

Ohlédnutí za osmi lety poskytování Mobilní specializované paliativní péče

Monika Marková

Hospic sv. Štěpána, z. s., Litoměřice

V tomto sdělení se ohlížím za osmi lety od chvíle, kdy mobilní hospice získaly svou vlastní odbornost a poskytování jejich služeb, do té doby systémově neukotvené, se stalo běžnou hrazenou službou. Přiblížím pravidla pro poskytování služby Mobilní specializované paliativní péče, dotknou se mýtů, se kterými se při poskytování služeb stále setkáváme a v závěru nastíním možné směry rozvoje tohoto mladého typu zdravotní služby ve vlastním sociálním prostředí.

Klíčová slova: paliativní medicínská péče, vlastní sociální prostředí, multidisciplinární tým, terminální stav.

Looking back at the eight years of providing Mobile Specialized Palliative Care

In this paper, I look back at the eight years since the moment that mobile hospices acquired their own expertise and the provision of their services, until then unanchored in the system, became a common reimbursed service. I will introduce the rules for the provision of Mobile Specialized Palliative Care services, address the myths that are still encountered when providing these services, and conclude by outlining the possible directions for the development of this young type of health service in one's own social environment.

Key words: palliative medicine, one's own social environment, multidisciplinary team, terminal state.

Vývoj péče o terminálně nemocné v domácím prostředí

Pokud si do roku 2015 přál těžce nemocný v závěru života zemřít ve vlastním sociálním prostředí, mohl počítat s podporou svého praktického lékaře, odborného ambulantního specialisty a agentury domácí péče v odbornosti 925. Pro mnoho nemocných byla tato péče dostatečná, pokud se ale objevilo zhoršení symptomů, například v noci, o víkendu či svátečních dnech, vyjížděla k nemocnému záchranka a velmi často tito pacienti končili svou životní pouť na akutních nebo i superakutních odděleních lůžkových zdravotnických zařízení.

Vedle standardizovaných poskytovatelů zdravotní péče vznikaly již od roku 2001 mobilní (či domácí) hospice. Původně jako

neziskové organizace s registrovanou zdravotní službou, bez smlouvy se zdravotními pojišťovnami, financované převážně z darů fyzických i právnických osob a dotací samospráv. Lékaři a sestry v těchto organizacích přinášeli do České republiky službu paliativní péče ve vlastním sociálním prostředí, podporu pečujícím rodinám, dobrou léčbu symptomů i provázení pozůstalých. Opakovaně se tyto organizace pokoušely vstoupit mezi smluvní poskytovatele zdravotních služeb, ale až mezi lety 2015 a 2017 se podařilo prosadit pilotní projekt Mobilní specializované paliativní péče (MSPP). Ten měl, jako společný projekt MZ ČR, VZP a České společnosti paliativní medicíny JEP, ověřit, zda je multidisciplinární tým vedený lékařem paliatrem schopen poskytovat kvalitní a bezpečnou péči v závěru života, dochovat

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest and financial disclosures:

None.

Funding/Support:

None.

Cit. zkr: **Onkologie**. 2025;19(3):134-136
<https://doi.org/10.36290/xon.2025.026>
 Článek přijat redakcí: 24. 4. 2025

Mgr. Monika Marková
 reditelka@hospiclitomerice.cz

více než 80 % pacientů v jejich vlastním sociálním prostředí a zda náklady na tuto péči budou srovnatelné nebo nižší než u jiných způsobů poskytování zdravotní péče v závěru života (1).

Metodika k poskytování Mobilní specializované paliativní péče

Vzhledem k úspěšnosti projektu vychází ve Věstníku č. 13/2017 Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče (2), který popisuje základní pravidla pro tento typ zdravotní péče. Dokument stanovuje:

Obecná kritéria a vymezení pojmů

Síť poskytovatelů – ta je rozdělena na obecnou a specializovanou paliativní péči, přičemž se odhaduje, že pro 80–90 % pacientů v závěru života bude dostačovat obecná paliativní péče.

Kritéria pro přijetí pacienta do specializované paliativní péče – zde je poměrně přesně vymezeno, že MSPP je indikována u pacientů, kteří si přejí prožít závěr života ve vlastním sociálním prostředí a zároveň míra jejich symptomové zátěže, klinická nestabilita a rychle se měnící nároky na objem péče neuvažují registrujícímu lékaři s odbornou způsobilostí v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo lékaři se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie ani ve spolupráci s agenturou domácí péče převzít odpovědnost za zajištění trvale dostupné péče ve vlastním sociálním prostředí až do úmrtí pacienta. MSPP indikuje lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína.

Požadavky na poskytovatele – zde jsou stanovena organizační věcná, technická a personální kritéria pro poskytovatele MSPP. Nutností je nepřetržitá dostupnost lékaře i sestry v režimu 24 hodin 7 dní v týdnu 365 dní v roce a splňování všech věcných a technických kritérií pro poskytovatele domácí zdravotní péče. Předpokladem je odborná garance lékařem se specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, jeho úvazek u poskytovatele by měl být alespoň 0,2 úvazku. Tým musí doplňovat další lékař se specializovanou způsobilostí. Lékaři jsou

v souhrnném úvazku 1,2. Dále je stanovena potřebnost pěti úvazků všeobecných sester. Úvazky dalších profesí v multidisciplinárním týmu tento metodický pokyn nestanoví, avšak zapojení zdravotně sociálního pracovníka a psychologa ve zdravotnictví je bonifikováno úhradami zdravotních pojišťoven dle Úhradové vyhlášky.

