

HODNOCENÍ MEDICÍNSKO - EKONOMICKÝCH UKAZATELŮ PALIATIVNÍ PÉČE U ONKOLOGICKÝCH NEMOCNÝCH

THE EVALUATION OF MEDICAL AND ECONOMIC INDICES OF PALIATIVE CARE IN ONCOLOGIC PATIENTS

S. FILIP¹, V. SVOBODA¹, M. ZOUHAR¹, A. MOUDRÁ¹, M. JANDOVÁ¹, D. MILKA², J. PETERA¹

¹KLINIKA ONKOLOGIE A RADIOTERAPIE LF UK A FN, HRADEC KRÁLOVÉ

²ODBOR FINANCÍ A ANALÝZ FN, HRADEC KRÁLOVÉ

Souhrn

Proměny v naší společnosti a následně i ve zdravotnictví po roce 1989, tj. v posledních 15 letech, přinesly celou řadu významných změn. K těm jistě pozitivním patří větší autonomie každého jedince a přiblížení zdravotnických služeb konkrétní a efektivní péči o pacienta. Na tyto následné a nutné ekonomické, etické i sociální změny nejsme mnohdy dosud připraveni. Proto je jistě záslužná každá snaha nalézat optimální podklady pro kvalitní organizační opatření, splňující současné potřeby společnosti. Do uvedené studie bylo zařazeno celkově 118 nemocných, z toho 110 (93.2%) mužů a 8 (6.8%) žen. Průměrný věk mužů byl 57.2 roku (rozdíl 21-82 let) a průměrný věk žen byl 52.3 roku (rozdíl 37-73). Při ekonomickém hodnocení sledované skupiny nemocných s paliativní péčí a ostatních nemocných radikálně léčených na lůžkovém oddělení kliniky, lze říci, že náklady jsou u paliativní péče vyšší. Náklady přepočtené na ošetřovací den a pacienta v letech 2004 a 2005 byly u nemocných v paliativní léčbě 2411 Kč, proti 2155 Kč u ostatních pacientů. Náklady na „vyžádanou péči“ u nemocných s paliativní péčí byly v průměru 955 Kč oproti 973 Kč u ostatních nemocných kliniky. To je prakticky stejná částka u obou skupin. To potvrzuje předpoklad, že nemocný s paliativní péčí vyžaduje minimálně stejné náklady na diagnostiku a léčbu aktuálního stavu (restaging), tj. změn v onkologickém onemocnění i vedlejších efektů vlastní onkologické léčby, má-li být léčba účelně indikována. Dále např. při hodnocení v počtu podaných transfuzí není významných rozdílů. Hlavním přínosem této studie bylo vyhledání a definování některých důležitých medicínsko-ekonomických, kvantitativních i kvalitativních faktorů, charakterizujících činnost naší onkologické léčby a charakterizují tak blíže paliativní péči na lůžkové části onkologického oddělení. Podklady mohou umožnit zkvalitnit tuto péči, ale mohou i pomoci vytvořit ekonomické podmínky pro její realizaci bez poklesu péče o pacienty. Zpracované údaje jsou také jistě nezbytné pro jednání se zdravotními pojišťovnami.

Klíčová slova: paliativní péče, podpůrná péče, onkologický pacienti, ekonomické hodnocení.

Summary

Changes in our society and, consequently, in our Health Care System during the 15 years after 1989 have brought many important modifications. The definitely positive changes are greater autonomy and actual health services coming closer to the model of effective care for an individual patient. However, we are not prepared for these necessary changes - economical, ethical and social. That is why every effort is praiseworthy to find and establish such organizational measures to meet the needs of today's society. A total of 118 oncologic in-patients were admitted to this study, 110 men (93.2%) and 8 women (6.8%). Mean age of the male patients was 57.2 years (range 21-82 years) and mean age of the female patients was 52.3 years (range 37-73 years). Economic evaluation in this group of patients showed that palliative care was more expensive than radical therapeutic regimens given to the rest of the treated patients. In the years 2004 and 2005 expenses calculated for 1 nursing day per 1 patient with palliative care were 2411 Czech Crowns versus 2155 Czech Crowns in other patients. Mean expenses for „care by request“ in palliative care patients were 955 Czech Crowns versus 973 Czech Crowns in the rest, practically the same amount in both groups. This also supports the presumption that the patient on palliative care requires at minimum the same expenses as are needed for diagnosis (restaging) and therapy of patient's actual condition - in oncologic disease also side-effects are included, should the therapy be well targeted. No significant differences were recorded evaluating numbers of given transfusions. In this study, the main objective was to find and define several important medical, economical, quantitative and qualitative factors, which characterize the activity of our oncologic therapy and closer palliative care provided at the in-patient part of an oncologic ward. The results obtained may allow to improve this care but also help to create economic conditions for its realization without decreasing its quality. Initial processed data will be needed for negotiations with health insurance companies, too.

