



KONCEPCE PALIATIVNÍ PÉČE V ALBERTINU

leden 2021

Obsah

1 ÚVOD	3
2 VÝCHODISKA PALIATIVNÍ PÉČE	4
2.1 Legislativní rámec – oblast zdravotnictví	6
2.2 Legislativní rámec - oblast sociálních služeb	9
2.3 Cílová skupina	10
2.4 Příčiny úmrtí v ČR	10
2.5 Pacienti s potřebou paliativní péče v českém zdravotním a sociálním systému	15
2.6 Dostupnost specializované paliativní péče celkově v ČR versus Pardubický kraj	18
3 ZAPOJENÍ ALBERTINA DO ROZVOJE PALIATIVNÍ PÉČE	20
3.1 Přínos paliativní péče v Albertinu z pohledu paliatra	21
3.2 Přínos paliativní péče v Albertinu z pohledu pneumologa	21
3.3 Hlavní účel a předmět činnosti Albertina	23
3.4 Statistika a příčiny úmrtí Albertinum 2018	24
3.5 Materiálně-technické vybavení pro paliativní stanici	25
3.6 Personální kapacita pro paliativní stanici	26
3.7 Finanční zajištění	26
4 SHRNUÍ SOUČASNÉHO STAVU V PARDUBICKÉM KRAJI	28
5 SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	29
6 ZDROJE	30

1 ÚVOD

Pro lidi s pokročilým onemocněním není často nejhorší představa vlastní smrti, ale představa strastiplného umírání. Většina lidí ve vyspělém světě včetně České republiky zemře na chronická onemocnění (86 % všech úmrtí). Nejčastěji se jedná o onemocnění nádorová či kardio-vaskulární. Z průzkumů veřejného mínění v ČR, stejně jako ze zahraničních výzkumů vyplývá, že téměř 80 % populace by si přálo v případě nevyléčitelného onemocnění zemřít doma. Péče o umírající pacienty může být náročná, fyzicky a psychicky vyčerpávající. Každá rodina tuto situaci nemusí zvládat. Stává se, že i pacient je klidnější, když zůstává ve zdravotnickém zařízení, kde mu je poskytnuta léčba nepříjemných a strastiplných fyzických příznaků. Proto jsme se rozhodli, že chceme našim umírajícím pacientům ukázat cestu, po které mohou pokojně jít a spolehnout se na to, že nebudou trpět fyzickými potížemi jako nesnesitelnou bolestí, dušností, stejně tak ani psychickým, sociálním a spirituálním strádáním. Budou v takovém prostředí, ve kterém se budou prostě cítit dobře, v prostředí klidném a příjemném, kde bude respektováno jejich přání a důstojnost. Jejich blízcí budou moci u umírajícího zůstat bez jakéhokoliv omezení. Samozřejmostí této komplexní péče je plnění duchovních potřeb. Naším přáním a cílem je, aby doprovázení umírajících bylo důstojné a přirozené i přesto, že není v domácím prostředí.

Tato koncepce je jakýsi plán a představení naší vize **specializované paliativní péče** v Albertinu, v Žamberku.

2 VÝCHODISKA PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče je aktivní a na kvalitu života orientovaná intenzivní a komplexní léčba poskytovaná nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Jejím primárním cílem není vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale důraz na kvalitu jeho života, prevence a zmírnění celkové bolesti a dalších, tělesných i duševních strádání, zachování pacientovy důstojnosti, respekt k jejich individualitě a přáním a podpora jeho blízkých v čase umírání, i pomoc v období truchlení.

Moderní paliativní péče

- je specializovaná intenzivní komplexní symptomatická léčba pacientů, u nichž byly vyčerpány možnosti kurativní medicíny,
- se neodvrací od nevléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade hlavní důraz na kvalitu života,
- dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stadií nevléčitelných a ke smrti směřujících onemocnění,
- medicínskými metodami dokáže ulehčit od trýznivých symptomů, kterými těžce nemocní trpí v poslední fázi života
 - a) v oblasti tělesné – bolest, dušnost, zvracení, infekce, obstipace, singultus, pruritus, rány, anorexie, dysfagie, sucho v ústech, parestezie, dekubity, vývody, exulcerace, mykózy, únava
 - b) v oblasti psychické – strach, úzkost, paniky, osamělost, deprese, delirantní stavy, dyssomie, prázdnota
 - c) v oblasti sociální – nevyřízené záležitosti, dluhy, závěti, děti, rodinné vztahy
 - d) v oblasti spirituální
- je založena na interdisciplinární spolupráci a integruje v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty,
- vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení,

- zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocných, nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili v důstojném a vlídném prostředí a ve společnosti svých blízkých,
- nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka,
- vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením.¹

V legislativním prostředí České republiky je hospicová a paliativní péče primárně zdravotní službou poskytovanou dle zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Při poskytování paliativní péče v praxi dochází k významnému prolínání zdravotních a sociálních služeb. Žádoucí multidisciplinární spolupráce obou segmentů je komplikována absencí jednotné právní úpravy, která by řešila všechny potřeby umírajících osob a jejich blízkých komplexně, a to včetně financování. Vizi obecné dostupnosti kvalitní paliativní péče pro všechny pacienty, kteří ji potřebují, představuje Národní program paliativní péče zpracovaný Českou společností paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (dále jen ČSPM ČLS JEP). ČSPM ČLS JEP je také platformou pro spolupráci s orgány státní správy i dalšími organizacemi, sdruženími a iniciativami, které se s touto vizí ztotožňují.

Cílem této koncepce je zmapovat situaci v Pardubickém kraji a specifikovat „bílá místa“ dostupnosti lůžkové specializované paliativní péče v Pk. Tím chceme dokázat, jak moc je potřebná specializovaná paliativní péče v OLÚ Albertinum.

¹ SLÁMA Ondřej, ŠPINKA Štěpán, *Koncepce paliativní péče v ČR*, Hospicové občanské sdružení Cesta domů, Praha, 2004. ISBN 80-239-4330-8.

2.1 Legislativní rámec – oblast zdravotnictví

Poskytovatelem zdravotních služeb se rozumí fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (dále také „zákon o zdravotních službách“).

Paliativní péče je druhem zdravotní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí – definice dle zákona o zdravotních službách - § 5 odst. 2 písm. h).

Paliativní péče může být poskytována ve formě:

- a) ambulantní péče
- b) lůžkové péče
- c) zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

Tabulka 1 Síť poskytovatelů paliativní péče²

Forma zdravotní péče (§ 7-10 zák. 372/2011 Sb.)	Typ paliativní péče	
	OBEČNÁ: (80 – 90 %)	SPECIALIZOVANÁ: (10 – 20 %)
Primární ambulantní péče (§ 7 odst. 2 a)	registrující lékař se specializovanou způsobilostí v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo lékař se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie, včetně návštěvní služby	
Specializovaná ambulantní péče (§ 7 odst. 2 b)	ošetřující ambulantní specialista	ambulantní specialista se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, včetně návštěvní služby

² <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/14605/36101/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%2013-2017.pdf>

