálně jednou týdně probíhají pravidelná setkání multidisciplinárního týmu MSPP k diskuzi a úpravám plánu péče u jednotlivých pacientů.
- Pacientům a rodinám jsou k dispozici také další členové týmu MSPP: psychoterapeut, sociální pracovník, kaplan.

Indikace a podmínky k přijetí do péče MSPP

- Pacient s pokročilým onkologickým onemocněním s ukončenou (příp. nezaháje-

nou) protinádorovou léčbou (pacient v režimu symptomatické paliativní péče), nebo pacient v terminální fázi jiné paliativně relevantní diagnózy.

- A zároveň špatný celkový funkční stav PS ≥ 3 nebo Karnovsky index $\leq 50\%$. Tedy pacient, který v důsledku své nemoci tráví většinu dne vleže na lůžku a dojíždění na ambulantní kontroly je pro něj velmi náročné nebo nemožné.
- Přítomnost závažných symptomů (např. bolest, dušnost, zmatenost) a klinická nestabilita, která vyžaduje pravidelné a časté hodnocení stavu zdravotníky, úpravy medikace a léčebné a ošetrovatelské intervence.
- Předpokládaná prognóza přežití v rámci týdnů až jednotek měsíců.
- Pacient a jeho blízcí si přejí, aby péče probíhala v domácím prostředí a souhlasí s pravidly hospicové péče. Jsou srozuměni s tím, že v případě zhoršení stavu pacient nebude převážen do zdravotnického za-

řízení, v případě oběhové zástavy nebude zahajována resuscitační péče. Pacient a jeho blízcí souhlasí s tím, že nebudou dále čerpat jinou zdravotní péči (např. v jiných odborných ambulancích), výjimku tvoří péče stomatologická.

- S pacientem doma trvale pobývá minimálně jedna druhá dospělá osoba, schopna zajistit základní péči a dohled.

Pokud pacient a jeho blízcí nesplňují všechna výše uvedená kritéria, nejsou indikovani k přijetí do MSPP.

Obvyklé činnosti v rámci MSPP

- **Zmapování potřeb a priorit nemocného a sestavení plánu péče.**
- Podpůrná komunikace s pacientem a jeho blízkými. Facilitace komunikace v rámci rodiny.
- Nastavení pravidelné medikace i medikace při potížích (mobilní hospice užívají někdy název SOS medikace), medikace je podávána v perorální i parenterální formě.

- Edukace rodinných příslušníků v ošetrovatelských dovednostech.
- Řešení symptomových a psychických krizí pacienta i jeho blízkých (24/7/365).
- Odlehčovací punkce ascitu nebo fluidothoraxu, vypouštění výpotku zavedenými drény.
- Péče o chronické rány, stomie, drény.
- Farmakologická paliativní sedace v případě refrakterního distresu.
- Doprovázení při umírání.
- Péče o pozůstalé po úmrtí pacienta.
- Dovoz léků, zdravotnického materiálu a zdravotnických přístrojů, které jsou potřeba k symptomatické terapii.
- Doporučení zdravotních pomůcek, doporučení, kde pomůcky zajistit, příp. jejich zapůjčení, pokud má organizace půjčovnu pomůcek.

Zvláštní případ představují pacienti, kteří mají zavedené některé relativně nákladné léčebné modalitky, ze kterých mohou i v situaci pokročilého onemocnění profitovat (např. hemodialýza, parenterální výživa, pravidelné

podávání transfuzí). Tyto modalitky jsou obvykle u pacientů v MSPP ukončeny, neboť vzhledem k fázi nemoci jsou považovány za marné a neúčelné či si pacient nepřeje v nich pokračovat. O možnosti/nutnosti pokračování v těchto léčebných modalitách, ze kterých by mohl konkrétní pacient profitovat i v průběhu MSPP, je potřeba se předem s lékařem MSPP domluvit.

Financování MSPP

MSPP (odbornost 926) je hrazena formou zvláštních agregovaných zdravotních výkonů (80090 – péče o klinicky nestabilního pacienta v terminálním stavu a 80091 – péče o nestabilního pacienta se závažnými symptomy), ve kterých jsou zahrnuty veškeré poskytované zdravotní služby za jeden den (tj. komplex výkonů lékaře i sestry, event. psychologa nebo jiných specialistů přizvaných ke konziliu, doprava lékaře i sestry za pacientem bez ohledu na vzdálenost, léčba souvisejících komplikací, léčivé přípravky, spotřebovaný materiál, režijní náklady). Jedná se tedy o analogii s paušální platbou za ošetrovací den

v lůžkových hospicích nebo lůžkových zařízeních následné péče. Pokud pacient v péči MSPP současně čerpá zdravotní péči u jiného poskytovatele (např. v nemocnici nebo u ambulantního specialisty, nebo výjezd záchranné zdravotní služby, z hlediska MSPP tzv. extramurální péče), hradí náklady na tuto péči poskytovatel MSPP. Ze strany zdravotních pojišťoven je při poskytování MSPP je tolerována extramurální péče nejvýše u 10 % pacientů za rok. MSPP je služba, která by měla poskytovat péči pacientům až do konce života doma. Ze strany zdravotních pojišťoven je tolerováno předání do péče jiného poskytovatele zdravotní péče než je MSPP pouze u 10 % pacientů za rok. MSPP je možné poskytovat i pacientům v zařízeních pobytových sociálních služeb, které je považováno za náhradní domácí prostředí pacientů. Z pohledu úhrad péče zdravotními pojišťovnami není ale tole-

rováno souběžné vykazování zdravotní péče MSPP a odbornosti 913 (všeobecná sestra v sociálních službách).

Paliativní péče v domácím prostředí mimo kontext MSPP

Významná část domácí paliativní péče je poskytována praktickými lékaři ve spolupráci s poskytovateli domácí ošetrovatelské péče („home care“, odbornost 925). U pacientů s klinicky stabilním průběhem je takové zajištění péče obvykle dostačující. U pacientů a rodin s komplexními potřebami tento model zajištění péče dostatečný není.

- Home care je poskytována formou (předem) plánovaných návštěv sestry na základě indikace lékaře.
- U pacientů v terminálním stavu lze při indikaci využít signální kód 06349 – ošetrovatelská péče o pacienta v ter-

minálním stavu. V takovém případě neplatí omezení frekvence pro vykazování výkonů odbornosti 925 a navíc lze vykazovat fakultativní ZUM a péči lze vykazovat s frekvencí odpovídající aktuální potřebnosti na základě předpisu ošetřujícího lékaře.

- Zásadním omezením tohoto modelu péče domácí paliativní péče je ale faktická nedostupnost především lékařské, ale i ošetrovatelské péče v mimopracovní době. V rámci toho modelu nelze bezpečně a na náležité odborné úrovni řešit akutní zhoršení stavu a komplikace, které terminální fázi chronických onemocnění často provázejí. Pacienty nebo jejich rodinami bývá v těchto situacích většinou volána zdravotnická záchranná služba a pacienti jsou převáženi k hospitalizaci na akutní lůžko, přestože si přáli prožít závěr života doma.

LITERATURA

1. Standardy Mobilní specializované paliativní péče. Available from: <https://www.mobilnihospice.cz/o-mobilnich-hospicich#odborne-dokumenty>.

2. Metodický pokyn pro poskytování Mobilní specializované paliativní péče MZ ČR. Available from: <https://www.mobilnihospice.cz/o-mobilnich-hospicich#odborne-dokumenty>.

ne-dokumenty.

3. Sláma O, Kabelka L, et al. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén; 2022.