

# Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.,

Masarykův onkologický ústav, Brno

Podle komplexnosti péče potřebné k udržení dobré kvality života je účelné dělit paliativní péči na obecnou a specializovanou. Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti. Specializovaná paliativní péče je interdisciplinární péče poskytovaná týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni. Specializovaná paliativní péče slouží k zajištění péče u těch nemocných, kde intenzita a dynamika obtíží přesahuje možnosti řešení v rámci obecné paliativní péče. Specializovaná paliativní péče může mít různé organizační formy: např. mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP), lůžkový hospic, oddělení paliativní péče v rámci nemocnice, ambulance paliativní medicíny, konziliární tým paliativní péče a denní paliativní stacionář. V ČR je rozvoj všech forem kromě lůžkových hospiců ve srovnání se západní Evropou opožděn.

**Klíčová slova:** obecná paliativní péče, specializovaná paliativní péče, hospic, oddělení paliativní péče, ambulance paliativní medicíny.

## General and specialist palliative care in Czech republic

According to the complexity of care needed to achieve a good quality of life the the general and specialist palliative care can be distinguished. General palliative care should be delivered by all health care providers, respecting the framework of their specialties. Specialist palliative care is provided by a multidisciplinary team of professionals with specific training in palliative care. The principal models of specialist palliative care services are: home palliative care, in-patient hospice and palliative care unit, out-patient palliative care clinic and palliative consultation team a palliative day center. In Czech Republic, compared to western Europe, the development of other forms of specialist palliative care services, except the in-patient hospices, is delayed.

**Key words:** general palliative care, specialist palliative care, hospice, palliative care unit, out-patient palliative care clinic

Paliat. med. liec. boles., 2012, 5(1): 10–12

## Co je paliativní péče

Paliativní péče je aktivní a na kvalitu života orientovaná péče o nevy léčitelně nemocné a jejich blízké. Jejím základem je celostní přístup k nevy léčitelně nemocným pacientům, který zohledňuje tělesnou, psychologickou, sociální a spirituální dimenzi člověka. Primárním cílem není vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale prevence a účinné mírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování pacientovy důstojnosti a podpora jeho blízkých. Tato klasická definice může vést k dojmu, že paliativní péče je pouze určitá „filozofie“ péče, „úhel pohledu“ na nevy léčitelně nemocného pacienta, který by si měl osvojit každý, kdo o takto nemocné pečuje. V obecné rovině tomu tak skutečně je. Má-li se ale ušlechtilý cíl komplexní péči o trpícího člověka transformovat v reálnou nabídku zdravotních a sociálních služeb dostupnou konkrétnímu pacientovi v daném místě zdravotního systému, je třeba začít o paliativní péči přemýšlet způsobem, jenž by popsal, které zdravotnické a nezdravotnické činnosti (výkony), které profese, s jakou kvalifikací, v jakém počtu a s jakým technickým a věcným vybavením jsou pro zajištění dobré paliativní péče potřeba. Diskuse na toto téma by dále měla vycházet z faktu, že skupina „nevy léčitelně nemocných“ pacientů je velmi různorodá z hlediska přirozeného průběhu základního onemocnění, klinického obrazu (závažnosti symptomů), psychosociálních

potřeb i prognózy (dny až roky). Různé skupiny „nevy léčitelně nemocných“ pacientů potřebují různé formy paliativní péče. V následujícím textu pracujeme s typologií zařízení paliativní péče, jak je uvedena v pracovním dokumentu Strategie rozvoje paliativní péče v ČR na období 2011–2015.

## Kolik pacientů v ČR potřebuje paliativní péči?

Kvalifikované odhady ze zahraničí ukazují, že populace pacientů, kteří potřebují v posledním roce života paliativní péči, představuje 50–89 % všech umírajících v závislosti na použité metodě odhadu (1). Většina těchto pacientů potřebuje obecný paliativní přístup. Průzkumy a kvalifikované odhady ukazují, že nejméně 20 % onkologických pacientů a 5–10 % pacientů s jinými diagnózami potřebuje v posledním roce svého života specializovanou paliativní péči (2). Doba potřeby paliativní péče může trvat několik dní až několik let a vzhledem k pokrokům moderní medicíny platí, že řada pacientů bude potřebovat paliativní péči po delší časové období, nejen v posledním roce svého života.