Key words: palliative care, supportive care, oncology patients, economical evaluation.

Úvod.

Změny v naší společnosti a následně i ve zdravotnictví po roce 1989 přinesly celou řadu významných změn. K těm jistě pozitivním patří větší autonomie každého jedince a při-

blížení zdravotnických služeb konkrétní a efektivní péči o pacienta. Na tyto následné a nutné ekonomické, etické i sociální změny nejsme mnohdy dosud připraveni. Proto je jistě záslužná každá snaha nalézat optimální podklady

pro kvalitní organizační opatření, splňující současné potřeby společnosti.

V roce 2004 jsme se zahájili projekt pod názvem „Centrum paliativní medicíny“. Tento projekt jsme rozpracovali na podmínky a možnosti Onkologické a radioterapeutické kliniky LFUK a FN v Hradci Králové. Jeho hlavním cílem bylo aktivně se podílet na realizaci a rozvoji paliativních postupů u onkologických nemocných na lůžkovém oddělení kliniky. V rámci tohoto projektu jsme připravili formulaci návrhů organizačních opatření s návazností onkologické péče na spádová odborná oddělení nemocnic, zařízení „následné péče“ i na činnost agentur domácí péče v našem regionu.

Řada onkologických onemocnění nese s sebou rozhodnutí o způsobu dalšího léčebného postupu a zejména o účelnosti (1,2,3). Definice paliativní péče je velice obtížná a proto použijeme definici podle WHO: „Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin“ (3).

V období přípravy a realizace programu paliativní péče jsme si uvědomovali jeden z problémů: vztah komunikace s pacientem v kontextu ekonomického pohledu na nádorové onemocnění. Správný způsob komunikace s pacientem umožňuje odborně i lidsky řídit aktivní léčbu po celé období onkologického onemocnění. Potvrdilo se, že často i dobré teoretické znalosti lékaře v onkologii naráží na medicínsko-ekonomické problémy a jejich zlehčování vede jak k problémům v komunikaci, tak k dalším problémům např. zvýšená četnost stížností na zdravotní péči. Oblast paliativní léčby u onkologických nemocných je tomu příkladem. Bez získání potřebných zkušeností dlouhodobější praxí a výcvikem v komunikaci, ale osvojení si i např. racionálního ekonomického myšlení, není možné v současné době paliativní medicínu provozovat. Toto bohužel dosud není součástí vysokoškolského medicínského vzdělání (1,3,4,5). Problém komunikace s pacientem a jeho rodinou je úzce spojen s medicínsko-ekonomickým zázemím zdravotnického zařízení. Lékař ve svém konání musí mít určeny jasné pravidla např. ekonomické kalkulace léčby a vyžádané péče. Měl by mít představu o tom „kolik stojí jeho pacient“ a tím dále „jak drahou péči je možno mu poskytovat“. Pacient i jeho rodina vyžaduje převážně pravdivou a „plnou“ informovanost na jedné straně, ale na druhé straně se dále již otázka „nákladů na zdravotní péči“ ztrácí. Pacient sám však není vždy na prognosticky závažnou konkrétní informaci připraven. Dnes můžeme bez obalu říct, že ani na „ekonomický dopad“ své nemoci. V tomto procesu je nutno zvážit jeho aktuální zdravotní stav i rozsah jím skutečně požadované informace. Provést následně kalkulaci aktuálně potřebné a také předpokládané zdravotní péče. Vytvořit podmínky pro nutná opatření, která mohou významně přispět k tomu, že se vyhneme problémům jak v oblasti informovanosti pacienta, tak v oblasti zabezpečení potřebné zdravotní péče. Lékař stojí před těžkou situací: v rozhovoru nesmí být pacientovy zastírána závažná povaha onemocnění, ale na druhé straně vždy mu musí zůstat určitý i když postupně klesající stupeň naděje - cíl léčebného úsilí: vyléčení, prodloužení limitované doby života

a konečně i udržení alespoň únosné kvality života (2,6,7). Kvalita zdravotní péče a tedy i kvalita života nemocného je projevem dodržování jasně definovaných medicínsko-ekonomických pravidel.

