



## STANOVISKO VÝBORU 3/2019

### K PROBLEMATICE DOMÁCÍ UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACE

Níže uvedený text je společným stanoviskem výboru České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP (ČSARIM), České společnosti intenzivní medicíny ČLS JEP (ČSIM) a zástupců poskytovatelů domácí umělé plicní ventilace v rámci pilotního projektu VZP (dále jen Stanovisko).

Předsedové ČSARIM a ČSIM souhlasí se sjednocením a distribucí Stanoviska jako jednotný společný dokument ČSARIM a ČSIM.

#### I. Hodnocení pilotního projektu MZ ČR

V roce 2003 byl zahájen projekt MZ ČR Domácí umělá plicní ventilace, který velmi úspěšně zahájil rozvoj tohoto typu péče u nás. Jeho přínos byl nepochybně v stanovení indikačních a ošetrovatelských kritérií, za kterých může být pacient převeden do domácí péče. FN Brno se podílela na organizačním zajištění DUPV ve spolupráci s poskytovateli zdravotnické techniky a dodavateli spotřebního materiálu, pacient byl formálně předán do péče praktického lékaře a domácí ošetrovatelské péče.

Nevýhody tohoto systému:

- praktičtí lékaři nejsou schopni se komplexně o takto náročného pacienta s přístrojem pro DUPV odborně postarat (většinou se stále na péči podíleli indikující lékaři ARO),
- nedostatek ošetrovatelské a odborné péče, ať už se jedná o domácí ošetrovatelskou péči (je velmi obtížné najít agenturu, která se je schopna odborně o pacienta postarat), obvykle není zajištěn fyzioterapii, nutriční a psychologická péče,
- péče byla v mnoha případech poskytována pouze rodinou bez dostatečného odborného dozoru (kromě technického hot line, zcela běžně technik firmy dodavatele ventilátoru nastavoval ventilační režimy, anesteziolog se účastnil péče jen z dobré vůle nebo entuziasmu),
- systém byl velmi málo flexibilní, doba převodu pacienta na DUPV byla při velké administrativní náročnosti projektu neúměrně dlouhá,
- hlavním a zcela jasným ukazatelem nefunkčnosti systému je stagnace počtu pacientů převedených do domácí péče – což je zcela v rozporu s vývojem v okolních zemích (ČR 1,2 pacienta na 100 000 obyvatel, Francie 17, Evropa průměr 6,6, Polsko 2,2.)



## II. Hodnocení pilotního projektu Všeobecné zdravotní pojišťovny

Výhody této organizace péče o dlouhodobě ventilované pacienty vidíme následující:

- pilotní projekt definoval a vlastně vytvořil centra komplexní péče o pacienty na domácí umělé plicní ventilaci,
- vytvoření těchto pracovišť představuje cestu, kterou se ubírají i další vyspělé evropské země (Německo: Zentren für ausserklinische Beatmung, Polsko: HMV centra),
- projekt popsal a stanovil pohyb dlouhodobě ventilovaného pacienta v systému, tedy od pracovišť typu ARO přes oddělení následné intenzivní péče až po (v případě neúspěšného weaningu) umístění pacienta do domácí péče,
- projekt jasně definoval personální požadavky a jako garanta péče určil lékaře s odbornou specializací v oboru anesteziologie a intenzivní medicína, popsal nutné kvalifikační předpoklady i nelékařského týmu,
- platba za agregovaný výkon byla směřována za poskytovatelem péče, tedy za tím, kdo nese primární odpovědnost a fakticky provádí péči o dlouhodobě ventilovaného pacienta,
- agregovaný výkon byl definován jako platba za veškerou péči o pacienta, jak její technickou, tak ošetrovatelskou část; zde je nepochybně možné a jednoduše proveditelné oddělení technicko – materiálního zabezpečení formou přístrojového kódu, jak vyžaduje legislativa od ošetrovatelské a léčebné péče,
- projekt prokázal, že je možné v krátkém čase připravit pacienta a rodinu na domácí péči, vybavit ho dle aktuálního stavu potřebným materiálem a velmi efektivně tak zkrátit dobu hospitalizace.

## III. Návrh organizace péče o pacienta na DUPV prostřednictvím certifikovaných agentur

### 1. Plánovaný cílový stav

Pacient na DUPV by měl mít kromě technického a materiálního zajištění také nezbytně k dispozici ošetrovatelskou a lékařskou péči v domácím prostředí v podobě kvalifikovaných odborníků. Jedině tak lze pacienta intenzivní péče umístit do domácího prostředí bez vysokého rizika zhoršení zdravotního stavu a rizika zvýšených nákladů na léčbu komplikací. Je třeba zdůraznit, že na rozdíl od pacientů léčených neinvazivní ventilací pro syndrom spánkové apnoe se zde jedná ve velké většině o polymorbidní pacienty s invazivním zajištěním dýchacích cest tracheostomií, s gastrostomií, epicystostomií, kteří vyžadují kvalifikovanou ošetrovatelskou péči.