Z výše uvedených odhadů vyplývá, že v ČR paliativní péči každoročně potřebuje v posledním roce života 50–90 000 pacientů. Specializovanou paliativní péči potřebuje 6000 onkologických a 5–10 000 neonkologických pacientů. Tyto odhady je třeba považovat za velmi střízlivé, neboť vycházejí z předpokladu,

že je obecná paliativní péče dobře rozvinutá a obecně dostupná. Tento předpoklad však v ČR v roce 2012 není splněn.

## Obecná a specializovaná paliativní péče

Podle komplexnosti péče potřebné k udržení dobré kvality života je účelné dělit paliativní péči na obecnou a specializovanou (3).

**Obecnou paliativní péčí** rozumíme dobrou klinickou a sociální péči o pacienty s pokročilým onemocněním, která je poskytována zdravotníky a pracovníky sociálních služeb v rámci rutinní činnosti. Její součástí je základní léčba symptomů, podpůrná komunikace s pacientem a jeho rodinou a přiměřené organizační zajištění péče zohledňující specifika pokročilého onemocnění. Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.

Indikátory, podle kterých lze posoudit úroveň obecné paliativní péče v daném zdravotnickém zařízení, ale také na úrovni zdravotního systému jako celku, jsou:

- Kvalita komunikace o diagnóze život ohrožující nemoci, o prognóze, cílech a rozsahu léčby
- Znalosti a dovednosti zdravotníků v ambulancím i lůžkovém prostředí při řešení obtíží, spojených s nevy léčitelnou nemocí (např. léčba bolesti a dalších symptomů)

- Kvalita ošetrovateľskej péče (v lôžkových zariadeniach i v domácom prostredí)
- Dostupnosť liekov a zdravotníckych pomôcok
- Dostupnosť sociálneho poradenstva a sociálnej péče
- Dostupnosť psychologickú péče a poradenstva v ambulancii i ústavnej péči
- Dostupnosť pastoračnej a duchovnej péče i poradenstva v ambulancii i ústavnej péči
- Kvalita „hotelových služieb“ v lôžkových zariadeniach (napr. počet lôžok na pokojoch, kvalita lôžok i ostatných pomôcok, kvalita stravy)
- Kontinuita a koordinácia péče v závislosti na aktuálnych potrebách pacienta

V ČR nejsou k dispozici data o úrovni a kvalitě obecné paliativní péče v systému zdravotní péče. Četné kazuistiky, ale také některé nepřímé indikátory (např. relativně nízká spotřeba předepsaných silných opioidů v ČR ve srovnání se zahraničím) ukazují, že úroveň této péče zdaleka není optimální.

**Specializovaná paliativní péče** je interdisciplinární péče poskytovaná týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni. Tento tým tvoří lékař, zdravotní sestry, sociální pracovník, psycholog, fyzioterapeut, pastorační pracovník a dle potřeby další odborníci. Poskytování paliativní péče a konziliární činnost je hlavní pracovní náplní tohoto týmu. Specializovaná paliativní péče slouží k zajištění péče u těch nemocných, kde intenzita a dynamika obtíží přesahuje možnosti řešení v rámci obecné paliativní péče.

### Organizační formy specializované paliativní péče

Specializovaná paliativní péče může mít různé organizační formy: např. mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP), lôžkový hospic, oddělení paliativní péče v rámci nemocnice, ambulance paliativní medicíny (péče), konziliární tým paliativní péče.