Lékař léčí pacienta multimodální specifickou onkologickou léčbou. Včas však musí volit co nejracionalnější komplexní symptomatickou a podpůrnou léčbu, jestliže přechází modalita nepřináší pacientovi očekávaný efekt a mohou být pro něj naopak v dané fázi onemocnění i zátěží. Technická sofistikovaná medicína je hlavním obsahem studia lékaře a dosažené dnešní nesporné úspěchy často zastírají léčebné limity v očekávaném maximálním efektu, to je vyléčení. Jde zejména o biologickou povahu zhoubných nádorů. Lokální léčebný efekt je omezen rizikem metastazování. Řada postupů se snaží také o částečnou kompenzaci nespecifičnosti chemoterapie. Proto dochází k postupnému snižování úspěšnosti aktivní specifické léčby nádorů, i přes dodržení standardních doporučených postupů. Zvláště u některých diagnóz, nelze chápat výsledný efekt léčby méně zkušeným lékařem jako „selhání“ léčby. Nelze ale také bez trvalé kontroly dosažení pozitivního očekávaného efektu, pokračovat v neúčelné léčbě (3,8,9). Můžeme zde potvrdit, že neúčelná léčba je drahá léčba a v tomto období „ztrácíme“ prostředky, které by bylo možné využít v účelné a dobře vedené paliativní léčbě.

Nemocný musí být (pokud to situace dovoluje) informován o možnostech a limitech naší účelné paliativní léčby, dalších kontrolách i o možnostech, které poskytují zařízení v okolí bydliště. Zvažována byla vždy i účelnost pomoci agentur domácí péče ve spolupráci s praktickým lékařem, pokud to stav pacienta a rodinná situace umožňovala. Účelná je vždy spolupráce se sociálními pracovníky příslušného zařízení (2,10).

Získané výsledky naší pilotní studie ukazují na nutnost pokračovat ve výše uvedených medicínsko-ekonomické analýze s cílem hledání a výběru vhodných parametrů sledování paliativní péče onkologických pacientů.

Soubor nemocných a metodika.

Do studie byli zařazeni nemocní léčení na Klinice onkologie a radioterapie LFUK a FN v Hradci Králové od 1.8.2004 do 30. 8. 2005. Nemocní byly vybíráni do sledování průběžně podle toho, jak byly hospitalizováni na lůžkovém oddělení kliniky.

Do studie bylo zařazeno celkově 118 nemocných z toho 110 (93.2%) mužů a 8 (6.8%) žen. Průměrný věk mužů byl 57.2 roku (rozdíl 21-82 let) a průměrný věk žen byl 52.3 roku (37-73). Do studie jsme nezařazovali nemocné, kteří se léčili pro duplicitní nebo triplicitní tumor. Jejich Karnofského index (KI) byl v průměru 70% (rozdíl 54%-84%) viz. Tab. 1. Dále jsme nemocné rozdělili podle dalších kritérií a dle diagnózy viz. Tab. 2.

Soubor nemocných byl vybrán náhodně podle data přijetí na lůžkové oddělení. Analýza byla provedena formou sledování medicínsko-ekonomických ukazatelů (viz. příloha programu sledování). Zahrnuta byla i léčba podpůrná. A to např. počet dní vyžadujících podpůrnou infúzní léčbu, počet dní s febrilní neutropenií, počet dní s i.v. aplikací antibiotik, počet transfúzí, počet trombo-náplavů, ekonomická kalkulace přepočtena na den hospitalizace atd. Vytvořením vhodného programu a výběru dat medicínských i ekonomických bylo možno určit prediktivní faktory pro paliativní péči.

Tabulka 1.: Soubor nemocných

Věk	Muži	Ženy	Celkový počet	Karnofského index
Starší 80 let	5 (4.1%)	0	5 (4.1%)	58% (50-71%)
71-80 let	27 (22.8%)	1 (0.9%)	28 (23.7%)	64% (58-82%)
61-70 let	41 (34.5%)	1 (0.9%)	42 (35.4%)	71% (69-85%)
51-60 let	23 (19.5%)	2 (1.8%)	25 (21.3%)	69% (64-84%)
41-50 let	8 (6.8%)	3 (2.7%)	11 (9.5%)	76% (71-88%)
Mladší 40 let	6 (5.1%)	1 (0.9%)	7 (6.0%)	80% (76-92%)

