

Postavenie paliatívnej medicíny v organizácii onkologickej starostlivosti v Slovenskej republike

MUDr. Kristína Krížanová

Oddelenie paliatívnej medicíny a klinickej onkológie, Národný onkologický ústav, Bratislava

V príspevku opisujeme postavenie paliatívnej medicíny v organizácii onkologickej starostlivosti na Slovensku. Základné štatistické údaje ukazujú, že posteľový fond paliatívnej medicíny a hospicov sa modeluje skôr náhodne, podľa platieb zdravotných poisťovní a podľa tlaku na redukciu počtu chronických postelí. V ďalšom opisujeme rozdiel medzi paliatívnou terapiou nádoru a paliatívnou medicínou, rozdiel medzi sociálnou starostlivosťou a hospicovou starostlivosťou, postavenie a význam paliatívnej medicíny a návrhy na zlepšenie situácie.

Kľúčové slová: paliatívna medicína, hospic, sociálna starostlivosť.

The role of palliative medicine in the organizational frame of oncological care in Slovakia

In this work we would like to describe the role of palliative medicine in the organizational frame of oncological care in Slovakia. Basic statistic data are revealing that number of beds in palliative medicine and hospices is shaped rather coincidentally according to the reimbursement rates and the effort to reduce a number of chronic beds. Further on we would like to point out a distinction between palliative treatments of cancer and palliative medicine, a distinction between social care and hospice care, the role and relevance of palliative medicine and we bring about some suggestions how to improve the present situation.

Key words: palliative medicine, hospice, social care.

Onkológia (Bratisl.), 2012; roč. 7(4): 220–222

Úvod

Na Slovensku je hlásených ročne asi 28-tisíc nových prípadov nádorového ochorenia (incidenca demencie je približne dvojnásobná). Približne 12-tisíc pacientov každoročne zomrie na nádorovú chorobu. Pacienti s ochorením, ktoré je a priori rezistentné na kauzálnu terapiu, alebo s ochorením, ktoré sa zachytí v pokročilom štádiu, zomierajú približne do dvoch rokov. (tabuľka č. 1)

Posledný polrok života pacienta je najnáročnejší na paliatívnu starostlivosť z medicínskeho aj nákladového hľadiska. Pacient s progredujúcim nádorovým ochorením, jeho komplikáciami a ďalšou komorbiditou si v poslednom roku starostlivosti vyžaduje ambulatnú starostlivosť, domácu starostlivosť, akútnu nemocničnú starostlivosť a dlhodobú nemocničnú starostlivosť. Ambulatnú a domácu starostlivosť zabezpečuje za optimálnych okolností paliatívny tím. Akútna starostlivosť by sa mala paliatívnemu pacientovi za optimálnych okolností poskytovať na oddeleniach paliatívnej medicíny alebo na iných akútnych oddeleniach s dostupnosťou konzultácií paliatívneho tímu. Dlhodobá starostlivosť by sa mala poskytovať v hospicioch s prítomnosťou paliatívneho tímu. Čím viac je rozvinutá ambulatná a domáca paliatívna starostlivosť, tým menej lôžkodní spotrebuje pacient v posteľových zariadeniach. Na Slovensku sa dosiaľ nepodarilo vytvoriť paliatívne tímy ani rozvinúť ambulatnú a domácu paliatívnu starostlivosť, preto treba rátať s väčším tlakom na nemocničné postele. Ak by sme predpokladali, že 10 000 onkologických paliatívnych pacientov bude

Tabuľka 1. Štatistický prehľad miery úmrtnosti na nádorové ochorenia

Základné štatistické údaje	poznámka
Obyvatelia	5 397 036 SŠÚ, Sčítanie ľudu, 21. 05. 2011 (1)
Miera úmrtnosti	1 046 muži/100 000, NCZI 2010
	924 ženy/100 000, NCZI 2010 (2)
Incidenca nádorov	14 164 muži, 2007, NRPOO, 2007 (3)
	13 967 ženy, NRPOO, 2007
Celková úmrtnosť na nádory	6 840 muži/rok, 2001 – 2008, NCZI 2010
	4 885 ženy/rok, 2001 – 2008, NCZI 2010 (4)
Miera úmrtnosti na nádory	261 muži/100 000, 2007, NCZI 2010
	181 ženy/100 000, 2007, NCZI 2010 (5)
Incidenca demencie	50 000 muži + ženy nad 65 rokov spolu, odhad