Financování a hrazení – v posledním bodě Metodický pokyn stanoví, jak bude nový typ péče hrazen. Zcela unikátně se jedná o hrazení veškeré poskytované zdravotní péče formou dvou celodenních agregovaných výkonů, tedy o model tzv. domácí hospitalizace.

Hlavní výhody MSPP pro pacienta i pro systém zdravotní péče

Péče mobilních hospiců umožňuje nemocnému s pokročilým onemocněním strávit závěr života doma, ve známém prostředí, ve společnosti blízkých osob, které také dostávají od týmu MSPP podporu. S nemocným je na začátku péče probrán jeho aktuální zdravotní stav, lékaři i sestry se doptávají na jeho preference a přání tak, aby léčba a péče byla opravdu maximálně individualizovaná a nemocný mohl, pokud je to jen trochu možné, prožít naplno čas, který má.

Veškerá zdravotní péče přichází za pacientem domů a je mu 24 hodin denně k dispozici na pohotovostním čísle. Díky péči úzkého okruhu zdravotníků a vypracovanému plánu péče se jedná o péči kontinuální a pro pacienta bezpečnou. V domácím prostředí je možné jak podávání infuzí, tak punkce výpotků a dalších pro nemocného úlevných výkonů.

Mobilní hospic umí rodinu vybavit také pomůckami a přístroji, které domácí péči usnadní. Nejčastěji se jedná o polohovací lůžko, toaletní židli či o koncentrátor kyslíku.

Podpora multidisciplinárního týmu vnáší do rodin více jistoty, orientaci v dané situaci. Sociální pracovníci mapují sociální potřeby rodin, pomáhají zajistit příspěvek na péči, dlouhodobé ošetrovné, případně další podporu a pomoc, kterou mohou ve zvýšené míře potřebovat třeba rodiny s dětmi, pokud umírá jeden z rodičů. Psychoterapeut nebo psycholog umožní nemocnému a/nebo jeho blízkým otevřít témata, která si bez podpory otevřít nedovolí. Často pak vnímáme v rodi-

nách velkou úlevu, že téma blízkého konce je pojmenováno, že vědí, co se děje a dokáží o tom spolu hovořit. Kaplan, který je buď přímo součástí týmu, nebo s mobilním hospicem spolupracuje, může přinést útěchu ve spirituální oblasti, odpuštění, smíření, zhlédnutí smyslu prožívaných skutečností. V mnoha mobilních hospicích jsou důležitou součástí týmu také dobrovolníci. Ti jsou pro práci v rodinách terminálně nemocných pacientů trénováni v dobrovolnickém výcviku, kde se učí jak praktické pečovatelské dovednosti, tak v rámci sebezkušenostních aktivit lépe poznávají sami sebe a svou připravenost na tento typ služby. Vyškolení dobrovolníci pak dokáží být oporou v rodinách třeba v noci, aby se rodinný pečující mohl jednou nerušeně vyspat.

V systému zdravotní péče je MSPP službou, která umožní v posledních dnech života pacienta smysluplné využívání zdravotní péče, eliminaci zbytečných vyšetření, zákroků a hospitalizací, které si nemocný ani jeho rodina nepřejí a které by nepřinesly nemocnému žádný benefit.

Některá mylná předporozumění, se kterými se potýkáme

Jde o sesterskou odbornost

Poprvé tedy v roce 2018 je v Úhradové vyhlášce zahrnuta odbornost 926 – domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu. Ač je zde vyžadována **odborná lékařská garance specialistou v oboru paliativní medicína**, je zařazena do tzv. sesterských odborností. Sám tento fakt pak v praxi přináší některé komplikace při přemýšlení o přeložení pacientů do péče MSPP.

O jaké pacienty jsme tedy schopni se v odbornosti 926 postarat? O ty, kteří:

- **Mají nevyléčitelné a pokročilé onemocnění**, které způsobuje závažné symptomy a nelze je již léčit kauzálně. Léčba a péče se soustředí na zmírnění příznaků a zlepšení kvality života. Jsme schopni pečovat v domácím prostředí o pacienty s významnou a nestabilní symptomovou zátěží. Výhodou je pohotovostní služba sestry i lékaře.
- **Potřebují komplexní a odbornou péči**, která není dostupná běžnými domácími

zdravotními službami. Tato péče zahrnuje nejen léčbu symptomů a ošetrovatelskou péči, ale také psychologickou, sociální a duchovní podporu. A to nejen nemocnému, ale také jeho blízkým.

- **Jsou v terminálním stadiu své nemoci,** je nepravděpodobné, že by se jejich stav výrazně zlepšil, a spíše se očekává, že onemocnění povede ke smrti v blízké době (metodický pokyn hovoří o době 6 měsíců).
- **Preferují být ošetřováni doma nebo v prostředí, které znají,** tedy mimo lůžkové zdravotnické zařízení, pokud je to možné a bezpečné.