Tabulka 2.: Rozdělení souboru nemocných podle diagnózy

Diagnóza	Muži	Ženy	Celkový Počet
C16	9	0	9 (7.6%)
C18	12	0	12 (10.1%)
C19	16	2	18 (15.3%)
C20	17	0	17 (14.5%)
C34	14	0	14 (11.9%)
C50	0	6	6 (5.1%)
C61	12	0	12 (10.1%)
C64	15	0	15 (12.7%)
C71	15	0	15 (12.7%)

Rozdělení podle stadia nemoci bylo následující: v stadiu I-I. bylo 38 nemocných, v stadiu III. bylo 49 nemocných a v stadiu IV bylo 16 nemocných. Bez určení stadia bylo 15 nemocných.

Zdravotní kategorie nemocných byla vykazována u všech hospitalizovaných pacientů za každý den hospitalizace, kromě dne ukončení hospitalizace viz. Vyhledávka MZ ČR č. 493/2005 Sb. Při první hospitalizaci a zařazení do programu sledování byly následující: kategorie 2 byla u 20 (16.9%) nemocných, kategorie 3 byla 73 (61.9%) nemocných a kategorie 4 byla 25 (21.2%) nemocných.

Pro účely ekonomického hodnocení se v tomto článku používá obvyklá veličina, celková velikost nákladů na poskytnutou zdravotní péči. Náklady jsou v tomto případě tvořeny cenami, účtovanými v daném období zdravotním pojišťovnám z vykázaných výkonů včetně zvlášť účtovaných léčiv (ZULP) a zdravotnického materiálu (ZUM) a neobsahují položky za léky z individuální preskribce. Všechna potřebná data ekonomického charakteru byla získána z nemocničního informačního systému FN.

Statistické hodnocení

Výsledky byly zpracovány standardními nástroji programu MS Excell.

Pro numerické hodnoty byly vypočteny průměrné hodnoty pro celý soubor pacientů.

Jako hlavní ekonomický ukazatel byly v první fázi vybrány celkové náklady na léčbu. Byly sledovány průměrné náklady v závislosti na době hospitalizace, při léčbě vedlejších projevů a komplikací zdravotního stavu při radikální onkologické léčbě, podpůrné léčbě a dle kategorií pacientů. Výsledky byly hodnoceny Studentovým t-testem.

Výsledky.

Na Klinice onkologie a radioterapie LF UK a FN v Hradci Králové bylo v období od 1.8.2004 do 30.8.2005 hodnoceno 118 nemocných.

Relaps základního onemocnění byl popsán u všech sledovaných nemocných. Lokální recidiva byla popsána

u 44 (37.3%) nemocných. Distanční metastázy byly popsány u 114 (96.6%) nemocných.

Metastatické postižení skeletu bylo popsáno u 41 (36%) nemocných, jater u 31 (27.2%) nemocných, plic u 25 (21.9%) nemocných, mozku u 16 (14%) nemocných, kůže u 1 (0.9%) nemocného a u 4 (3.4%) nemocných nebyly zaznamenány žádné distanční metastázy. Jeden orgán mělo postiženo 31 (27.5%) nemocných, dva orgány 37 (32.5%) nemocných, tři orgány 13 (11.4%) nemocných a čtyři orgány 1 (0.9%) nemocný.

Počet nemocných, kteří absolvovali operaci pro nádorové onemocnění před zařazením do programu sledování bylo 80 (67.8%) a reoperovaných nemocných bylo 24 (20.3%). Počet nemocných neoadjuvantně ozářených bylo 27 (22.9%) a adjuvantně ozářených před zařazením do programu sledování bylo 57 (48.3%).

Neoadjuvantní chemoterapii mělo 17 (14.4%) nemocných, adjuvantní chemoterapii mělo 60 (50.8%) nemocných. Chemoterapii ve 2. linii mělo 33 (28%) nemocných a chemoterapii v 3. linii mělo 15 (12.7%) nemocných.

Ze souboru sledovaných nemocných zemřelo doma 8 (6.8%) nemocných, na lůžkovém oddělení kliniky 41 (34.7%) nemocných, na lůžkách následné péče 3 (2.5%) nemocní a v hospici 17 (14.4%) nemocných. Ke dni 30.8.2005 žilo ze sledovaného souboru 49 (41.5%) nemocných

Nemocní byli hospitalizováni v průměru 2.1 krát (rozmezí 1- 3 krát).