Lůžková péče (§ 9)	paliativní péče poskytovaná zdravotnickými pracovníky v lůžkovém zařízení v rámci vlastní odbornosti, včetně lůžkových zařízení dlouhodobé péče a pobytových zařízení sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, včetně lůžkového zařízení hospicového typu s vydaným oprávněním v jiném oboru než paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti	lůžková péče v oboru paliativní medicína, konziliární služba lékaře a multidisciplinárního týmu se zvláštní odbornou způsobilostí nebo zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína v lůžkovém zařízení
Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta (§ 10)	lékař ambulantní zdravotní služby poskytované registrujícím lékařem s odbornou způsobilostí v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo lékařem se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie; agentury domácí péče, návštěvní služba ambulantním specialistou	MSPP neboli paliativní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta v oboru paliativní medicína a všeobecná sestra, kde je odborným garantem lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína

Právní předpisy z oblasti zdravotnictví:

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, upravuje mj. podmínky pro udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb. O udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb rozhoduje krajský úřad, v jehož správním obvodu je zdravotnické zařízení, v němž budou zdravotní služby poskytovány. Žadatel musí mj. splňovat požadavky na technické a věcné vybavení dle vyhlášky č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů, a požadavky na personální zabezpečení poskytovaných zdravotních služeb v souladu s vyhláškou č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů. V zákoně o zdravotních službách je definice hospice: § 44a „Hospicem se rozumí poskytovatel, který poskytuje zdravotní služby nevyléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta.“

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, v části deváté upravuje průběh výběrových řízení na uzavření smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb. Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. Tito poskytovatelé tvoří síť smluvních poskytovatelů zdravotní pojišťovny. Před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb se koná výběrové řízení. Návrh na konání výběrového řízení může podat zdravotní pojišťovna, uchazeč nebo obec. Výběrová řízení vyhlašuje krajský úřad, místní příslušnost krajského úřadu se řídí místem poskytování zdravotních služeb. Výběrové řízení na poskytování lůžkové a lázeňské rehabilitační péče vyhlašuje MZ. Zdravotní pojišťovna přihlíží k výsledkům výběrového řízení při uzavírání smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb. Výsledek výběrového řízení nezakládá právo na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uzavřít smlouvu s uchazečem pouze tehdy, bylo-li uzavření takové smlouvy ve výběrovém řízení doporučeno. V současné době v ČR působí 7 zdravotních pojišťoven. Úhradu hrazených zdravotních služeb upravuje úhradová vyhláška.

Odbornost 9U9 – ústavní následná ošetrovatelská péče v hospici

Na lůžkách hospicového typu se vykazuje podle kategorie pacienta ošetrovací den 00030 (00730 v číselníku VZP).

Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů.

2.2 Legislativní rámec - oblast sociálních služeb

Právními předpisy upravující rámec poskytování sociálních služeb jsou zejména:

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o sociálních službách“) a **Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů** (dále jen „prováděcí předpis“).

Zákon o sociálních službách mimo jiné upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, definuje okruh oprávněných osob, působnost v oblasti sociálních služeb, oprávněné poskytovatele a základní druhy a formy služeb. Základní podmínkou poskytování sociálních služeb je získání oprávnění k jejich poskytování (registrace). O registraci rozhodují krajské úřady (v přenesené působnosti) příslušné podle místa trvalého nebo hlášeného pobytu fyzické osoby nebo sídla právnické osoby. Kompetence v oblasti působnosti při zajišťování sociálních služeb jsou rozděleny mezi Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, obce a kraje v samostatné působnosti a obecní úřady s rozšířenou působností a krajské úřady v přenesené působnosti. Kraje v samostatné působnosti zejména zpracovávají střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s obcemi na území kraje, se zástupci poskytovatelů sociálních služeb a se zástupci osob, kterým jsou poskytovány sociální služby; zajišťují dostupnost poskytování sociálních služeb na svém území v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb a určují síť sociálních služeb na území kraje. Prováděcí vyhláška specifikuje mimo jiné základní činnosti jednotlivých

druhů sociálních služeb a úkony k jejich naplňování, podmínky pro zpracování a strukturu střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje, standardy kvality poskytování služeb a jejich inspekci a stanoví maximální výši úhrady od uživatelů. Zákon o sociálních službách ani jeho prováděcí předpis hospicovou ani **paliativní péči nedefinují**.

2.3 Cílová skupina

Cílovou skupinou jsou lidé trpící nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo nevyléčitelném stadiu. Onemocnění, která v pokročilých a konečných stádiích vyžadují paliativní péči, jsou dle údajů České společnosti paliativní medicíny zejména:

- nádorová onemocnění,
- neurodegenerativní onemocnění typu roztroušené sklerózy, Parkinsonovy nemoci, demence, ALS,
- konečná stadia chronických orgánových onemocnění: srdečních, plicních, jaterních a ledvinných,
- AIDS,
- polymorbidní geriatrickí pacienti, pacienti s imobilizačním syndromem,
- pacienti v perzistujícím vegetativním stavu,
- některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění,
- kriticky nemocní pacienti s nevratným multiorgánovým selháváním v prostředí intenzivní péče.

2.4 Příčiny úmrtí v ČR

Data jsou zpracována za rok 2018. Celkem zemřelo v roce 2018 necelých 113 000 lidí, téměř o 1 500 víc než v roce 2017.

10 nejčastějších příčin smrti:

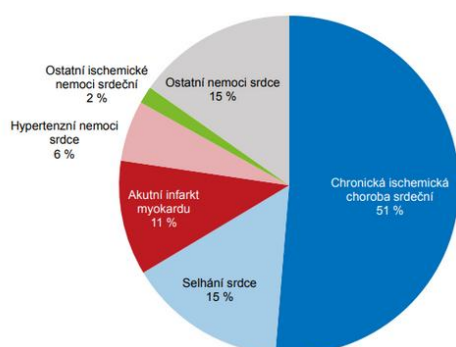
1. Nemoci srdce
2. Zhoubné novotvary

3. Cévní nemoci mozku
4. Cukrovka
5. Nehody
6. Chřipka a zánět plic
7. Alzheimer a jiné demence
8. Chronické nemoci dolní části dýchacího ústrojí
9. Chronické onemocnění jater a cirhóza jater
10. Ateroskleróza

1. Nemoci srdce

Srdeční onemocnění bylo příčinou smrti téměř třetiny zemřelých. Stejně tak tomu bylo i před 10 lety. Podíl zemřelých na nemoci srdce se lehce snížil až v posledních pěti letech. Polovina z těchto úmrtí byla způsobena chronickou ischemickou chorobou srdeční. Srdeční selhání lékaři často uvádějí jako příčinu smrti, ve skutečnosti ale část těchto úmrtí patří ischemické chorobě srdeční.