**Zařízení mobilní specializované paliativní péče** (MSPP, také „domácí hospic“ či „mobilní hospic“) poskytuje specializovanou paliativní péči v domácím nebo náhradním sociálním prostředí pacientů. Tento model je v některých zemích základní a nejrozvinutější formou specializované paliativní péče. Například v USA představuje více než 90 % objemu veškeré specializované paliativní péče. V ČR ani v Evropě zatím nebylo dosaženo úplné shody v používané terminologii. V některých zemích (např. v Německu) existuje poměrně zřetelné rozlišení mezi domácí hospicovou péčí a specializovanou ambulancii pali-

ativní péči. Domácí hospicovou péčí se rozumí výhradně psychosociální péče (doprovázení) poskytovaná školenými dobrovolníky. Zdravotní a ošetrovateľskou péčí u těchto pacientů zajišťuje praktický lékař a sestry domácí péče, kteří s „dobrovolnickým“ domácím hospicem spolupracují. Specializovanou ambulancii paliativní péči poskytuje tým sestávající z lékaře specialisty na paliativní medicínu, speciálně vzdělaných sester, sociálního pracovníka, psychologa pastoračního pracovníka. Tento tým musí garantovat nepřetržitou dostupnost (7/7, 24/24). Péče je poskytována v ambulanci nebo v domácím prostředí pacienta. Zde tým spolupracuje také s výše popsaným domácím hospicem. V jiných zemích (např. v Belgii nebo ve Francii) je obvykle součástí týmu domácí paliativní péče sestra, sociální pracovník a dobrovolníci. Lékařská péče je v tomto modelu zajištěna praktickým lékařem nebo ambulancii specialistou. Ve Velké Británii nalezneme různé organizační modely péče, která je souhrnně označovaná jako „hospicová“. V některých jsou týmy pouze dobrovolnické, v jiných spolupracuje sestra se sociálním pracovníkem a s dobrovolníky. Některé týmy mají navíc své lékaře specialisty na paliativní medicínu. Při porovnávání různých organizačních modelů a hledání vhodného modelu pro ČR je třeba zohlednit velké rozdíly v kompetencích a rozsahu činností, které rutinně provádí praktický lékař a terénní sestra v dané zemi a v ČR (např. v Británii je sestra za určitých podmínek oprávněná předepisovat pomůcky a léky, včetně opioidů). V roce 2012 v ČR působí 4 zařízení, která splňují podmínky skutečně multiprofesního týmu s trvalou dostupností pracovníků všech profesí. Řada zařízení domácí ošetrovateľské péče (home care) poskytuje některé aspekty hospicové paliativní péče. Některé mají ve svém názvu „domácí hospicová péče“. Probíhají jednání mezi poskytovateli této péče a také se zdravotními pojišťovnami a MZČR o sjednocení terminologie a podpoře koncepčního rozvoje této péče.

**Lôžkový hospic** jako samostatně stojící lôžkové zařízení poskytuje specializovanou paliativní péči především pacientům s omezenou očekávanou délkou života (obvyklá délka pobytu je v řádu týdnů). Důraz je kladen na individuální potřeby a přání nemocného a na vytvoření prostředí, v němž by pacient mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými. Tohoto cíle je mimo jiné dosaženo snahou o osobitou a domácí atmosféru, maximálním soukromím pacientů (obvykle jednolôžkové pokoje), volným režimem pro návštěvy a dobrou dopravní dostupností. V českých hospicích poskytuje péči multiprofesní tým:

lékař – sestra – ošetrovateľ – sociální pracovník – psycholog – pastorační pracovník – dobrovolníci. V ČR je v roce 2012 14 lôžkových hospiců s celkovou kapacitou 380 lôžek. V hospicích umírá méně než 3 % ze všech zemřelých v ČR

**Lôžkové oddělení paliativní péče** v rámci jiného zdravotnického zařízení existuje v zahraničí ve dvou podobách. Ve většině případů je obdobou lôžkového hospice. V některých zemích je oddělení paliativní medicíny chápáno jako zařízení „akutní“ paliativní péče, jehož posláním je intenzivní symptomatická léčba a psychosociální intervence. Pacient bývá z takového oddělení propuštěn domů nebo překládán do lôžkového zařízení dlouhodobé péče. Začlenění paliativního oddělení do jiného zdravotnického zařízení znamená velkou příležitost ovlivňovat kvalitu péče o nemocné v závěru života i na jiných odděleních daného zdravotnického zařízení. Současně je spojeno s nutností některých kompromisů a neustálé konfrontace s logikou „standardního zdravotnického zařízení“, která může být pro pracovníky paliativního oddělení náročná. V některých zemích Evropy (např. Německo, Velká Británie) se oddělení paliativní péče rozvíjejí souběžně s lôžkovými hospici, v jiných zemích představují převažující nebo téměř výhradní organizační formu lôžkové specializované paliativní péče (např. Belgie, Francie). V ČR jsou v roce 2012 v provozu 3 oddělení paliativní péče v rámci jiných zdravotnických zařízení. V současné době v ČR probíhá diskuse o charakteru zdravotní péče poskytované v hospicích a odděleních paliativní péče, o minimálním složení týmu, kvalifikaci vedoucích pracovníků atd.