Klinické sledování v průběhu období vstupní hospitalizace:

Počet nemocných hospitalizovaných byl 118, průměrná doba hospitalizace byla 27.1 dne (rozdíl 16-32 dní). Rozdělení komplikací a podpůrné léčby v průběhu první hospitalizace, viz. Tab. 3.

Tabulka 3.: Hodnocení jednotlivé hospitalizace – 1. (první)

	Počet nemocných	Průměrný počet dní	Klasifikace dle WHO (median)
Komplikace			
Febrilní stav (teplota > 38,5°C)	13 (11%)	4.6 (2-6 dní)	2
Anemie	31 (26.3%)	8.7 (5-11 dní)	3
Trombocytopenie	18 (15.3%)	3.8 (2-7 dní)	3
Průjem	32 (27.1%)	12.4 (6-17 dní)	2
Zvracení	57 (48.3%)	4.2 (1-7 dní)	2
Renální insuficience	3 (2.5%)	12.7 (8-19 dní)	2
Neurotoxita	1 (0.9 %)	12 dní	2
Podpůrná léčba			
Infúzní léčba	88 (74.6%)	16.5 (12-23 dní)	
Léčba s ATB	42 (35.6%)	9.4 (7-14 dní)	
Korekce anemie (EM)	28 (23.7%)		
Korekce trombocytopenie	11 (9.3%)		
Plasma	1 (0.9%)		

Zdravotní kategorie nemocných byly následující: kategorii 1 neměl žádný nemocný, kategorii 2 mělo 20 (17%) nemocných, kategorii 3 mělo 73 (62%) nemocných, kategorii 4 mělo 25 (21%) nemocných a kategorii 5 neměl žádný nemocný.

Počet nemocných plně informovaných o svém zdravotním stavu bylo 106 (90%) a počet nemocných, u kterých byla plně informována jeho rodina byl 116 (98%).

Průměrný počet podaných transfuzí u nemocných v průběhu první hospitalizace byl 2.5 (rozdíl 2-4), trombocytárních náplavů ze separátoru byl 1.2 (rozdíl 1-3) a u jednoho nemocného musela být podána plasma ve standardní dávce. Náklady na lůžko a den byly 2811.5 Kč.

Klinické sledování v průběhu druhé hospitalizace:

Počet nemocných podruhé hospitalizovaných byl 52 (44.1%), průměrná doba hospitalizace byla 17.4 dne (rozdíl 12-25 dní). Rozdělení komplikací a podpůrné léčby v průběhu druhé hospitalizace, viz. Tab. 4.

Tabulka 4.: Hodnocení jednotlivé hospitalizace – 2. (druhé)

	Počet nemocných	Průměrný počet dní	Klasifikace dle WHO (median)
Komplikace			
Febrilní stav (teplota > 38,5°C)	3 (5.7%)	5.3 (3-8 dní)	2
Anemie	15 (28.8%)	13.7 (5-11 dní)	3
Trombocytopenie	8 (15.3%)	3.2 (2-5 dní)	3
Průjem	25 (48.1%)	9.4 (5-11 dní)	2
Zvracení	27 (51.9%)	4.1 (2-6 dní)	2
Renální insuficience	0		
Neurotoxická	0		
Podpůrná léčba			
Infúzní léčba	47 (90.1%)	10.9 (6-18 dní)	
Léčba s ATB	15 (35.6%)	8.1 (7-13 dní)	
Korekce anemie (EM)	14 (26.9%)		
Korekce trombocytopenie	7 (13.5%)		
Plasma	0		

Zdravotní kategorie (dle VZP) nemocných byly následující:

Kategorii 1 neměl žádný nemocný, kategorii 2 mělo 5 (9.5%) nemocných, kategorii 3 mělo 32 (61.5%) nemocných, kategorii 4 mělo 15 (29%) nemocných a kategorii 5 neměl žádný nemocný.

Počet nemocných plně informovaných o svém zdravotním stavu bylo 46 (88.5%) a počet nemocných u kterých byla plně informována jeho rodina byl 52 (100%).

Průměrný počet podaných transfuzí u nemocných v průběhu druhé hospitalizace byl 2.3 (rozdíl 1-4), trombocytárních náplavů ze separátoru byl 1.6 (rozměry 1 až 2).

Náklady na lůžko a den byly 2306.3 Kč.

Klinické sledování v průběhu třetí hospitalizace:

Počet nemocných potřeží hospitalizovaných byl 16 (13.6%), průměrná doba hospitalizace byla 11.5 dne (rozměry 7-18 dní). Rozdělení komplikací a podpůrné léčby v průběhu hospitalizace, viz. Tab. 5.