Tabuľka 2. Štatistický prehľad posteľového fondu v rôznych sieťach paliatívnej starostlivosti

OPM ¹ /H ²	Počet odd. OPM/H	Počet LM ³ OPM/H	Počet postelí OPM/H	na 100 000 obyv. OPM/H
SR 2003 (6)	7/2	4,8/4,2	105/35	2,0/ –
SR 2009 (7)	22/9	23/ –	320/166	5,9/ –
SR 2010 (8)	8/13	5,1/15	92/198	1,7/3,6

¹ Oddelenie paliatívnej medicíny

² Hospic

³ Počet lekárskeho miest

potrebovať v poslednom roku života v priemere 10 lôžkodní akútnej starostlivosti a 20 lôžkodní hospicovej starostlivosti, tak pri 90 % obľožnosti by to znamenalo potrebu približne 1 000 postelí – 350 akútnych a 650 chronických. Vzhľadom na to, že časť pacientov s akútnymi komplikáciami sa lieči na iných akútnych oddeleniach nemocníc, časť pacientov opatrujú až do smrti doma aj bez významnejšej medicínskej podpory a časť, najmä

starších pacientov s ľahšími symptómami, zomiera v zariadeniach sociálnej starostlivosti, tak v odporúčaní na plánovanie siete zdravotníckych zariadení možno počítať približne s polovicou (540) paliatívnych a hospicových postelí.

V súčasnosti je táto potreba na Slovensku pokrytá len čiastočne posteľami oddelení paliatívnej medicíny v nemocniciach a posteľami v hospicioch. Navyše, štatistika nevytvára o re-

alite, v akej sa sieť paliatívneho a hospicového posteľového fondu nachodí. (tabuľka č. 2).

Oddelenia paliatívnej medicíny boli prvý raz spomínané v štatistickej ročenke v roku 2003. Nárast počtu vykázaných oddelení, s maximom v roku 2009, zaznamenal v roku 2010 pokles až o dve tretiny. V realite však nejde o skutočný nárast a pokles, ale o zmenu „nálepky“ v súlade so zmenami cenového výmeru (nárast počtu) a tlaku na redukciu posteľového fondu (pokles).

Nesúlad medzi štatistickým výkazom a skutočne poskytovanými službami je veľký. Podľa kvalifikovaného odhadu je štatistika z roku 2010 bližšia skutočnosti. Mali sme teda menej ako 100 postelí akútnej paliatívnej starostlivosti v 8 zariadeniach. Paliatívne posteľe, resp. oddelenia paliatívnej starostlivosti, má Geriatrický ústav v Košiciach, nemocnice v Trstenej, Považskej Bystrici, Ilave a Topoľčanoch a Univerzitná nemocnica Milosrdných bratov v Bratislave.

Národný onkologický ústav (NOÚ) v Bratislave má špecializované 19-posteľové oddelenie paliatívnej medicíny a súčasne má aj jedinú ambulanciu paliatívnej medicíny na Slovensku. Toto paliatívne oddelenie NOÚ je súčasne výučbovou základňou pre postgraduál.

V oblasti hospicovej starostlivosti je štatistika ešte menej výpovedná. Platby zdravotných poisťovní sú v porovnaní s nemocnicami ešte viac obmedzené a približne 60 % nákladov sa musí kryť z alternatívnych zdrojov. Preto sa vo všetkých hospicioch obsadzuje väčšia časť postelí geriatrickými pacientmi, ktorých medicínska charakteristika zaraďuje na rozhranie medzi sociálnou starostlivosťou a dlhodobou zdravotnou starostlivosťou.