**Specializovaná ambulance paliativní péče** zajišťuje ambulancii péči pacientům, kteří pobývají v domácím prostředí anebo v zařízeních sociální péče. Obvyklá je úzká spolupráce s praktickým lékařem, zařízeními domácí péče a specializované paliativní péče. V zahraničí ambulance paliativní péče působí samostatně nebo v rámci nemocnice, při lôžkových hospicích, při odděleních paliativní péče lôžkových zařízení nebo jako součást zařízení domácí paliativní péče. Stanovení počtu ambulancii paliativní medicíny v ČR je poněkud problematické. V letech 2004–2010 v ČR existoval společný nastavbový obor Paliativní medicína a léčba bolesti. Lékaři v českých ambulancích a centrech léčby bolesti mají většinou atestaci z tohoto oboru. Zdá se však, že naprostá většina těchto pracovišť poskytuje pouze algeziologickou a nikoliv komplexní paliativní péči. Od roku 2011 v ČR existují dva samostatné nastavbové obory: Paliativní medicína a Léčba bolesti. Jednou z forem činnosti specializované ambulance paliativní medicíny v rámci nemocni-

ce je **konziliárny tím paliatívnej péče**. Tato forma zajišťuje interdisciplinárnu odbornú znalosť z oblasti paliatívnej péče v lôžkových zariadeniach rôzneho typu. Posiluje kontinuitu péče (pacient zůstáva na oddelení, kde bol doposud liečen a ktoré zná) a vedľa priameho ovplyvnenia kvality paliatívnej péče prispívá tiež k edukácii personálu na ostatných oddeleniach. Minimálny zloženie takového tímu by malo byť lekárik, sestra a sociálny pracovník.

**Denné hospicové centrum** (paliatívny stacionár) poskytuje komplexnú paliatívnu službu klientom, ktorí potrebujú iba denné zajištenie péče a sú väčšinou v nastavení péči v stabilizovanom stave. V domácom prostredí môžu byť pak o víkendoch či v dobe pohotovosti vedení ako klienti mobilného hospice, ktorý tiež poskytuje služby v dennom centre môže zajišťovať. Tato služba je výhodná zvláštne u samostatne stojících hospiců či v rámci ambulantní paliatívnej péče. Je pomerne rozšírená vo Veľkej Británii. V iných zemích (napr. v Belgii a Francii) sa tato organizačná forma pro malý zájem ze strany pacientů

nerozvinula. V Českej republike v roce 2012 zariadení tohoto typu nepůsobí.

### Závěr

Dostupnosť kvalitnej paliatívnej péče by mala byť v civilizovaných zemích Evropy chápaná jako dôležité občanské právo. Má-li byť toto právo naplnené a paliatívna péče sa stáť skutočne dostupnou všetkým pacientom, ktorí ji potrebujú a môžu z ní mať prospech, je třeba podporovať rozvoj a zvýšenie úrovne obecné i špecializovanej paliatívnej péče. Je třeba usilovať o lepší vzdelávanie praktických lekáriků, lepší vzdelávanie a technické vybavenie poskytovateľů home care, lepší kulturu péče v lôžkových zariadeniach atd. Současne je však třeba koncepčne a systematicky budovať „sít poskytovateľů“ špecializovanej paliatívnej péče. Česká společnost paliatívnej medicíny jednoznačne podporuje vypracovanie Národnej stratégie rozvoje paliatívnej péče a její rozpracovanie do konkrétnych legislatívnych, organizačných a úhradových kroků.