Zdravotní kategorie nemocných (dle VZP) byly následující:

Kategorii 1 neměl žádný nemocný, kategorii 2 měli 2 (12.4%) nemocní, kategorii 3 mělo 7 (43.8%) nemocných, kategorii 4 mělo 7 (43.8%) nemocných a kategorii 5 neměl žádný nemocný.

Počet nemocných plně informovaných o svém zdravotním stavu bylo 12 (75%) a počet nemocných, u kterých byla plně informována jeho rodina bylo 16 (100%).

Průměrný počet podaných transfuzí u nemocných v průběhu druhé hospitalizace byl 3.2 (rozdíl 2-4), trombocytár-

Tabulka 5.: Hodnocení jednotlivé hospitalizace – 3. (třetí)

	Počet nemocných	Průměrný počet dní	Klasifikace dle WHO (median)
Komplikace			
Febrilní stav (teplota > 38,5°C)	12 (5.7%)	3.1 (3-6 dní)	2
Anemie	3 (18.8%)	4.6 (3-8 dní)	3
Trombocytopenie	3 (18.8%)	3.7 (2-5 dní)	3
Průjem	6 (37.5%)	8.8 (6-14 dní)	3
Zvracení	4 (25%)	5.8 (3-8 dní)	3
Renální insuficience	3 (18.8%)	9.3 (6-12 dní)	3
Neurotoxická	0		
Podpůrná léčba			
Infúzní léčba	11 (68.8%)	8.7 (7-16 dní)	
Léčba s ATB	4 (25%)	5.1 (7-12 dní)	
Korekce anemie (EM)	3 (18.8%)		
Korekce trombocytopenie	3 (18.8%)		
Plasma	0		

ních náplavů ze separátoru byl 2.1 (rozdíl 1-2). Náklady na lůžko a den byly 2116.6 Kč.

Klinické sledování v průběhu všech hospitalizací na lůžkovém oddělení:

Počet dní ošetrovatelské péče na lůžku: průměrný počet byl 35.6 dne (rozměry 3-192 dní).

Objektivně dokladované zvýšené nároky na ošetrovatelskou péči na lůžku byly u 117 (99.1%) nemocných.

Hodnocení spolupráce nemocného: 91 (77.1%) nemocných spolupracovalo dobře, 22 (18.6%) nemocných mělo snahu spolupracovat, 2 (1.8%) nemocní neměli zájem spolupracovat a 3 (2.5%) nemocní nespoupracovali.

Počet nemocných, kteří chtěli hovořit o své diagnóze (a prognóze):

80 (67.8%) nemocných chtělo hovořit vždy, 28 (23.7%) nemocných nechťelo hovořit vůbec, 9 (7.7%) nemocných se snažilo hovořit o své diagnóze a prognóze a 1 (0.8%) nemocný neměl vůbec zájem hovořit o své diagnóze a prognóze.

Počet nemocných informovaných o možnostech další hospitalizace na lůžkách následné péče nebo hospicových lůžkách: 53 (44.9%) bylo informováno a 65 (55.1%) nemocných nebylo plně informováno.

Počet nemocných, kteří aktivně využívali možnosti domácí péče a spolupráce s obvodním lékařem: 93 (78.7%) nemocných využívalo jak domácí péče, tak spolupráce s obvodním lékařem, 23 (19.5%) nemocných buď využívalo nepravidelně jak domácí péči tak spolupráci s obvodním lékařem. 2 (1.8%) nemocní neměli zájem ani o domácí péči ani o spolupráci s obvodním lékařem.

Počet nemocných spokojených s péčí a léčbou (v průběhu našeho sledování): 101 (85.6%) bylo spokojeno, 3 (2.5%) nemocní nebyli spokojeni, 13 (11.1%) nemocných spíše ano a 1 (0.8%) nemocný spíše ne.

Ekonomické hodnocení paliativní léčby na lůžkovém oddělení:

Kritériem pro zařazení nemocných do paliativní péče bylo: 1. Ukončení aktivní specifické onkologické léčby.