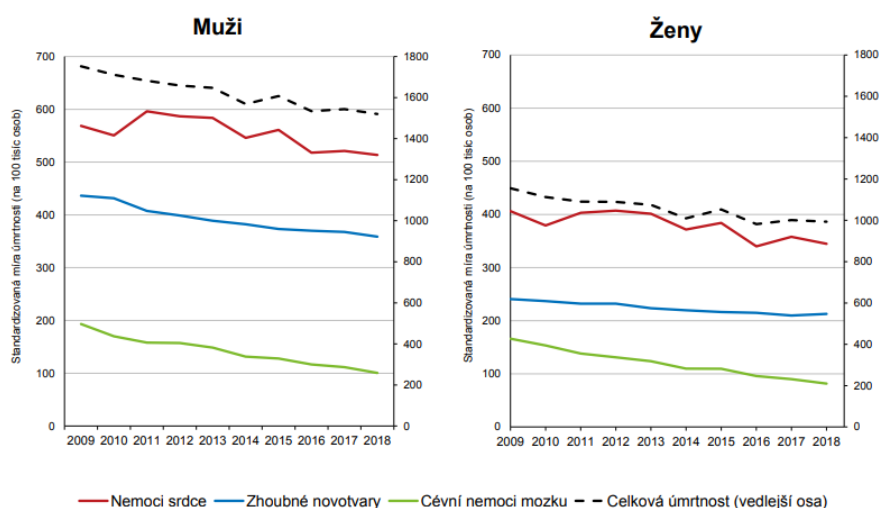
Graf 1 Příčiny úmrtí v ČR



2. Zhoubné novotvary

Zhoubný nádor loni zapříčinil každou čtvrtou smrt. Nejčastěji se vyskytoval ve formě **nádoru plic**, a to u mužů i u žen. V minulosti to ale podle údajů ČSÚ bylo jinak. V letech 2009 až 2011 byla nejčastější příčinou smrti ze zhoubných nádorů rakovina prsu. Mírně klesající trend je také u zhoubných novotvarů tlustého střeva a konečníku. Zatímco u mužů byl loni na druhém místě právě **nádor tlustého střeva a konečníku**, u žen se umístil až na třetím místě za **nádorem prsu**. U obou pohlaví byla nádory často postihnuta slinivka břišní, u mužů pak také prostata. Stejně jako u srdečních onemocnění a cévních nemocí mozku i úmrtí zapříčiněných zhoubnými novotvary za posledních 10 let ubývá.

Graf 2 Zhoubné novotvary ženy/muži



3. Cévní nemoci mozku

Na cévní onemocnění mozku loni zemřelo téměř 8 000 lidí, což je víc než 7 % ze všech zemřelých. Přestože se v pořadí tato příčina umístila stejně jako před 5 i 10 lety, její četnost klesá. Mezi roky 2009 až 2018 došlo k relativně velkému poklesu, kdy se jejich počet snížil o polovinu.

Tabulka 2 Pokles COM

	2009	%
1. Nemoci srdce	31,3	
2. Zhoubné novotvary	25,8	
3. Cévní nemoci mozku (COM)	11,3	
4. Ateroskleróza*	5,5	
5. Nehody	3,7	
6. Chřipka a zánět plic	3,1	
7. Chronické nemoci dolní části dých. ústrojí	2,3	
8. Diabetes mellitus*	1,8	
9. Chronické onemocnění jater a cirhóza jater	1,8	
10. Sebevraždy	1,4	

	2014	%
1. Nemoci srdce	33,3	
2. Zhoubné novotvary	25,6	
3. Cévní nemoci mozku (COM)	8,9	
4. Nehody	3,6	
5. Diabetes mellitus*	3,3	
6. Chronické nemoci dolní části dých. ústrojí	3,0	
7. Alzheimerova nemoc a jiné demence*	2,3	
8. Chřipka a zánět plic	2,2	
9. Chronické onemocnění jater a cirhóza jater	1,8	
10. Ateroskleróza*	1,5	

	2018	%
1. Nemoci srdce	32,3	
2. Zhoubné novotvary	24,5	
3. Cévní nemoci mozku (COM)	7,1	
4. Diabetes mellitus*	3,8	
5. Nehody	3,4	
6. Chřipka a zánět plic	3,3	
7. Alzheimerova nemoc a jiné demence*	3,2	
8. Chronické nemoci dolní části dýchacího ústrojí	3,1	
9. Chronické onemocnění jater a cirhóza jater	1,8	
10. Ateroskleróza*	1,4	

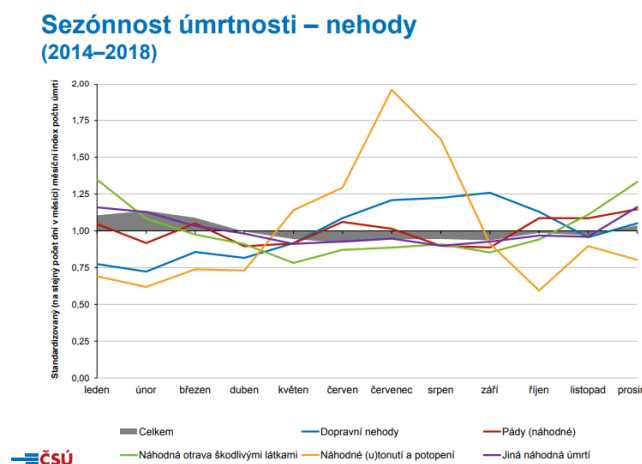
4. Cukrovka

Na diabetes mellitus zemřelo přes 4000 lidí, přičemž **více bylo žen. Četnost této příčiny úmrtí za poslední roky vzrostla.** Zatímco před 10 lety se umístila až na osmém místě a tvořila necelá 2 % všech úmrtí, v roce 2018 už byla s téměř 4 % na čtvrtém místě.

5. Nehody

Stejně jako před 10 lety, i v roce 2018 byly nehody pátou nejčastější příčinou smrti. Na rozdíl od jiných příčin ale **kvůli nehodám umřelo výrazně více mužů.** V případě náhodných úmrtí se vyskytuje dvojnásobně vysoká úmrtnost mužů oproti ženám. Úplně nejvyšší nadúmrtnost pak byla v roce 2018 u **sebevražd**, kde byla míra úmrtnosti u mužů pětikrát vyšší.

Graf 3 Nehody



6. Chřipka a zánět plic

Na zánět plic a chřipku zemřelo v roce 2018 asi 3 700 lidí, což je více než 3 % všech mrtvých. Nejvíc těchto úmrtí bylo v zimě, v únoru dokonce o 48 % víc, než byl průměr. **U svobodných žen se jedná u nejčastější příčinu smrti.** Výrazně častější, než u jiných věkových kategorií, je tato příčina také u mužů a žen ve věku 1 až 9 let.

7. Alzheimer a jiné demence

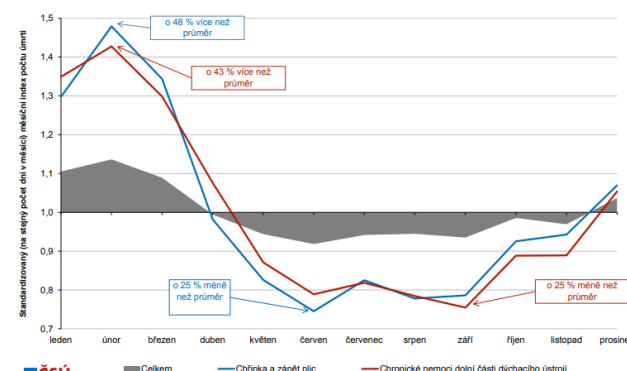
Přes 3 500 lidí zemřelo na Alzheimerovu nemoc nebo jiné demence. Výrazně více bylo žen, u kterých tato příčina tvořila více než 4 % a umístila se na čtvrtém místě. U mužů byla naopak s více než 2 % až na osmém místě.

Graf 4 Nemoci DDC

8. Chronické nemoci dolní části dýchacího ústrojí

Chronické nemoci dolní části dýchacího ústrojí zapříčinily v loňském roce přes 3 % úmrtí. Výrazně víc jich bylo v zimních měsících, nejméně pak v září, kdy byla četnost této příčiny o 25 % nižší než průměr.