## 2. Materiálně technické zajištění

Je nutné dodržet legislativní rámec vzhledem k novele Zákona o veřejném zdravotním pojištění a materiálně – technické zabezpečení péče realizovat cestou úhrady za „přístrojový kód“. Ke struktuře a definici kódu v jeho novelizované verzi se t.č. nelze bez její znalosti vyjádřit.

- Z praktického hlediska je důležité, aby preskripce přístroje proběhla ještě za jeho pobytu na lůžku NIP (ARO, JIP), tak aby během hospitalizace pacienta mohlo dojít k bezpečnému nastavení a klinickému ověření vhodných ventilačních parametrů, zaškolení rodiny apod. Přístroje může předepsat kvalifikovaný lékař (specializace ARO nebo intenzivní medicína) propouštějícího pracoviště nebo certifikované agentury DUPV.
- Musí být zajištěna dostupnost servisních služeb 24/7 s definovanou dojezdovou dobou, technickým hotline apod., s regionální ZZS musí být dojednána péče v případě řešení urgentních stavů.

## 3. Návrh organizace zdravotní péče

### a) navrhovatel

Myšlenka decentralizace indikace pacientů, kdy navrhovatelem je pracoviště NIP případně ARO, JIP (zvláště u dětských pacientů jsou v podstatě jen dvě pracoviště NIP v ČR) bez účasti „ministrské komise“ je správnou cestou při dodržení indikačních kritérií.

#### *Základní charakteristiky pacientů indikovaných k DUPV:*

- Pacient, který prodělal akutní onemocnění nebo úraz s následnou nutností UPV, u kterého selhaly pokusy o odvykání od UPV v NIP (dospělí), resp. v akutní lůžkové intenzivní péči (dětí), a je předpoklad nutnosti dlouhodobé či trvalé ventilační podpory.
- Pacient s onemocněním, jehož přirozený vývoj směřuje k předpokládané dlouhodobé závislosti na UPV v následujících 3 měsících.
- Pacient, u něhož DUPV povede ke zlepšení kvality života a/nebo prodloužení přežití.
- Rodinná, bytová a sociální situace umožňuje poskytování DUPV.
- Pacient (zákonný zástupce) s DUPV souhlasí.

#### *Zdravotní kritéria předání pacienta k DUPV:*

- Zajištění dýchacích cest tracheostomií, v případě neinvazivní ventilace bez zajištění tracheostomií
- Stabilita výměny plynů v plicích při úplné nebo částečné závislosti na UPV bez nutnosti jiné kontinuální monitorace než SpO<sub>2</sub>.
- Hemodynamická stabilita bez nutnosti kontinuální i.v. medikace a kontinuální monitorace.
- Stabilita vnitřního prostředí bez nutnosti kontinuální i.v. medikace a denních laboratorních kontrol (s výjimkou glykémie).



- U pacientů s nedostatečným příjmem *per os* zajištění adekvátního umělého přístupu k podávání výživy a medikace (PEG, NGS, NJS, dlouhodobý i.v. vstup apod.).
- Doporučeno instrumentální zajištění derivace moči (PMK, epicystostomie)

*Sociální a ostatní kritéria nutná k předání pacienta k DUPV:*

- Pacient (nebo jeho zákonný zástupce) s přechodem na DUPV prokazatelně souhlasí.
- Proběhlo úspěšné zaučení pečující osoby (rooming-in) – viz níže. Za zajištění zaučení odpovídá propouštějící pracoviště.
- Rodinná, bytová a sociální situace umožňuje poskytování DUPV.

*Pravidla zaučení osoby (rooming-in) pečující o pacienta na DUPV:*

- Za kvalitu a rozsah zaučení odpovídá vedoucí lékař propouštějícího pracoviště (NIP/ARO).
- Zaučování provádí zdravotní sestry s kvalifikací ARIP a lékaři s atestací v oboru AR nebo IM, případně doplnění o další zdravotnický personál.
- Zaučování probíhá na propouštějícím pracovišti.
- Nezbytnou součástí zaučení je nácvik obsluhy ventilátoru určeného k DUPV, nácvik základních ošetrovatelských postupů a řešení krizových situací.
- Zaučení je ukončeno písemným protokolem o zaučení s jasným stanoviskem, zda dle vedoucího lékaře školená osoba je či není schopna péče o pacienta na UPV v domácích podmínkách, s podpisy školené osoby a osoby zodpovědné za školení (vedoucí lékař – viz výše). Protokol je součástí zdravotnické dokumentace pacienta.