2. Pobyt nemocného na našem lůžkovém oddělení před dalším překladem do spádu nebo k domácí péči.

Tabulka č. 6.: Hodnocení nákladů na léčbu nemocných zařazených do sledování

Pacienti	Počet pacientů	Průměrné náklady na pacienta v Kč	Průměrné náklady na oš. den v Kč
Jenom ozáření	723	53 910	1 911
Jenom chemoterapie	230	48 733	2 974
Ozáření a chemoter.	257	93 146	2 340
Celkem	1210	61 259	2 155
Paliativní péče	118	65 854	2 411

Z tabulky č.6 lze říci, že paliativní péče v našem souboru nemocných byla následující:

náklady, přepočtené na ošetrovací den a pacienta v letech 2004 a 2005, byly u nemocných v paliativní léčbě 2411 Kč proti ostatním pacientům 2155 Kč náklady na vyžádanou péči u nemocných v paliativní péči byly 955 Kč proti 973 Kč u ostatních nemocných.

Při ekonomickém hodnocení sledované skupiny paliativních nemocných a ostatních nemocných léčených na lůžkovém oddělení kliniky lze říci, že náklady jsou vyšší u nemocných s paliativní léčbou (n=118) za podmínek správného výběru ekonomicky i onkologicky zdůvodněných diagnostických a léčebných postupů. Dále ekonomické zhodnocení nákladů na vyžádanou péči je zhruba stejné u obou skupin, což potvrzuje předpoklad, že nemocný s paliativní péčí vyžaduje minimálně stejné náklady na diagnostiku, dalších projevů onkologického onemocnění, vedlejších efektů onkologické léčby atd. Dále např. ekonomické vyhodnocení podaných transfuzí je přibližně na stejné úrovni.

Diskuze

Počet pacientů při dalších hospitalizacích postupně klesal (118-52-16). Také průměrná doba hospitalizace se zkracovala (24,1-17,4-11,5 dne) v souvislosti s reálným posouzením nezbytné doby pobytu na naší klinice a pak následným překladem do jiných zařízení spádu. Postupně menší počet přijímaných pacientů vyplýval z toho, že někteří byli již hospitalizováni jinde, tj. na lůžkách následné péče ve spádu. Nutnost dalších hospitalizací odpovídala také nižší intenzitě následně zvolené onkologické léčby (např. chemoterapie - monoterapie), nebo i úbytku počtu pacientů v případě jejich úmrtí.

Z infekčních komplikací nedocházelo u pacientů zařazených do paliativní péče k extrémně výraznému poklesu počtu krevních elementů. Febrilní stav v průběhu hospitalizací byl zjištěn v souvislosti s poklesem, který dosahoval převážně 2. stupně dle WHO klasifikace. Počet pacientů s febrilní neutropenií s dalšími intermitentními hospitalizacemi klesal. Doba hospitalizace se výrazněji neměnila a nepřesáhla jeden týden. Aplikace antibiotik zvláště se širokým spektrem, byla nutná u 1/3 a ve třetí hospitalizaci u 1/4 nemocných při dosažení poměrně rychlé úpravy infekčního stavu. Anemický syn-

drom byl zjišťován asi u jedné 1/4 pacientů a převažoval nad trombocytopenií zvláště v období prvních dvou hospitalizací.

Při třetí hospitalizaci byla poněkud zvýrazněna trombocytopenie nad anemií, a bylo ji nutno častěji korigovat.

Podání krevní plasmy bylo aplikováno jen ve zcela úzkých indikacích.

Většina pacientů přijímaných na lůžko měla také příznaky od poruchy funkce zažívacího traktu. Především šlo o zvracení a to u 1/2 pacientů při prvních dvou hospitalizacích a při třetím pobytu u více než 1/3 osob. Častou příčinou byly i poruchy pasáže, způsobené mechanickým útlakem. Často byla výrazná dehydratace s obštipací.

V podobném rozsahu kolísal i průjem po radikální léčbě tumorů zažívacího traktu. Intenzita ze stupně WHO 2 se zvýšila u obou příznaků na stupeň WHO 3, při třetí hospitalizaci. Tomu odpovídala i nutnost aplikace infuzí a korekce poruch minerálního metabolismu.

Neurotoxická vzhledem ke složení aplikovaných cytostatik byla spíše výjimkou.

Nárůst renálního postižení u pacientů při třetí hospitalizaci měl jako příčinu nejen intenzivnější rozvoj hypohydratace při domácím pobytu, ale častěji i subrenální příčinu, tj. stenózu z útlu, s dilatací odvodného močového systému.

Z uvedených pozorování je zřejmé, že paliativní pacient představuje velmi nákladnou skupinu, a to jak ve smyslu nákladů na léky, zdravotnický materiál atd., ale také ve smyslu na vynaloženou práci sester, zdravotnického personálu atd.

