

### KDE A JAK V ČESKÉ REPUBLICE UMÍRAJÍ ONKOLOGIČTÍ PACIENTI? - NĚKOLIK POZNÁMEK O POTŘEBĚ A DOSTUPNOSTI PALIATIVNÍ PÉČE

#### WHERE AND HOW DO THE CANCER PATIENTS IN THE CZECH REPUBLIC DIE? - SOME REMARKS ON THE NEED AND AVAILABILITY OF PALIATIVE CARE

SLÁMA O., J. NOVÁK

KLINIKA KOMPLEXNÍ ONKOLOGICKÉ PÉČE, AMBULANCE PODPŮRNÉ A PALIATIVNÍ ONKOLOGIE, MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV BRNO

#### Kolik lidí umírá na onkologické onemocnění

V ČR každoročně zemře na zhoubný nádor kolem 28 000 osob. Pořadí nejčastějších příčin úmrtí se posledních letech významně nemění. Úmrtí na nádorová onemocnění představují 26,7% všech úmrtí a jsou co do četnosti na druhém místě za onemocněními oběhové soustavy [1]. U mužů byly v roce 2006 nejčastější příčinou nádory plic (4065 úmrtí), tlustého střeva (1397) a prostaty (1365); u žen nádory prsu (1909), plic (1451) a tlustého střeva (1082). Tato čísla jsme obvykle zvyklí analyzovat v souvislosti s úvahami o systému prevence, časné diagnostiky, popř. o výsledcích onkologické léčby. Úmrtí na nádorové onemocnění je v tomto kontextu chápáno jako potenciálně preventabilní negativní událost, ke které by nemuselo dojít, pokud by byl nádor včas diagnostikován a adekvátně léčen. *Paliativní medicína k těmto číslům přistupuje z poněkud odlišné perspektivy. Klade si otázku, kde, tj. ve kterých segmentech zdravotnického systému, se tito nemocní v závěru života vyskytují, a zda je péče, která jim je dostupná, saturuje jejich specifické potřeby.*

#### Kde onkologičtí pacienti umírají

Strukturu zemřelých onkologických pacientů v ČR v roce 2006 podle místa úmrtí uvádí tabulka č.1. Tato čísla se mezitím příliš nemění. Vyplývá z nich, že téměř tři čtvrtiny onkologických pacientů umírají v lůžkových zdravotnických zařízeních, více než jedna polovina v nemocnicích na lůžkách akutní péče. Přibližně jedna šestina onkologických úmrtí nastává doma. Z těchto dat se bohužel nedozvíme, jak dlouho před smrtí byli pacienti do zdravotnického zařízení přeloženi. Je pravděpodobné, že nezanedbatelná část onkologicky nemocných prožila významnou část závěrečné fáze nemoci v domácím prostředí a do zdravotnického zařízení byli přijati až při finálním zhoršení. Přesnější analýzu závěru života (např. posledních 3 měsíců života) z hlediska typu poskytnuté zdravotní péče, počtu hospitalizací, návštěv u ambulantních specialistů, počtu zásahů lékaře RLP, pobytů na JIP převozů mezi zdravotnickými zařízeními, počtu krevních odběrů, drahých vyšetření, apod., by bylo možné rekon-

struovat pouze na základě dat zdravotních pojišťoven. Taková analýza by byla jistě velmi přínosná pro diskusi o racionální organizaci paliativní péče. Problematika čerpání zdravotní péče v závěru života nebyla v ČR dosud systematicky analyzována.