Za ostatných 10 rokov sa otvorili hospice v Bardejovskej Novej Vsi, Trenčíne, Nitre, Trsticiach, Lučenci, Palárikove, Ľubici, Banskej Bystrici, Diakonické združenie v Bratislave a Hospic sv. Františka v Bratislave. Spolu majú vyše 100 postelí.

Podľa slovenskej legislatívy môže pacienta navštíviť doma len praktický lekár a jeho sestra. Napriek tomu existujú aj mobilné hospicové tímy (napr. 10 mobilných hospicov Katolíckej charity funguje na území Spiša). Tieto však poskytujú najmä domácu starostlivosť pre chorých starých ľudí. Jedine súkromný mobilný hospic pre deti „Plamienok“ spĺňa kritériá mobilného hospicu. Sídlo má v Stupave a pôsobí v rádiu 100 km. „Snečnica“ bol prvý súkromný mobilný hospic, ktorý poskytoval služby dospelým. Z prevádzkových dôvodov však už zanikol. Financovanie súkromných hospicov je závislé od darcov, ich služby nie sú až doteraz hrazené zo zdravotného poistenia.

Analýza posteľového fondu paliatívnej a hospicovej starostlivosti a prijatie odborného usmerenia sú potrebné nielen pre neustály vznik, premenovávanie a zanikanie jednotlivých zariadení, ich oddelení a ich postelí. Už z uvedeného veľmi nepresného a neovereného štatistického rozboru vidieť, že počet zariadení a postelí nie je v zdravotníctve kľúčová téma. Žonglovanie s posteliami je totiž možné aj preto, že ho umožňuje a podporuje nedoriešený vzťah medzi dlhšie etablovanými medicínskymi odborníkmi a novšou paliatívnou medicínou. Tu uvedieme príklady z onkologickej starostlivosti, ale analogicky to platí aj pre kardiologickú starostlivosť, neurologickú alebo neonatologickú starostlivosť.

Rozdiel medzi paliatívnou terapiou nádoru a paliatívnou medicínou

Klinická onkológia zvyčajne prehliada rozdiel medzi paliatívnou terapiou nádoru a paliatívnou medicínou, resp. paliatívnou starostlivosťou.

Paliatívna terapia nádoru je aktívna kauzálna liečba, ktorá je zameraná v prvom rade na nádor a využíva chirurgické, rádioterapeutické a chemoterapeutické postupy. Indikuje sa s vedomím, že použitie ktoréhokoľvek z týchto postupov alebo ich kombinácie (súčasne alebo v nadväznosti) môže nádorové ochorenie vyliečiť len s veľmi malou pravdepodobnosťou. Primárnym cieľom paliatívnej terapie nádoru je predĺženie života a zlepšenie kvality života pacienta. Prostriedkom je redukcia nádorovej hmoty, spomalenie rastu nádoru a zlepšenie nádorom ohrozených funkcií (napr. uvoľnenie obštrukcie, zhojenie patologických fraktúr, podpora hemopoézy a pod.).

Naproti tomu paliatívna medicína sa zameriava v prvom rade na nádor – ak vôbec, tak rovnako v zmysle uvedenej paliatívnej terapie. Pri paliatívnej medicíne ide o aktívnu totálnu starostlivosť, ktorú charakterizuje zmena cieľa liečby. Liečba onkologického pacienta, ktorého nádor nie je možné vyliečiť kauzálnou, sa nekončí, ale mení sa cieľ liečby a očakávame iný výsledok liečby, než je potlačenie rastu nevyliečiteľného nádoru. Paliatívna medicína má ambíciu liečiť bolesť, poruchy pasáže, patologické fraktúry, dýchavicu, krvácanie, kožné defekty, centrálnu poruchu hybnosti, zmätenosť, depresiu a úzkosť. Nejde iba o „symptomatickú“ liečbu. Aj to je kauzálna liečba *par excellence*, kauzálna liečba následných a iných chorôb, ktoré pacienta najviac sužujú.