Sezónnost úmrtnosti některé nemoci dolní části dýchacího ústrojí (2014–2018)



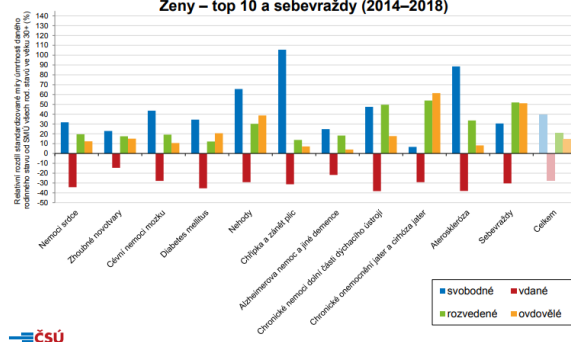
9. Chronické onemocnění jater a cirhóza jater

Necelá 2 % smrtí zapříčinila chronická onemocnění jater a cirhóza jater. Výrazně více se tato příčina vyskytovala u mužů, kde byla s 2,4 % na osmém místě, naopak u žen se tato onemocnění nevešla ani do první desítky. Častější, než u jiných kategorií byla onemocnění u lidí ve věku 35 až 54 let. U mužů pak byly jaterní nemoci nejčastější u rozvedených, naopak nejméně jich bylo u ženatých. **Sňatkem si muži můžou nejspíše snížit pravděpodobnost úmrtí na chronické onemocnění jater a cirhózu jater.** Intenzita úmrtnosti ženatých je v porovnání s ostatními rodinnými stavy nejnižší.

Graf 5 Nemoci jater

Na chronické nemoci jater a cirhózu jater jsou nejhorší úmrtnostní podmínky u ovdovělých

Ženy – top 10 a sebevraždy (2014–2018)

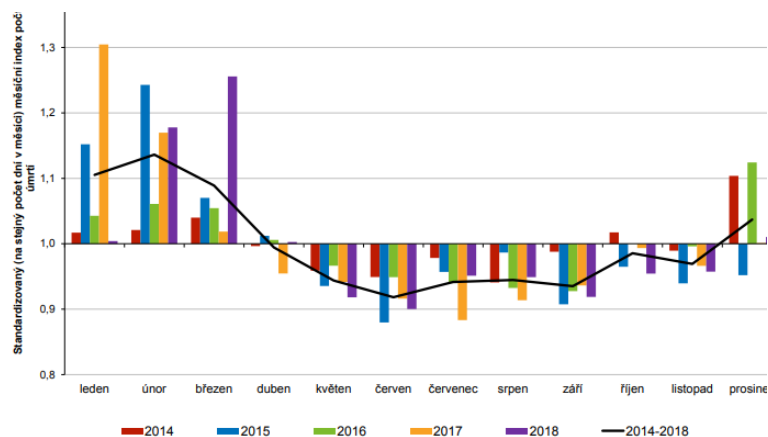


10. Ateroskleróza

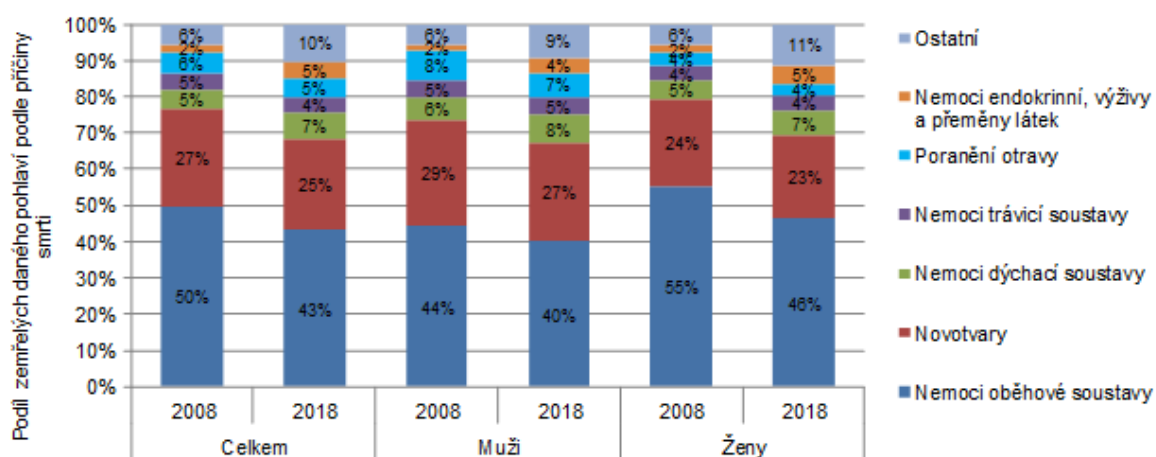
Na posledním místě se umístila ateroskleróza. Zemřelo na ni asi 1 600 lidí a nejčastější byla tato příčina u svobodných mužů a žen. U aterosklerózy byla úmrtnost svobodných žen o 89 % vyšší

než u celkové ženské populace. Celkově bylo za posledních 5 let nejvíc úmrtí v únoru. Umíralo kolem deseti a půl tisíc osob, což bylo o čtrnáct procent více, než je průměr. Měsícem, který byl úmrtími zatížen nejméně, byl v posledních pěti letech červen, kdy umíralo asi osm a půl tisíce osob.

Graf 6 Ateroskleróza



Graf 7 Zemřelí podle pohlaví a příčiny smrti, srovnání 2008 a 2018, v kostce



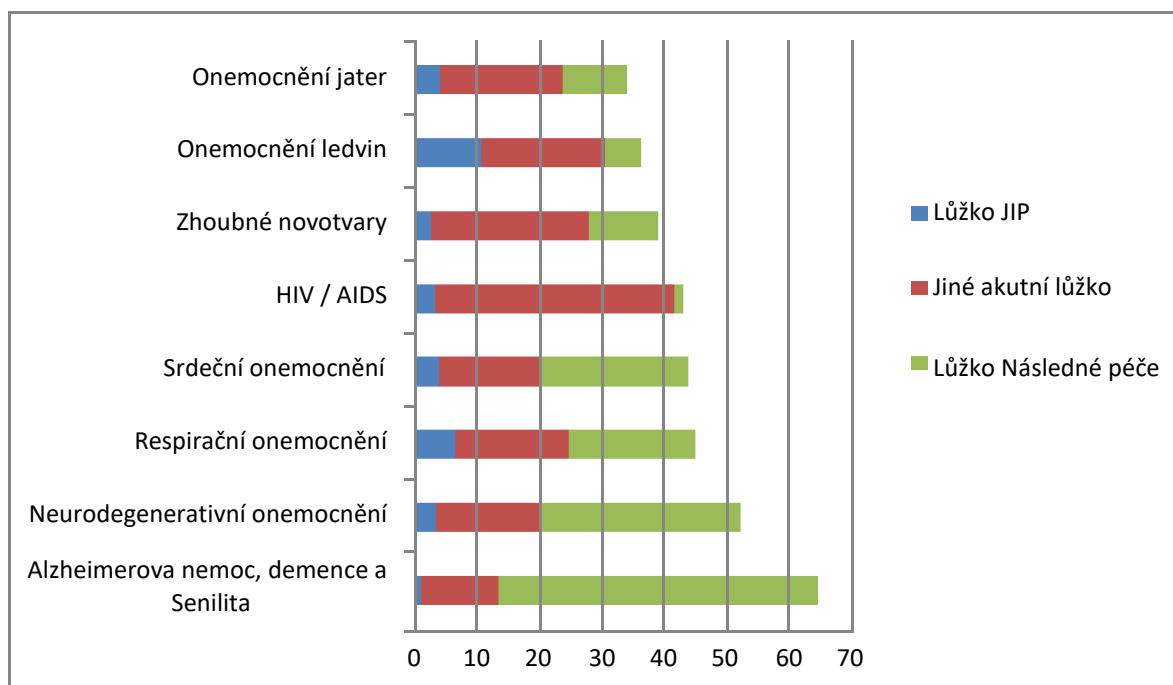
2.5 Pacienti s potřebou paliativní péče v českém zdravotním a sociálním systému

