

# **PALIATIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE 2016**

## **Situační analýza**

---

**Autoři:**

**MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.**

**MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.**

**PhDr. Martin Loučka, Ph.D.**

**České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP 2016**

---

## Obsah

---

Obsah .....	2
Úvod .....	3
Paliativní péče.....	4
Paliativní péče v mezinárodním kontextu.....	5
Paliativní péče v České republice .....	7
Paliativní péče v lůžkových zařízeních akutní a následné péče .....	12
Ambulantní a domácí paliativní péče .....	13
Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP).....	15
Paliativní péče v domově pro seniory.....	16
Dostupnost specializované paliativní péče v ČR.....	18
Vzdělávání v paliativní péči .....	19
Závěry .....	22

## Úvod

---

Tato situační analýza byla vypracována v rámci přípravy projektu Koncepce rozvoje paliativní péče. Tento společný projekt Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva práce a sociálních věcí a České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP má za cíl podpořit rozvoj obecné a specializované paliativní péče v České Republice.

Základní cíle projektu:

- ve všech segmentech zdravotního a sociálního systému v České republice je každému nevléčitelně nemocnému pacientovi dostupná kvalitní paliativní péče
- každý občan/pacient má reálnou možnost volby prostředí, ve kterém si přeje prožít život s nevléčitelnou chorobou i závěr svého života
- rodinám a blízkým, kteří pečují o nevléčitelně nemocného pacienta, je dostupná adekvátní psychologická a sociální podpora.

# Paliativní péče

---

## Definice WHO

Světová zdravotnická organizace definuje paliativní péči jako „přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení, včasným rozpoznáním a náležitým zhodnocením a léčbou bolesti a dalších problémů fyzických, psychosociálních i duchovních.“<sup>1</sup>

## Definice paliativní péče dle zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách (§5)

Paliativní péče je druhem zdravotní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí.

## Obecná a specializovaná paliativní péče

V souladu s mezinárodními doporučeními rozlišujeme dvě úrovně poskytování paliativní péče: obecnou a specializovanou paliativní péči.

### Obecná paliativní péče

- **Obecnou paliativní péčí** rozumíme dobrou klinickou praxi, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich odborností. Jejím základem je včasné rozpoznání nevléčitelného charakteru onemocnění a identifikace a ovlivňování oblastí, které jsou významné pro kvalitu pacientova života (např. racionální využití kauzálních léčebných postupů, léčba symptomů, empatická komunikace, pomoc při organizačním zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí zdravotní péče).
- Obecnou paliativní péči zajišťují např. praktičtí lékaři společně s agenturami domácí péče, lékaři – specialisté, kteří léčí nevléčitelně nemocné v rámci své odbornosti (nejčastěji jsou to onkologové, internisti, geriatři, neurologové). V rámci obecné paliativní péče mají své místo i služby zajišťující nezdravotnické aspekty paliativní péče – např. sociální poradenství a služby, psychologické poradenství, pastorační péče a práce dobrovolníků
- V případě, že pacienti komplexností anebo závažností svých potřeb přesahují možnosti obecné paliativní péče, měli by jim poskytovatelé této péče umožnit přístup ke specializované paliativní péči.

### Specializovaná paliativní péče

- **Specializovaná paliativní péče** je aktivní péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří absolvovali formální vzdělání v oboru paliativní péče, disponují potřebnými zkušenostmi a erudicí. Poskytují ji zařízení, jejichž hlavní činností je paliativní péče.

Pro zajištění obecné dostupnosti paliativní péče v rámci zdravotního a sociálního systému je nezbytné, aby si obě úrovně služeb vytvořily a zachovaly dostatečné propojení.

---

<sup>1</sup>Světová zdravotnická organizace. National Cancer Control Programmes.Policies and managerial guidelines, 2. vydání, Ženeva: WHO, 2002.

## Paliativní péče v mezinárodním kontextu

Paliativní péče prokázala v globálním kontextu, především v posledních 30 letech, že je nedílnou součástí odpovědného přístupu k demografickým a epidemiologickým výzvám posledních desetiletí, a to nejen z hlediska klinického, ale i zdravotně-ekonomického. Její rozvoj zásadním způsobem podporuje rovnováhu mezi akutní medicínou a návaznou, dlouhodobou a terminální péčí ve všech vyspělých zemích. V mnoha členských státech EU je nárok na dostupnou paliativní péči výslovně zakotven v legislativě; na nadnárodní úrovni naše závazky k nevléčitelně nemocným pacientům shrnuje rezoluce Světové zdravotnické organizace z roku 2014.<sup>2</sup> Česká republika však v rozvoji paliativní péče výrazně zaostává i za některými ekonomicky méně vyspělými evropskými zeměmi.