Hlavním cílem bylo získání potřebných medicínských a ekonomických dat pro vytvoření základního medicínsko-ekonomického pohledu na problematiku paliativní léčby u onkologických nemocných. Tyto výstupy mohou také tvořit základní informaci např. pro jednání se zdravotními pojišťovnami o možnosti navýšení potřebných finančních prostředků pro „paliativní lůžko“. Jasná zdravotnická a ekonomická definice paliativního lůžka umožní komplexní posouzení indikace pro paliativní péči v klinickém onkologickém zařízení, intenzivně vyžadovanou rodinami i pacienty, a její další ovlivňování v rozsahu ekonomického zajištění zdravotními pojišťovnami. To omezí aktuální nároky na lůžkovou kapacitu onkologického pracoviště, předurčenou především k aktivní specifické onkologické léčbě, k níž je vybaveno (zářiče, chemoterapie atd.), a sníží riziko nedorozumění a stížností. Včas umožní reagovat na změnu profilu péče současných lůžkových zařízení v daném regionu.

Práce vznikla za podpory programu pod názvem: Roční analytické studie v onkologii (RASO ČOS) v roce 2005.

Literatura

1. Salajka, F.: Kvalita života onkologického pacienta-kritérium úspěšnosti naší péče. Klinická onkologie, 2001, 1, s. 27-29
2. Svoboda, V., Filip, S., Petera, J.: Paliativní medicína jako další významná etapa onkologické léčby. X. vědecký celostátní kongres s mezinárodní účastí 3.- 5.11. 2004, Hradec Králové (ISBN 80-239-2870-8)
3. Vorlíček, J., Adam, Z., a kol.: Paliativní medicína. Grada Publishing (Praha), 1998, 480 s., ISBN 80-7169-437-1
4. Bošková, V.: Sdělování diagnózy. Kdo se bojí -nemocný nebo doktor? Zdravotnické noviny, 2002, 51, s.12
5. Irmiš, F.: Výroky lékařů vyvolávající různé stresové reakce pacientů. Praktický lékař, 2005, 85, s. 44-46
6. Cherny, N.I., Catane, R.: Attitudes of medical oncologist toward palliative care for patients with advanced and incurable cancer. Cancer, 2003, 98, s. 2502-2510
7. Konopásek, B.: Postavení onkologie v současné medicíně (10 úkolů onkologického centra). Lékařské listy, 2005, 9, s. 2-3
8. Fleishman, S.B.: Treatment of symptom clusters: pain, depression and fatigue. J. Natl. Cancer Inst., 2004, 32, s. 119-123
9. Malý, Z.: Sdělování diagnózy - právní,etický a lidský problém. Zdravotnické noviny, 2002, 51, s.14-15
10. Willard, C., Luker, K.: Supportive care in the cancer setting: rhetoric or reality? Paliat. Med., 2005, 19, s. 328-333

Došlo: 8. 3. 2006
Přijato:31. 1. 2007

I n f o r m a c e - Slovenská onkologická spoločnosť

V NOVEMBRI 2006 SA KONALI VOĽBY DO VÝBORU SLOVENSKEJ ONKOLOGICKEJ SPOLOČNOSTI, NA ZÁKLADE KTORÝCH VZNIKOL NOVÝ VÝBOR. JEHO ČLENOVIA SÚ:

Predseda: Doc. MUDr. Jozef Mardiak, CSc.
Podpredseda: Prof. Stanislav Špánik, CSc.
Tajomník: Doc. Peter Beržinec, CSc.
Pokladník: MUDr. Vladimír Bela

Členovia: Doc. MUDr. Igor Andrašina, CSc.
h. Doc. MUDr. Elena Bolješíková, CSc.
h. Prof. MUDr. Juraj Kaušitz, CSc.
Prof. MUDr. Ivan Koza, Dr.Sc.
Doc. MUDr. Izabela Makaiová, CSc.
MUDr. Vladimír Malec, PhD
MUDr. Tomáš Šálek
MUDr. Jozef Šufliarský
Doc. MUDr. Mária Wágnerová, CSc.

Revízná komisia:

Predseda: MUDr. Tibor Packáň
Členovia: MUDr. Richard Hrubý, PhD
MUDr. Dagmar Sorkovská.

V časopise Klinická onkológia plánujeme pravidelne uverejňovať informácie o činnosti výboru.

Jozef Mardiak