Pacienti s potřebou paliativní péče se vyskytují ve všech segmentech zdravotního a sociálního systému: ve vlastním (domácím) i náhradním sociálním prostředí, v ambulantní péči, v lůžkových

zařízeních akutní, následné i dlouhodobé péče. V závěru života jsou velmi časté přesuny pacientů mezi jednotlivými zařízeními a segmenty. Časté jsou opakované a dlouhodobé hospitalizace a zdravotní převozy (viz graf č. 9). Většina onkologických i neonkologických pacientů nakonec umírá v lůžkových zdravotnických zařízeních akutní péče (viz tab. 3).³

Z uvedených grafů je patrné, že problematika dostupnosti kvalitní paliativní péče zdaleka přesahuje otázku dostupnosti lůžkové hospicové péče (v lůžkových hospicích nastává 2,9 % z celkového počtu úmrtí – data za rok 2018). Většina pacientů s chronickým onemocněním, kteří v posledním roce života potřebují paliativní péči, je v péči praktických lékařů, ambulantních specialistů a lékařů a sester lůžkových zařízení akutní a následné péče.

Graf 8 Hospitalizační historie v posledním roce života podle diagnóz (průměrný počet hospitalizačních dnů)



³ KABELKA Ladislav, LOUČKA Martin, SLÁMA Ondřej, *Paliativní péče v České republice, Situační analýza 2016*, České společenost paliativní medicíny ČLS JEP

V roce 2018 došlo ke 2/3 všech úmrtí v nemocnici či léčebném ústavu:

Tabulka 3 Zemřelí podle místa úmrtí

Místo úmrtí v roce 2018	Počet lidí	Procenta
Nemocnice	44 168	39,1 %
Fakultní nemocnice	9316	8,3 %
Doma, v zařízení sociálních služeb	34 555	30,6 %
LDN	7424	6,6 %
Na ulici, při převozu	2269	2,0 %
Nemocnice následné péče	2981	2,6 %
Hospic	3328	2,9 %
Psychiatrická léčebna	1234	1,1 %
Ostatní zdravotní zařízení	4517	4,0 %
Jiné	3128	2,8 %

- V ČR potřebuje každoročně paliativní péči více než 70 000 pacientů.
- 75 % pacientů bylo v posledních 3 měsících života alespoň jednou hospitalizováno.
- 14 % pacientů (cca 15 000 pacientů) mělo 3 a více hospitalizací.
- Většina chronicky nemocných pacientů umírá na lůžkách akutní nebo následné péče (63 % onkologických a 70 % neonkologických).
- Významná část těchto hospitalizací je kvůli komplikacím a očekávatelné progresi chronických onemocnění.
- Významné části těchto hospitalizací by bylo možné předejít při lepším plánování a organizaci péče.⁴

⁴ KABELKA Ladislav, LOUČKA Martin, SLÁMA Ondřej, *Paliativní péče v České republice, Situační analýza 2016*, České společnost paliativní medicíny ČLS JEP

V lůžkových zdravotnických zařízeních v ČR v současné době neprobíhá systematický sběr dat o kvalitě paliativní péče. Svědectví pacientů a jejich rodin (pozůstalých) naznačují, že není u významné části pacientů adekvátně mírněna bolest a další symptomy nádorové nemoci, chybí podpůrná komunikace o prognóze a plánu péče, chybí psychologická a sociální a spirituální podpora pacientů a jejich rodin. V řadě zdravotnických zařízení jsou vážnou překážkou dobré paliativní péče nedostatečné vybavení pomůckami, absence soukromí na vícelůžkových pokojích a chybění zázemí pro rodiny a pacientovy blízké.

Nemocnice akutní a následné péče nemají (až na zcela ojedinělé výjimky) zpracované standardy paliativní péče ani řídicí dokumenty, které by upravovaly způsob rozhodování a klinického řešení na významných „křižovatkách“ v trajektorii chronických onemocněních. Pokud je tematika paliativní péče na úrovni lůžkového zdravotnického zařízení řešena standardem, týká se prakticky výhradně péče o bezprostředně umírajícího pacienta (poslední dny a hodiny života).

Nepracuje se (až na zcela ojedinělé výjimky) s individuálním plánem paliativní péče ani ostatními pomocnými nástroji (např. dříve vysloveným přáním).

Kvalita paliativní péče o chronicky nevléčitelně nemocného pacienta závisí na řadě náhodných proměnných (např. typ zařízení, konkrétní oddělení, motivace a dovednosti ošetřujícího lékaře a sester). Paliativní péče na náležité odborné úrovni („lege artis“) není v lůžkových zdravotnických zařízeních obecně dostupnou a garantovanou zdravotní a sociální službou.⁵

2.6 Dostupnost specializované paliativní péče celkově v ČR versus Pardubický kraj

V České republice

jsou k 1. 1. 2021 dostupné následující organizační formy poskytovatelů specializované paliativní péče:

- **ambulance paliativní medicíny:** 31 ambulancí paliativní medicíny - **v Pardubickém kraji není žádná.**
- **mobilní specializovaná paliativní péče** (paliativní péče ve vlastním nebo náhradním sociálním prostředí pacienta): dle veřejně dostupných informací jde o 71 mobilních poskytovatelů,

⁵ KABELKA Ladislav, LOUČKA Martin, SLÁMA Ondřej, *Paliativní péče v České republice, Situační analýza 2016*, České společnost paliativní medicíny ČLS JEP

z toho **6 v Pardubickém kraji**. Při absenci obecně akceptovaných standardů je ale obtížné stanovit přesný počet poskytovatelů.

- **lůžkové zařízení hospicového typu:** 19 lůžkových zařízení s reálnou kapacitou cca 500 lůžek. **V Pardubickém kraji se jedná o jedno zařízení** – Hospic Chrudim s 32 lůžky.
- **oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení:** 4 oddělení nemocniční paliativní péče. Některé další nemocnice na svých stránkách popisují, že poskytují paliativní péči. Ale těžko stanovit, zda jde o specializovanou paliativní péči, pokud nepoužívají standardy ČSPM. **V Pardubickém kraji není samostatná stanice paliativní péče** – pouze ve Svitavské nemocnici je součástí oddělení LDN poskytování i paliativní péče.
- dále jsou k dispozici konziliární, tzv. paliativní týmy v rámci několika málo nemocnic. Podle dostupných informací **v Pardubickém kraji není vytvořen paliativní tým**.