Pri paliatívnej terapii nádoru v užšom zmysle významu slova ide o kauzálnu liečbu nádorového chorobného stavu. Pri paliatívnej liečbe sa

meď osebe ide o kauzálnu liečbu ďalších chorôb, ktoré neliečiteľný nádor spôsobil.

Pri paliatívnej liečbe je v porovnaní s primárnou a paliatívnou protinádorovou terapiou rovnako dôležitá sociálna, psychologická a duchovná podpora pacienta a jeho blízkych. Ide o starostlivosť o pacienta ako o ľudskú bytosť.

Rozdiel medzi sociálnou starostlivosťou a hospicovou starostlivosťou

Medzi sociálnou starostlivosťou o starých a imobilných na jednej strane a hospicovou starostlivosťou o chorých a zomierajúcich je rozdiel.

V prípade sociálnej starostlivosti ide o opatrovanie, ktoré nahrádza funkciu sociálneho mikrospoločenia (rodina, priatelia) a celospoločenskú garanciu za sociálny status starých, osamelých, fyzicky imobilných a mentálne hendikepovaných.

V prípade hospicovej starostlivosti sa k sociálnemu rozmeru pridáva medicínska a ošetrovateľská starostlivosť o ťažko (smrteľne) chorých zmlievajúcich a ich blízkych.

Medzi paliatívnou a hospicovou starostlivosťou je krehké rozhranie. Kritériom toho, či je pacient v čase posudzovania zdravotného stavu „paliatívny“, alebo „hospicový“, je akútnosť klinického obrazu a medicínska náročnosť jeho riešenia. Doktorí pacienti môžu prejsť týmto rozhraním, napr. preklad z hospicu na paliatívne oddelenie pri akútnom zhoršení zdravotného stavu, aj viackrát.

Príliš veľká finančná spoluúčasť

Veľká finančná spoluúčasť klientov na poskytnutých sociálnych službách je v súčasnosti prekážkou v dostupnosti týchto služieb pre odkázané osoby alebo ich rodiny.

Potrebu vysokého počtu paliatívnych a hospicových postelí na Slovensku zdôvodňujeme aj tým, že nie sú dostatočne pokryté služby pre starých a ťažko chorých. Žijeme v prostredí nedostatku zariadení sociálnej starostlivosti a dlhodobej ošetrovateľskej a opatrovateľskej starostlivosti. Dlhodobá domáca starostlivosť (sociálna, opatrovateľská, ošetrovateľská aj paliatívna) je na Slovensku nedostatočná a finančne dlhodobo podhodnotená.

Za zvlášť finančne náročné výkony sa považuje napr. kardiostimulátor, kľbové implantáty, *orphan drugs*, transplantácia. Náklady na liečbu ochorení v poslednom roku života onkologického pacienta sú rovnako veľké, ak ich pacientovi „systém“ dopraje. Napriek faktu, že koncepcia Paliatívnej medicíny a hospicovej starostlivosti

bola schválená v roku 2006, refundácia výkonov je trvale nedostatočná.

Bez primeranej finančnej náhrady bez solidárneho zdravotného poistenia je tzv. „hospic“ iba karikatúrou vyspelých a spoľahlivo fungujúcich zahraničných zariadení.

Postavenie paliatívnej medicíny

Význam paliatívnej medicíny a paliatívnej a hospicovej starostlivosti je formálne potvrdený, ale v slovenskej praxi doslova zneuctený.

Vzdelávanie v paliatívnej medicíne sa postupne začleňuje do systému postgraduálneho vzdelávania. Paliatívna medicína bola uznaná ako špecializačný odbor v roku 2006 a akreditovaná v roku 2012. Na Slovenskej zdravotníckej univerzite vznikla Klinika paliatívnej medicíny. Od roku 2008 sa začalo s výučbou lekárov. Doteraz získalo atestáciu z paliatívnej medicíny 5 lekárov. V súčasnosti sa o štúdiu paliatívnej medicíny zaujíma len málo lekárov, čo platí aj pre klinických onkológov. V príprave na špecializáciu sú momentálne len 3 lekárky na celom Slovensku, ani jedna z nich nie je onkologička a o zaradenie do špecializačnej prípravy neprejavil dosiaľ v celej histórii paliatívnej medicíny na Slovensku ani jeden muž.