### Literatura

1. McNamara B, Rosenwax LK, Holman CD. A method for defining and estimating the palliative care population. *J pain Symptom Manage* 2006; 32: 5–12
2. Ministerium fuer Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Rahmenprogramm zur Umsetzung der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung. Kooperatives integriertes Versorgungskonzept, 2005 [on-line]. Dostupné aj na [www.mags.nrw.de/08\\_PDF/002konzeptpalliativ.pdf](http://www.mags.nrw.de/08_PDF/002konzeptpalliativ.pdf).
3. Radbruch L, Payne S, et al. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1, Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care* 2009; 16(6): 23–48. Česky: Standardy a normy hospicové a paliatívnej péče v Európe. Cesta domů 2010: 62.
4. Strategie rozvoje paliatívnej péče v ČR na období 2011–2015. Pracovní materiál Rady pro lidská práva při Úřadu vlády ČR [online]. Dostupné na [www.paliativnimediceina.cz](http://www.paliativnimediceina.cz).

### MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

Ambulance podpůrné a paliatívnej onkologie  
Klinika komplexní onkologické péče  
Masarykův onkologický ústav, Brno  
Žlutý kopec 7, 656 53 Brno  
[oslama@mou.cz](mailto:oslama@mou.cz)



[www.paliativnamedicina.sk](http://www.paliativnamedicina.sk)

### Tlačová správa

## Svetový deň zdravia 2012 – venovaný zdravému starnutiu

**Svetová zdravotnícka organizácia** (WHO) upozornila v rámci **Svetového dňa zdravia 2012** (7. apríl) na to, že starostlivosť o zdravie predlžuje ľudský život. Nielen v zmysle dlhšieho žitia, ale aj v zmysle predlžovania aktívneho pôsobenia v spoločnosti. Za kľúčové vyzdvihla poznanie, že dobrá zdravotná starostlivosť v ostatných desaťročiach výrazne zvýšila priemerný vek človeka. Ešte stále si však neuvedomujeme, že skvalitnenie života vo vyššom veku nás stavia pred novú situáciu zmeny sociálneho rozvrstvenia spoločnosti a k tomu adekvátne prispôbenej starostlivosti a spôsobu života.



Údaje zverejnené Svetovou zdravotníckou organizáciou hovoria, že počet ľudí starších ako 80 rokov bude v roku 2050 oproti dnešku štvornásobne vyšší a odhaduje sa na 395 miliónov. O štyridsať rokov budú na planéte žiť približne 2 miliardy ľudí starších ako 60 rokov. Odhaduje sa, že priemerný vek ženy bude o šesť rokov vyšší ako muža. Čoraz viac detí bude poznať svojich prastarých rodičov.

Podľa sčítania obyvateľstva, ktoré bolo na Slovensku vlani v máji, aj u nás došlo k poklesu počtu obyvateľov v predproduktívnom veku (0–14 rokov): kým v roku 2001 tvorili deti 18,9 %, dnes je to len 15,3 %. Zatiaľ rastie počet obyvateľov v produktívnom veku (15–64 rokov) zo 68,9 % v roku 2001 na 72,0 % v roku 2011 – čo sú generácie narodené v šesťdesiatych a sedemdesiatych rokoch (babyboom). Na Slovensku sa zatiaľ dramaticky nezvýšil podiel obyvateľov v poproduktívnom veku (65+): v roku 2011 to bolo 11,4 %, v súčasnosti je to 12,7 %. Trend je však jasný a štatistické modely potvrdzujú, že so skvalitňovaním života, predlžovaním veku a nízkymi číslami pôrodnosti bude naša populácia starnúť, čo sa dá predpokladať už v najbližších pätnástich rokoch, keď sa práve generácia dnešných päťdesiatnikov, ktorá je veľmi početná, začne presúvať do seniorského veku.

Starnutie však netreba vnímať ako nevyhnutnosť, s ktorou sa treba zmieriť, ale ako výzvu, ktorá pred nás kladie nové úlohy. Starnutie prináša nové možnosti, otvára nové rozmery aj pre našu ľudskosť. Mnoho ľudí v poproduktívnom veku chce viesť plnohodnotný, zmysluplný život, v ktorom chcú byť užitoční. Preto sa treba viac orientovať na pomoc seniorskej generácii a otvoriť cestu novým projektom, ktoré sa týkajú aktivity starších.