V hospicích je z veřejného zdravotního pojištění hrazený ošetrovací den 0030 (zvláštní zdravotnické zařízení hospicové typu). Regionální distribuce hospiců je velmi nerovnoměrné (od 0 do 5 lůžek na 100 000 obyvatel v jednotlivých krajích). Lůžkové hospice v ČR pečují převážně o onkologické pacienty (onkologičtí pacienti 92 %, neonkologičtí 8 %). Pacienti jsou do lůžkových hospiců přijímáni ve velmi pokročilých stádiích onemocnění. Většina pacientů přijatých do hospice zde umírá. Průměrná délka pobytu v hospici je 23,4 dne, medián 10 dní (50 % pacientů přijatých do hospice zemře do 10 dnů od přijetí). V hospicích umírá ročně 2700 pacientů (2,6 % všech úmrtí). Z celkového počtu pacientů s chronickými onemocněními, kteří potřebují v závěru života paliativní péči, v hospici umírá pouze 3,8 % pacientů. Ze všech úmrtí na onkologické onemocnění v hospici umírá 9,2 % pacientů. Přes své nesporné zásluhy při prosazování myšlenky komplexní paliativní péče a její příkladné poskytování, představují hospice díky své kapacitě a regionální distribuci dostupný model péče pouze pro 3,8 % pacientů, kteří paliativní péči potřebují. Existence jednoho nebo dvou lůžkových hospiců v určitém kraji zdaleka nesaturuje potřebu lůžkové paliativní péče v daném regionu.⁶

⁶ KABELKA Ladislav, LOUČKA Martin, SLÁMA Ondřej, *Paliativní péče v České republice, Situační analýza 2016*, České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP

V Pardubickém kraji každoročně zemře 5000-5700 osob (tento počet se meziročně významně nemění). **Potřebu paliativní péče lze** podle obecně uznávaných metodik kalkulace potřeby paliativní péče na úrovni populace **předpokládat**⁷ u 60 % z tohoto počtu, tedy cca **u 3200 pacientů**. Potřeba paliativní péče je v závěru života potřebná prakticky u 100 % onkologických pacientů a cca u 50 % osob, které umírají na jiné neonkologické základní onemocnění.

3 ZAPOJENÍ ALBERTINA DO ROZVOJE PALIATIVNÍ PÉČE

V současné době je v nemocnici někdy hospitalizován pacient, který by profitoval z paliativního přístupu, není však včasné identifikován. Jeho stav je někdy ne zcela dokonale posouzen, je někdy ne zcela adekvátně léčen, často ne zcela dostatečně vyřešena bolest, a není dostatečný prostor na řešení dalších potíží, fyzických, psychosociálních i spirituálních, které mohou pacienta a jeho blízké trápit.

Pokud je stav pacienta vyhodnocen jako terminální, chybí v dokumentaci jasný zápis o statutu DNR (neresuscitovat), či další plán paliativní péče. Aktivní spolupráce s rodinami pacientů často není dostatečná. Na komunikaci s pacienty a jejich rodinami v rámci pracovní doby lékaře není dostatek času, často nejsou k dispozici prostory, kde by bylo vhodné o citlivých otázkách týkajících se blížícího se konce života hovořit. Mluvit o tak citlivém tématu v pokoji se dvěma dalšími pacienty, na chodbě, či v malém prostoru v sesterně s kolegou za zády, je nevyhovující a nedůstojné.

Pacient nemá mnohdy dostatečný prostor podílet se vědomě na průběhu závěrečné fáze svého života, prožít toto období pokojně a dle svých přání a vlastních potřeb.

Většina chronicky nemocných pacientů umírá na lůžkách akutní nebo následné péče. Díky fungování PALIATIVNÍ STANICE u nás v Albertinu, by bylo možné zajistit důstojné umírání aspoň části pacientů.

⁷ Murtagh, Fliss EM, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. Palliat Med. 2014;28: 49–58.

3.1 Přínos paliativní péče v Albertinu z pohledu paliatra

„Od roku 2013 se aktivně věnuji domácí hospicové péči na Orlickoústecku a jsem vedoucím lékařem zdejšího Domácího hospice Alfa-Omega.

Myšlenka založení lůžkového oddělení paliativní péče je velice potřebná pro náš region, neboť zde ve východní části Pardubického kraje paliativní lůžka pro pacienty dostupná nejsou. Nejbližší lůžková hospicová zařízení jsou v Chrudimi (vzdálené přes 55 km) nebo Červeném Kostelci (vzdáleném přes 70 km). Tato zařízení jsou kapacitně vytížena a zřízení paliativních lůžek zde na území bývalého okresu Ústí nad Orlicí by bylo velkou výhodou pro naše pacienty.

Současně bych jako prospěšnou viděl případnou spolupráci mezi jednotlivými odděleními Orlickoústecké nemocnice, kde jsou paliativní pacienti hospitalizováni na akutních lůžkách. Případným překladem paliativního pacienta by došlo k uvolnění akutního lůžka pro další pacienty, kteří jsou na akutní lůžka indikováni. Překládaný pacient samozřejmě tímto získá velkou výhodu ve specializované multidisciplinární péči na daném oddělení, která mu bude poskytnuta na nejvyšší možné úrovni.

Další možnou výhodou bych viděl ve spolupráci zdejšího mobilního hospice a Vaším paliativním oddělením, kde by mohlo docházet ke vzájemnému vypomáhání si v péči o společné pacienty. Pokud např. pečující nebude dále schopen poskytovat péči svému bližnímu a nebude tak možné domácí hospicovou péči poskytovat v bydlišti nemocného, může být tento doporučen k překladu na Vaše paliativní lůžka. Identickou optikou bych viděl možnost překladu paliativního pacienta do domácího hospice, bude-li si to pacient a jeho rodina přát.

Myšlenku zřízení paliativních lůžek vidím jako velmi odvážnou i s ohledem na soudobou COVIDovou situaci, současně ji ale hodnotím jako velmi potřebnou, a to nejen v krátkodobém ale i dlouhodobém horizontu, neboť zde dle mého je veliký dluh vůči těmto paliativním pacientům, kteří z této péče jistě profitují a profitovat i v budoucnu budou.

Přeji mnoho zdaru v realizaci této myšlenky a osobně doufám, že se dobré dílo podaří!“

MUDr. David Špinler, Internista, kardiolog, paliatr, **Nemocnice Pardubického kraje, a. s.**

3.2 Přínos paliativní péče v Albertinu z pohledu pneumologa

„S ohledem na profil našeho oddělení (následná péče, ale i komplexní diferenciální diagnostika a léčba plicních nemocí) je v současné epidemiologické situaci vyvíjen na naše oddělení obrovský tlak. Plicních lůžek je nedostatek. Pacienti po COVID-19, zejména senioři s komorbiditami, potřebují

dlouhodobou oxygenoterapii, případně trpí následky, které již nejsou řešitelné a potřebují terminální péči. Stejně tak však bohužel nebylo nemocných s tuberkulózou či jinými infekčními nemocemi, kdy je třeba specializovaná pneumologická péče a izolační režimy. Bohužel, přibývá taky zanedbaných plicních či mimoplicních malignit, které přicházejí již v terminálních stádiích. Nemluvě o pokročilých stádiích CHOPN, astmatu, intersticiálních plicních procesů a řady dalších nemocí, kterých společným příznakem jsou projevy dechové tísně.

Dechová tíseň je nejhůře vnímaným subjektivním pocitem, mnohem horším než bolest. Pacienti jsou vyděšení, pociťují přímé ohrožení života. Takovýto pacient potřebuje individualizovaný léčebný přístup nejenom ke zmírnění fyzických potíží - farmakologické ovlivnění je jen částečným řešením. Velmi významnou roli v tomto případě hraje psychosociální pomoc, kontakt a blízkost milovaných osob a klidné, „domácí“ prostředí. Snahou pneumologa je v takovém případě vše výše uvedené zajistit, a když už nejde onemocnění vyléčit, tak alespoň zvýšit kvalitu života pacienta.

