

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