**b) praktický lékař**

- Podílí se na léčbě pacienta (řešení běžných zdravotních problémů nesouvisejících s umělou plicní ventilací).
- Je s předstihem (doporučujeme nejméně 14 dní) informován o plánovaném propuštění pacienta do DUPV, a to nejlépe formou předběžné propouštěcí zprávy.

**c) dodavatel DUPV (ekvivalent „technické podpory“):**

- Jedná se o subjekt, který má s VZP uzavřenou smlouvu o technickém zajištění a poskytování zdravotnických prostředků podle zákona číslo 48/1997 Sb.

**d) poskytovatel DUPV (certifikovaný subjekt):**

- Je smluvním pracovištěm zdravotních pojišťoven v odbornosti 925 a je držitelem certifikace pro DUPV
- Disponuje lůžky NIP nebo spolupracuje s pracovištěm NIP, které je navrhovatelem DUPV. Výjimku lze připustit u dětských pacientů, kdy navrhovatelem může být pracoviště ARO nebo JIP.
- Splňuje personální a kvalifikační požadavky certifikace



## Personální požadavky na poskytovatele DUPV

### *Lékařská péče*

- Odbornost: lékař se specializovanou způsobilostí v oboru anesteziologie a intenzivní medicína nebo s atestací v oboru intenzivní medicína.
- Minimální úvazek: 0,2

### *Ošetrovatelská péče*

- Odbornost: zdravotní sestra s Osvědčením k výkonu zdravotnického povolání v oboru všeobecná sestra a s odborností ARIP nebo Osvědčením k výkonu zdravotnického povolání v oboru všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí umělá plicní ventilace ve vlastním sociálním prostředí
- Minimální úvazek: 2

### *Ošetrovatelská péče*

- Odbornost: zdravotní sestra s Osvědčením k výkonu zdravotnického povolání v oboru všeobecná sestra
- Minimální úvazek: 1

### *Ošetrovatelská péče (v případě, pokud bude péče poskytována dětskému pacientu)*

- Odbornost: zdravotní sestra s Osvědčením k výkonu zdravotnického povolání v oboru všeobecná sestra a s odborností ARIP v pediatrii nebo Osvědčením k výkonu zdravotnického povolání v oboru dětská sestra se specializovanou způsobilostí umělá plicní ventilace ve vlastním sociálním prostředí
- Minimální úvazek: 0,2

### *Fyzioterapie*

- Odbornost: fyzioterapeut s Osvědčením k výkonu zdravotnického povolání v oboru fyzioterapie
- Minimální úvazek: 0,2

## Kvalifikační předpoklady

Musí se jednat o registrované zdravotnické zařízení s odborností 925 a se zkušenostmi v oblasti DUPV, navrhujeme určit minimální rozsah péče poskytované v předchozím víceletém období.



Jiné

- Povinná je telefonická dostupnost v režimu 24/7 zdravotní sestry s kvalifikací ARIP (specializovanou způsobilostí umělá plicní ventilace v domácím prostředí) a lékaře s kvalifikací AIM.
- Certifikovaná agentura je nositelem úhradového „balíčku“ obsahujícího zejména komplexní zdravotní péči.
- Navrhujeme preferovat nadregionální působnost agentury.

Stanovisko připravili:

prim. MUDr. Dušan Mach (ČSARIM)  
doc. MUDr. Pavel Dostál, Ph.D., MBA (ČSIM)  
prim. MUDr. Vít Lorenc (zástupce poskytovatelů DUPV)

prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM  
předseda výboru ČSARIM

prof. MUDr. Vladimír Šrámek, Ph.D., EDIC  
předseda výboru ČSIM

6. 9. 2019

**Předseda / President**

prof. MUDr. Černý Vladimír, Ph.D., FCCM  
e-mail: [vladimir.cerny@csarim.cz](mailto:vladimir.cerny@csarim.cz)  
tel.: +420 602 492 054

**1. místopředseda / 1<sup>st</sup> Vice President**

doc. MUDr. Štourač Petr, Ph.D.  
e-mail: [petr.stourac@csarim.cz](mailto:petr.stourac@csarim.cz)  
tel.: +420 725 051 839

**2. místopředseda / 2<sup>nd</sup> Vice President**

doc. MUDr. Bláha Jan, Ph.D., MHA  
e-mail: [jan.blaha@csarim.cz](mailto:jan.blaha@csarim.cz)  
tel.: +420 724 531 204

**Vědecký sekretář / Scientific Secretary**

prof. MUDr. Ševčík Pavel, CSc.  
e-mail: [pavel.sevcik@csarim.cz](mailto:pavel.sevcik@csarim.cz)  
tel.: +420 597 372 701 (2)