Bohužel, právě s ohledem na profil našeho oddělení není z provozních důvodů (rychlé střídání pacientů, četná vyšetření) či epidemiologických důvodů (různá hygienická omezení a bariérové režimy) možné zajistit klid, rychlou psychosociální pomoc při akutní potřebě, dlouhé či četné návštěvy blízkých, a i prostředí je přizpůsobeno účelnosti - je nemocniční, což taky prokazatelně přispívá k pocitu úzkosti.

Cílem oddělení paliativní péče by bylo poskytnout pacientům s dušností úlevu a důstojný odchod v příjemném klidném prostředí, bezpečném a neinfekčním, upraveném víc domáctěji, s možností přijímat návštěvy blízkých a zároveň s možností popovídat si s odborníky (psychiatr, psycholog, pomocný personál), s individualizovanou léčbou, kterou by vedl odborník v paliativní medicíně právě ve spolupráci s pneumology.

Návaznost na pneumologii by taky umožňovala podle potřeby provedení odlehčovací pleurální punkce, toaletu dýchacích cest (nebulizátory, asistent kašle, odsávání, i bronchoskopie), případně léčbu přidružených infekcí.

Plicnímu oddělení by se zase uvolnil prostor pro léčbu akutních stavů a diferenciatně-diagnostické procesy, kterých v této epidemiologické situaci přibývá a lze předpokládat, že následky epidemie COVID-19 budou přetrvávat ještě dlouho.

Zřízení odd. paliativní péče v Albertinu by tudíž bylo z našeho pohledu opravdu velmi vítaným krokem.“

MUDr. Mária Michalovičová, primářka oddělení pneumologie a ftizeologie, Albertinum, OLÚ, Žamberk

3.3 Hlavní účel a předmět činnosti Albertina

Albertinum, odborný léčebný ústav, Žamberk (dále OLÚ), příspěvková organizace Pardubického kraje zabezpečuje činnosti dle zřizovací listiny. OLÚ je poskytovatelem zdravotních služeb zajišťujícím služby obecného hospodářského zájmu (SOHZ) dle Rozhodnutí Komise ze dne 20. prosince 2011 o použití článku 106 odst. 2 Smlouvy o fungování Evropské unie na státní podporu ve formě vyrovnávací platby za závazek veřejné služby poskytované určitým podnikům pověřeným poskytováním služeb obecného hospodářského zájmu 2012/21/EU – v hlavním předmětu činnosti podrobně vymezenou komplexní a nedělitelnou léčebně preventivní péči osobám s poruchami zdraví, které mají převážně vleklý průběh a potřebují zvláštní odbornou péči s výrazným rehabilitačním zaměřením. OLÚ dále na základě pověření zřizovatele zajišťuje pobytovou sociální službu poskytovanou ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče.

OLÚ dále poskytuje na základě pověření Pardubického kraje č.j. KrÚ 3961/2019 k zajištění dostupnosti poskytování sociální služby zařazením do Sítě sociálních služeb Pardubického kraje a k poskytování sociálních služeb jako služeb obecného hospodářského zájmu sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.

Hlavním předmětem činnosti OLÚ je pak dle zřizovací listiny poskytování komplexní a nedělitelné ambulantní a lůžkové specializované diagnostické a léčebné péče, jejíž součástí jsou i nezbytná preventivní opatření, a to zejména při ústavní léčbě plicní tuberkulózy a respiračních nemocí v akutní i neakutní formě, při zajišťování psychiatrické ambulantní a následné a dlouhodobé lůžkové nemocniční péče a při léčbě dlouhodobě nemocných a geriatrických pacientů na lůžkách následné péče, včetně služeb komplementu a přepravy nemocných v jednosměnném provozu vlastní zdravotní dopravní službou.

OLÚ disponovalo k 31. 12. 2020 celkem 212 lůžky pro hospitalizované pacienty a klienty sociálních služeb. Z toho 86 lůžek bylo k dispozici na oddělení pneumologie a ftizeologie, 36 lůžek na psychiatrickém oddělení, 70 lůžek na oddělení následné a dlouhodobé lůžkové péče (LDN) a 20 lůžek pro poskytování sociálních služeb.

Ambulantní péče byla poskytována v oborech pneumologie a ftizeologie, alergologie a klinická imunologie, ORL a chirurgie hlavy a krku, psychiatrie, fyzioterapie, ambulance klinického psychologa a logopeda, všeobecné praktické lékařství, pracovně lékařské služby.

Komplementární služby byly zajišťovány na vlastním RDG pracovišti a laboratorní služby dodavatelsky NPK a.s. v našem ZZ na základě nájemní smlouvy. Zdravotnické dopravní službu zajišťujeme pro vlastní potřeby sami.

3.4 Statistika a příčiny úmrtí Albertinum 2018

Tabulka 4 Statistika 2018

Albertinum					Obloženost v %		Počet volných lůžek			Lůžková kapacita	
		Příchod	Odchod	Zemřelí	175	156	175	156	Ošetř.dny	175	192
leden	31	156	117	15	90,99	82,93	8	25	4936	5425	5952
únor	28	117	98	16	95,71	87,24	5	22	4690	4900	5376
březen	31	143	123	15	97,81	89,15	6	17	5306	5425	5952
I.čtvrtletí		416	338	46	94,81	86,41	19	64	14932	15750	17280
duben	30	121	119	8	97,16	88,56	8	25	5101	5250	5760
květen	31	123	115	14	96,66	88,10	16	33	5244	5425	5952
červen	30	152	134	11	97,14	88,54	5	22	5100	5250	5760
I.pololetí		812	706	79	95,90	87,41	48	144	30377	31675	34752
červenec	31	129	119	10	95,41	86,96	5	22	5176	5425	5952
srpen	31	133	134	10	95,48	87,03	16	33	5180	5425	5952
září	30	127	114	13	92,38	84,20	16	33	4850	5250	5760
III.čtvrtletí		1201	1073	112	95,41	86,96	85	232	45583	47775	52416
říjen	31	160	144	9	93,00	84,76	9	26	5045	5425	5952
listopad	30	152	137	18	92,72	84,51	12	29	4868	5250	5760
prosinec	31	135	152	11	91,66	78,57	40	57	4582	5425	5952
za rok		1648	1506	150	94,06	85,73	146	344	60078	63875	70080

Z tabulky lze vyčíst, že v Albertinu zemřelo za rok 2018 **150 lidí** (tento počet se meziročně významně nemění (2017 – 163 pacientů, 2016 – 150 pacientů)).

Tabulka 5 Příčiny úmrtí v Albertinu

Příčina úmrtí	LDN	PLICNÍ	Absolutní četnost	Relativní četnost
Srdeční selhání	24	9	33	22 %
Ateroskleróza	1	0	1	
Infekce močového měchýře	7	1	8	
Imobilizační syndrom	3	0	3	
Pneumonie a jiné infekce dolní části respiračního systému	8	18	26	17 %
Chronická obstrukční pulmonální nemoc	0	18	18	12 %
Respirační selhání	1	3	4	
Onkologické onemocnění	9	28	37	25 %
Mozkový infarkt a jiné degenerativní nemoci NS	12	3	15	10 %
Selhání jater	2	0	2	
Selhání ledvin	1	0	1	
Sepse	2	0	2	
Celkem	70	80	150	

V Albertinu je nejvyšší počet úmrtí na onkologické onemocnění (25 %), následuje srdeční selhání (22 %), pneumonie a jiné infekce DDC (17 %), CHOPN (12 %) a poslední větší skupinou je příčinou úmrtí mozkový infarkt a jiné degenerativní nemoci NS (10 %).