Je to péče jen pro onkologické pacienty

Ač onkologičtí pacienti, vzhledem k poměrně dobře predikovatelné prognóze, tvoří nejvýznamnější část pacientů mobilních hospiců, starají se tito poskytovatelé i o pacienty s kardiovaskulárními chorobami, např. pokročilým srdečním selháním; neurologickými onemocněními, jako je například roztroušená skleróza, amyotrofická laterální skleróza, Parkinsonova nemoc v pokročilém stadiu nebo demence; respiračními onemocněními, jako je chronická obstrukční plicní nemoc ve velmi pokročilém stadiu, a dalšími pokročilými onemocněními.

MSPP může být poskytována jen 30 dní

V první Úhradové vyhlášce byla úhrada zdravotní péče v odbornosti 926 omezena na 30 dní. To se podařilo změnit na úhradu podle vzorce, který nyní říká, že zdravotní pojišťovny uhradí poskytovateli maximální částku stanovenou jako součin 30 dní, počtu unikátních pojištěnců ošetřených v kalendářním roce

a ceny agregovaného výkonu. Vzhledem k tomu, že průměrná doba péče poskytovatelů v odbornosti 926 se pohybuje okolo 20 dní. Dalo by se říci, že péče je hrazena tak, jak ji pacienti potřebují. Problém tento vzorec dělá u malého počtu pojištěnců u některé ze svažných pojišťoven, ale zde se většinou daří dojednat výjimky v úhradě.

Není možný souběh péče mobilního hospice a zdravotní sestry v zařízeních sociálních služeb

Pokud je terminálně nemocný zároveň uživatelem pobytové sociální služby, je jeho přirozeným sociálním prostředím právě zařízení sociálních služeb. Tato zařízení většinou mají své zdravotní sestry, které mohou dále poskytovat běžnou ošetrovatelskou péči či podat záchrannou medikaci při průlomové bolesti dle ordinace lékaře MSPP. Vzhledem k tomu, že v agregovaném výkonu má poskytovatel uhrazenou veškerou poskytovanou zdravotní péči, počítá s tím, že mu péče sester poskytovatele sociálních služeb může být dána k úhradě. Někteří poskytovatelé uzavírají také smlouvy s domovy pro seniory a péči jejich sester jim hradí napřímo.

Možný vývoj MSPP

Na začátku roku 2025 máme v České republice okolo padesáti poskytovatelů specializované paliativní péče v odbornosti 926. Vedle nich fungují tzv. domácí hospice – menší organizace bez smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou, také pomáhají lidem v závěru života v domácím prostředí. Často zaměstnávají pouze zdravotní sestry a spolupracují s lékaři specialisty anebo praktiky v regionu. Smlouvu obvykle nemají buď z důvodu nedostatečné

personální kapacity, nebo principiálně nechtějí být součástí systému. Vzhledem k těmto okolnostem je snaha o standardizaci MSPP a nalezení minimálních nepodkročitelných kritérií pro kvalitní službu.

V průběhu posledních sedmi let některé mobilní hospice velmi zefektivnily svůj systém práce, aniž by slevily z kvality služeb. Mnozí poskytovatelé MSPP poskytují také ambulantní paliativní péči, a to jak ve svých ordinacích, tak návštěvní službou. Mohou se tak o pacienty starat dříve, než nastane potřeba komplexní, nepřetržité a velmi intenzivní péče. I pro pacienty v ambulanci jsou za určitých časových podmínek k dispozici také ostatní členové multidisciplinárního týmu. Úhrady výkonů ambulance paliativní medicíny jsou nedostačující a zdaleka nepokrývají skutečné náklady na tento druh péče. Potřebou je tedy dosažení spravedlivějšího ohodnocení práce jak lékařů, tak dalších profesionálů v paliativních ambulancích.

Stále častěji jsou do péče MSPP referováni pacienti s výraznou symptomovou zátěží a vysokou potřebou ošetrovatelské péče, ale těžce predikovatelnou předpokládanou dobou života. Jedná se typicky o pacienty s kardiálním selháváním nebo ALS. Mezi poskytovateli panuje nejistota ohledně překročení průměrné doby péče, a proto častěji přijímají tyto pacienty pouze do ambulantního režimu s podporou sester Domácí zdravotní péče. Nastavit systém úhrady péče o pacienty s delší časovou prognózou by mohlo přinést vyšší kvalitu života i těmto pacientům.

Celému systému zdravotních služeb by mohla pomoci také konziliární služba lékařů paliatrů tam, kde je tento typ péče v lůžkových zdravotnických nebo pobytových sociálních zařízeních místně nedostupný.

LITERATURA

1. <https://www.paliativnidata.cz/index.php?pg=poslednich-30-dni-zivota--pilotni-projekt-mobilni-specializovane-paliativni-pece>.
2. Věstník MZ ČR 13/2017, str. 23, dostupný na <https://mzd.gov.cz/vestnik/vestnik-c-13-2017/>.