Nateraz, žiaľ, neexistuje žiaden výučbový program pre sestry paliatívnej starostlivosti.

Čaká nás ešte kus cesty

Na Slovensku je myslenie bežných ľudí, ale aj lekárov, ešte stále silno ovplyvnené koncepciou „víťaziacej medicíny“. Našou úlohou je nájsť správny prístup paliatívnej medicíny ku kuratívnej medicíne tak, aby mohli vytvoriť trvalé partnerstvo v prospech pacientov, ktorí sa nachádzajú v tiesnivej situácii.

Partnerský vzťah znamená identifikáciu kľúčového problému pacienta a včasnú akciu

v jeho prospech. Tak ako sú indikačné semináre v prípade liečebných postupov pri melanómoch alebo pri transplantáciách, mali by byť aj indikačné semináre pre paliatívnu starostlivosť. Prinajmenšom pacienti s generalizovaným ochorením alebo pacienti, ktorí odmietnu kuratívnu terapiu, by mali byť objektom interdisciplinárneho posúdenia stavu a možností.

Rozmanitosť rovnocenných služieb znamená, že paliatívne oddelenie alebo hospic nie sú indikované iba v prípadoch, keď víťazná medicína nevie nič poskytnúť. Často vidíme *nihil chirurgicum* ako obrátenú vetu, napr. keď pacient v terminálnom štádiu ochorenia s inoperabilným ileom podstúpi operáciu z akútnej indikácie z legislatívnych dôvodov alebo „aby sme si nevyčítali“. Toto sú prípady prinajmenšom rovnako hodné medziodborového konzília ako transplantácia srdca.

Zabezpečenie finančného krytia

Učebnice zdravotníckeho manažmentu hovoria, že najdrahší je posledný rok života terminálneho pacienta. Manažéri na slovenských úradoch a v slovenských zdravotných poisťovniach dokážu na poslednom roku ušetriť. Má to jediný háčik, že každý rok neušetria desiatitisíc svojich občanov a svojich poistencov pred úplne zbytočným utrpením.

Zdieľanie služieb dlhodobej starostlivosti

Naša spoločnosť potrebuje zriadiť paliatívne tímy a zabezpečiť pre ich činnosť podporu zo strany sociálnej starostlivosti. Pacient a jeho rodina by mali mať zabezpečenú sociálnu podporu bez ohľadu na to, či pacient dochádza do paliatívnej ambulancie, či sa o neho paliatívny tím stará doma, alebo na akútnom posteľovom oddelení nemocnice.

Veda a výskum

Vedomostná spoločnosť, do akej sa štylikuje aj Slovensko, musí začať s kontinuálnym výskumom. Jeho hlavným cieľom by mala byť implementácia paliatívnych prístupov tak do odboru onkológie a liečby bolesti, ako aj do všetkých príbuzných odborov, ako je napr. geriatra či neurológia.

Paliatívna medicína nie je izolovaná ani „zvlášť úzka“ špecializácia. Je to odbor, na ktorý sa môžu špecializovať odborníci z rôznych odborov medicíny.