3.5 Materiálně-technické vybavení pro paliativní stanici

- jednolůžkové, případně dvoulůžkové pokoje s vlastním sociálním zařízením,
- moderní polohovací lůžko s antidekubitní matrací,
- televizor a wifi připojení,
- pohodlná křesla pro doprovázející,
- zázemí pro doprovázející osoby s posezením a možností občerstvení, společenská místnost,
- rozlučková místnost,
- zázemí pro ošetrovatelský personál včetně ambulance pro menší zákroky (např. punkce maligních výpotků – pro ulehčení dušnosti, apod.),
- individuální výběr stravy pro pacienty, nutriční přípravky,
- inkontinentní pomůcky a další.

3.6 Personální kapacita pro paliativní stanici

Tabulka popisuje minimální požadavek. Třeba je počítat minimálně s navýšením pracovníků ZPOD.

Tabulka 6 Minimální personální kapacita pro 20 lůžek

počet lůžek: 20			
celkový úvazek	úvazek v hod.		
0,163	6,53	L3	<i>lékař se specializovanou způsobilostí v oboru, který má základní kmen interní, chirurgický, urologický, neurologický, ortopedický, anesteziologický, všeobecné praktické lékařství, otorinolaryngologický, oftalmologický, lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v oboru paliativní medicína nebo v oboru medicína dlouhodobé péče, nebo algeziolog</i>
1,225	48,99	L1	<i>lékař s odbornou způsobilostí</i>
0,697	27,87	ZPBD se spec.	<i>všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí bez odborného dohledu</i>
5,921	236,86	ZPBD+ZPOD	<i>všeobecná sestra bez odborného dohledu a všeobecná sestra nebo praktická sestra</i>
2,787	111,46	ZPOD bez mat.	<i>sanitář nebo ošetřovatel</i>
dostupnost			<i>klinický psycholog</i>
dostupnost			<i>nutriční terapeut</i>

3.7 Finanční zajištění

- z veřejného zdravotního pojištění
- příspěvek na péči
- poplatek za lůžko a den: 300 Kč (pokud má pac. příspěvek na péči, tak 250 Kč)

3.8 Vize a strategie Alberta

Albertinum splní požadavky a standardy specializované paliativní péče tím, že popíše principy a postupy při doprovázení umírajících v jednotlivých standardech, které budou obsahovat minimálně:

- postup při plánování péče,
- péče o tělesný stav a potřeby,
- psychologická složka péče,
- sociální složka péče,
- spirituální péče,

- etické, právní a kulturní aspekty péče,
- procesní standardy v paliativní péči,
- personální standardy včetně vzdělávání zaměstnanců,
- materiálně-technické vybavení.

Vize:

- dostupnost specializované paliativní péče pro každého nevléčitelně nemocného pacienta,
- zajištění adekvátní psychologické a sociální podpory pro rodinu a osoby blízké,
- zajištění, aby každý člověk si mohl zvolit, kde chce zemřít, a pokud to nejde v domácím prostředí, zajistit důstojné umírání v nemocnici.

4 SHRNUÍ SOUTČASNÉHO STAVU V PARDUBICKÉM KRAJI

Podle definice Světové zdravotnické organizace je paliativní péče „*aktivní péče o pacienty trpící onemocněním, proti kterému nelze účinně uplatnit žádnou léčebnou proceduru. Jde především o potlačení bolesti a dalších symptomů a řešení problémů psychologického, sociálního a duchovního charakteru. Cílem paliativní péče je zajistit pacientům a jejich rodinám nejvyšší možnou kvalitu života. Paliativní péči lze uplatnit také v kombinaci s metodami zaměřenými na léčbu rakoviny u pacientů, kteří nejsou v terminálním stádiu.*“⁸ Subjektivní rozměr života zohlednila WHO ve své definici zdraví již v roce 1948: „*Zdraví není pouhou nepřítomností nemoci, nýbrž stavem celkové fyzické, duševní a sociální spokojenosti (well-being).*“⁹

V roce 2018 došlo ke 2/3 všech úmrtí v nemocnici či léčebném ústavu (tento počet se meziročně významně nemění). V hospicích umírá ročně 2700 pacientů (2,6 % všech úmrtí) – data z roku 2016. Přitom potřebu paliativní péče potřebuje přes 70 000 lidí.

Téma umírání je přes jistý posun stále do značné míry společensky tabuizované a v tomto kontextu je velmi těžké zjišťovat a kvantifikovat potřebu adekvátních služeb. S ohledem na absenci komplexní právní úpravy a tomu odpovídajícího finančního zajištění, je úroveň péče a podpory při umírání do značné míry závislá na aktivitě samotných poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb a jejich personálních a materiálních podmínkách a možnostech finančního i režimového zajištění vhodného, kvalitního a systematického vzdělávání.

Z průzkumů veřejného mínění v ČR, stejně jako ze zahraničních výzkumů vyplývá, že téměř 80% populace by si přálo v případě nevléčitelného onemocnění zemřít doma. Péče o umírající pacienty může být náročná, fyzicky a psychicky vyčerpávající. Každá rodina tuto situaci nemusí zvládat. Zde by pak měla nastoupit kvalitní specializovaná paliativní péče v nemocnici.

V Pardubickém kraji je jedno zařízení – Hospic Chrudim se 32 lůžky. Chybí paliativní týmy v nemocnicích. Jsou pouze dostupné mobilní týmy, které uspokojí potřebu paliativní péče v domácím prostředí. Výše zjištěné informace nemohou saturovat potřebu paliativní péče v celém kraji.

⁸ Cancer Pain Relief and Palliative Care*. Technical Report. Series 804. Geneva: World Health Organization, 1990.

⁹ The Constitution of the World Health Organization*. WHO Chronicle, 1947, str. 29.

5 SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 Síť poskytovatelů paliativní péče	6
Tabulka 2 Pokles COM.....	12
Tabulka 3 Zemřelí podle místa úmrtí	17
Tabulka 4 Statistika 2018.....	24
Tabulka 5 Příčiny úmrtí v Albertinu	25
Tabulka 6 Minimální personální kapacita pro 20 lůžek	26
Graf 1 Příčiny úmrtí v ČR	11
Graf 2 Zhoubné novotvary ženy/muži	12
Graf 3 Nehody	13
Graf 4 Nemoci DDC.....	14
Graf 5 Nemoci jater	14
Graf 6 Ateroskleróza.....	15
Graf 7 Zemřelí podle pohlaví a příčiny smrti, srovnání 2008 a 2018, v kostce	15
Graf 8 Hospitalizační historie v posledním roce života podle diagnóz (průměrný počet hospitalizačních dnů)	16

6 ZDROJE

- *Cancer Pain Relief and Palliative Care*. Technical Report. Series 804. Geneva: World Health Organization, 1990.
- KABELKA Ladislav, LOUČKA Martin, SLÁMA Ondřej, *Paliativní péče v České republice, Situační analýza 2016*, České společnost paliativní medicíny ČLS JEP
- Murtagh, Fliss EM, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ. *How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates*. Palliat Med. 2014.
- SLÁMA Ondřej, ŠPINKA Štěpán, *Koncepce paliativní péče v ČR*, Hospicové občanské sdružení Cesta domů, Praha, 2004. ISBN 80-239-4330-8.
- The Constitution of the World Health Organization. WHO Chronicle, 1947.
- Internetové zdroje: MZČR, WHO, ČSPM, SZÚ
- Výroční zpráva OLÚ Albertinum 2018