#### Jak onkologičtí pacienti umírají

Z výše uvedeného počtu 28 000 úmrtí na onkologické onemocnění nastává pouze malá část úmrtí (cca 2 000 pacientů ročně) v důsledku akutní komplikace protinádorové léčby (např. sepse při leukopenii po chemoterapii, krvácení při trombocytopenii, komplikace operačního výkonu, fatální plicní embolie během protinádorové léčby, atd.). Tito pacienti umírají většinou v lůžkových zařízeních akutní péče (JIP a ARO). V závěru života jsou léčeni intenzivní podpůrnou léčbou s plným využitím postupů intenzivní medicíny a anesteziologie a resuscitace. U většiny onkologicky nemocných (cca 26 000 pacientů ročně) je však charakter péče v závěru života odlišný. Obvykle několik týdnů až měsíců před smrtí lékaři rozhodují o ukončení, resp. nepodání protinádorové léčby a tito nemocní dostávají „symptomatickou paliativní péči“. Přechodu na paliativní péči někdy předchází roky života s nádorovým onemocněním, které bylo kontrolované protinádorovou léčbou, jindy je symptomatický paliativní přístup zvolen s ohledem na stupeň pokročilosti nemoci a na celkový stav pacienta od okamžiku diagnózy. Rozhodnutí o přechodu na symptomatickou paliativní péči má pro pacienta velmi závažné důsledky psychologické (= je otevřeně konfrontován s letálním charakterem své nemoci), ale také praktické organizační (= vyvstává otázka, kdo bude nadále hlavním koordinátorem péče a kde bude pacient v případě potřeby hospitalizován). Co to je symptomatická paliativní péče? V pojetí řady onkologů ale i jiných zdravotníků je symptomatická paliativní péče vymezena především negativně: „pacient v paliativní péči už nebude dostávat chemoterapii, nebude dostávat drahá antibiotika, neměl by dostávat krevní deriváty, neměl by být přijímán na lůžko onkologického centra, na JIP... atd. Součástí tohoto pojetí je představa, že pacienti v symptomatické paliativní péči potřebují vlastně pouze dostatek analgetik a ošetřovatelskou péči, kterou jim může nejlépe zajistit rodina, praktický lékař a sestry home care. Tento minimalistický přístup však vede často ke zcela neadekvátní a profesionálně a lidsky nezvládnuté péči. *Pacient s pokročilým nádorovým onemocněním má řadu potřeb v oblasti tělesných symptomů (anorexie, únava, nevolnost, zvracení, bolest, dušnost, pocení, atd.), psychologických obtíží (úzkost, smutek, deprese, stavy zmatenosti), a i v oblasti sociální a spirituální (otázky viny, odpuštění, strachu ze smrti, smíření). Tito nemocní potřebují dobře koordinovanou multidisciplinární paliativní péči.* Paliativní péče může mít různé organizační formy. Jedním z modelů je lůžkový hospic [3]. S celkovou kapacitou kolem 300 lůžek jsou v ČR však hospice místem, kde tráví závěr života pouze 7% onkologicky nemocných (průměrná délka pobytu 35 dní, medián 14 dní). Ostatní formy specializované paliativní péče (lůžková

oddělení, domácí hospic, konziliární ambulance) jsou velmi málo rozvinuty. V roce 2008 je v ČR specializovaná paliativní péče dostupná pouze menšině umírajících onkologických pacientů. Existuje řada přímých i nepřímých náznaků, že péče o pacienty v závěru života trpí vážnými nedostatky. Praktičtí lékaři často nemají znalosti a dovednosti, ale ani motivaci o takto nemocné v domácím prostředí pečovat. Agentury home care většinou nenabízejí trvalou dostupnost a složitější péči o umírající nemocné personálně ani materiálně nezvládají. Nemocní jsou tak v závěru života často přijímáni na lůžka akutní péče. Zde se však často setkávají s lékaři, kteří rovněž efektivní symptomatickou léčbu neovládají, nejsou trénováni ve specifických komunikačních dovednostech, nejsou schopni s pacienty a rodinou ujasnit cíle léčby, často zde není fakticky dostupná psychologická ani spirituální péče, atd. Výsledkem je zbytečné, nedostatečně mírněné utrpení umírajících a frustrace na straně příbuzných a pozůstalých. Lze namítnout, že výše uvedený popis je příliš pesimistický. Existují zařízení, kde díky „osvíceným“ vedoucím lékařům a sestřám je o nemocné v závěru života pečováno dobře. Jedná se ale skutečně o výjimky [4]. Domníváme se, že je třeba na půdě zdravotnických zařízení, onkologických center, odborné společnosti a vzdělávacích institucí začít vést

*konceptní diskusi o tom, jak učinit kvalitní multidisciplinární paliativní péči reálně dostupnou všem nevyлéčitelně nemocným, a to nejen v hospicích, ale ve všech prostředích zdravotnického systému, kde tito nemocní závěr života prožívají (viz tabulka č.1).*

Místo úmrtí	Počet
nemocnice	16 341
LDN	2 686
psychiatrické léčebny	120
hospice	1 850
doma	4 571
zařízení sociální péče	458
ostatní	2 696
celkem	28 722

**Tabulka č.1.:** Struktura zemřelých onkologických pacientů v roce 2006 podle místa úmrtí [1]

### Literatura

1. Zemřelí 2006. Praha: ÚZIS, 2007. 104 s. (Zdravotnická statistika). ISBN 80-7280-703-1
2. Zdravotnická ročenka České republiky 2006. Praha: ÚZIS, 2007, 258 s. ISBN 978-80-7280-736-9
3. Sláma, O., Kabelka, L., Vorlíček, J. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén, 2007. 361s. ISBN 978-80-7262-505-5
4. Sláma, O., Špínka, Š. Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi. Praha: Cesta domů, 2005. 75 s. ISBN 80-239-4330-8