Literatúra

1. Vybrané výsledky sčítania obyvateľov, domov a bytov 2011, Štatistický úrad Slovenskej republiky. [online]. Dostupné aj na: <<http://portal.statistics.sk/files/def.def.obyvateľstvo-slovenskej-republike-krajoch-sr.pdf>>.
2. Zdravotnícka ročenka 2003. [online]. Dostupné aj na: <http://www.nczisk.sk/Documents/ročenky/ročenka_2003.pdf>.
3. Národný register pacientov s onkologickým ochorením (NR-POO). Incidencia zhubných nádorov v Slovenskej republike. 2007. [online]. Dostupné aj na: <http://www.nczisk.sk/Documents/publikacie/analyticke/incidencia_zhubnych_nadorov_2007.pdf>.
4. Zhubné nádory v SR - vybrané epidemiologické ukazovatele. [online]. Dostupné aj na: <http://data.nczisk.sk/publikacie/analyticke/zhubne_nadory_sr.pdf>.
5. Zdravotnícka ročenka, 2010. [online]. Dostupné aj na: <<http://www.nczisk.sk/Documents/ročenky/2010/2kap.pdf>>.
6. Zdravotnícka ročenka 2003. [online]. Dostupné aj na: <http://www.nczisk.sk/Documents/ročenky/ročenka_2003.pdf>.
7. Zdravotnícka ročenka 2009. [online]. Dostupné aj na: <http://www.nczisk.sk/Documents/ročenky/ročenka_2009.pdf>.
8. Zdravotnícka ročenka 2010. [online]. Dostupné aj na: <<http://www.nczisk.sk/Documents/ročenky/2010/3kap.pdf>>.

MUDr. Kristína Križanová
Oddelenie paliatívnej medicíny
a klinickej onkológie, NOÚ, Bratislava
Klenová 1, 833 10 Bratislava
kristina.krizanova@nou.sk



PRIHLÁŠKA NA PASÍVNU ÚČASŤ

4. ČESKO-SLOVENSKÁ KONFERENCIA PALIATÍVNEJ MEDICÍNY 15. – 16. NOVEMBER 2012, BRATISLAVA

PRIEZVISKO, MENO, TITUL (čitateľne): _____

Aktívna účasť (do 15. 9. 2012) Pasívna účasť (do 5. 11. 2012)

Možnosť prihlásenia k aktívnej účasti formou prednášky, alebo posteru.

Abstrakty zasielať na adresu: kristina.krizanova@gmail.com, v kópii na adresu: hjakub@gmail.com najneskôr do 15. 9. 2012.

ADRESA PRACOVISKA: _____

TEL., FAX: _____ **E-MAIL** (povinný údaj): _____

IČO: _____ **DIČ:** _____

REG. ČÍSLO SLK (povinný údaj): _____

KONGRESOVÝ POPLATOK (zaškrtnite vhodnú kolónku):

do 30. 6. 2012 – 25 € od 1. 7. 2012 a na mieste – 35 €

(poplatok zahŕňa účasť na odbornom programe, potvrdenie o účasti, kongresové materiály, občerstvenie počas prestávok, vstup na get together party 15. 11. 2012)

ZÁVÄZNÁ OBJEDNÁVKA UBYTOVANIA V HOTELI SAFFRON, BRATISLAVA (DO 14.10.2012)

(Na základe vyplnenej prihlášky Vám bude obratom zaslaná zálohová faktúra na ubytovanie.)

dvojľôžková izba – 99 € (cena je uvedená s DPH, zahŕňa ubytovanie na 1 noc, raňajky, miestny poplatok)

MÁM ZÁJEM O UBYTOVANIE: zo 14. na 15. 11. 2012 z 15. na 16. 11. 2012

CHCEM BYŤ UBYTOVANÝ(Á) S: _____

Týmto dávam súhlas spoločnosti SOLEN, s. r. o., na spracovanie mojich osobných údajov, uvedených v tomto dokumente na účel spracovania prihlášok a rozosielanie informačných e-mailov v zmysle zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov a rovnako na poskytovanie údajov tretím osobám v zmysle zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať písomnou formou.

Rezervácia ubytovania je záväzná, zmena je možná bez účtovania storno poplatku do 14. 10. 2012. Po tomto dátume bude nautčovaný 100 % storno poplatok.

Vyplnenú prihlášku prosíme zaslať na adresu organizátora poštou, mailom, faxom (02/5465 1384). Organizátor: SOLEN, s. r. o., Lovinského 16, 811 04 Bratislava, e-mail: kongres@solen.sk

Akceptujeme aj prihlášku cez web stránku spoločnosti SOLEN, s. r. o. na adrese: www.solen.sk v sekcii Kongresy a semináre. Telefónické prihlásenie na podujatie nie je možné.

Podpis