Paliativní péče v současnosti představuje jeden z nejdynamičtěji se rozvíjejících oborů medicíny. Její význam, odvíjející se od aktuálních epidemiologických a demografických trendů, byl podtržen v několika významných dokumentech. Již v roce 2003 publikoval Výbor ministrů Rady Evropy doporučení Rec (2003)240 *organizaci paliativní péče*<sup>3</sup>, kde ministři doporučují systematickou implementaci paliativní péče do zdravotních systémů členských zemí. V podobně naléhavém znění pak byla v roce 2014 přijata rezoluce o paliativní péči na Valném shromáždění Světové zdravotnické organizace<sup>4</sup>. Argumentace pro hlubší integraci paliativní péče do zdravotních systémů přitom nevyhází pouze ze společenských výzev jako stárnoucí populace nebo nárůst chronických nemocí. Od šedesátých let minulého století, kdy se v Anglii začala moderní paliativní péče rozvíjet, již bylo shromážděno velké množství evidence o tom, že paliativní péče představuje zásadní přínos pro pacienty s nevléčitelnou nemocí a jejich rodiny. Dostupná data ukazují na efektivitu paliativní péče ve smyslu zlepšení kvality života a kontroly symptomů<sup>5,6,7</sup>, u některých skupin pacientů dokonce na prodloužení života<sup>8,9</sup> a také na ekonomickou úspornost pro zdravotní systém<sup>10,11</sup>.

Společenská poptávka společně s vědeckým potvrzením přínosu paliativní péče vedly k tomu, že řada zemí začala tuto oblast řešit na komplexní úrovni. V Rakousku přijala vláda v roce 2004 národní strategii paliativní péče, která byla založena na systémovém rozčlenění zdravotního systému, s důrazem na obecnou i specializovanou paliativní péči (viz obrázek 1).

<sup>2</sup>Rezoluce Světové zdravotnické organizace (WHO) 67.19 Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. Dostupné z [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_les/WHA67/A67\\_R19-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_les/WHA67/A67_R19-en.pdf)

<sup>3</sup>Dostupné z [http://www.eapcnet.eu/Themes/Policy/Europeaninstitutions/CouncilofEurope/COE\\_Recommend.aspx](http://www.eapcnet.eu/Themes/Policy/Europeaninstitutions/CouncilofEurope/COE_Recommend.aspx)

<sup>4</sup>Rezoluce Světové zdravotnické organizace (WHO) 67.19 Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. Dostupné z [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_les/WHA67/A67\\_R19-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_les/WHA67/A67_R19-en.pdf)

<sup>5</sup>Bakitas M, Doyle Lyons K, Hegel MT, et al. (2009). Effects of a Palliative Care Intervention on Clinical Outcomes in Patients With Advanced Cancer The Project ENABLE II Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 302(7), 741-749.

<sup>6</sup>Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, et al. (2014). Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, 383(9930), 1721-1730.

<sup>7</sup>Sidebottom AC, Jorgesnon A, Richards H, et al. (2015). Inpatient Palliative Care for Patients with Acute Heart Failure: Outcomes from a Randomized Trial. *Journal of Palliative Medicine*, 18(2), 134-142.

<sup>8</sup>Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. (2010) Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine*, 363, 733-742.

<sup>9</sup>Higginson IJ, Bausewein C, Reilly C, et al. (2014). An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial. *Lancet Respiratory Medicine*, 2(12), 979-987.

<sup>10</sup>Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand Ch. (2014) Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review. *Palliative Medicine*, 28(2), 130-150.

<sup>11</sup>May P, Normand Ch, Morrison RS. (2014) Economic Impact of Hospital Inpatient Palliative Care Consultation: Review of Current Evidence and Directions for Future Research. *Journal of Palliative Medicine*, 17(9), 1054-1063.

Obrázek 1 Úrovně paliativní péče (Národní strategie paliativní péče, Rakousko)

	Typ paliativní péče			
	Obecná paliativní péče	Specializovaná paliativní péče ve spolupráci s obecnou paliativní péčí		Specializovaná paliativní péče
<b>Akutní péče</b>	Nemocnice	Domácí hospicová péče (vyškolení dobrovolníci, poskytující poradenství a podporu, <b>v ČR neexistující služba</b> )	Nemocniční paliativní konziliární týmy	Oddělení paliativní péče
<b>Dlouhodobá péče</b>	LDN, domovy pro seniory		Mobilní specializovaná paliativní péče	Lůžkové hospice
<b>Domácí péče</b>	Praktičtí lékaři, agentury domácí péče			Mobilní specializovaná paliativní péče, paliativní stacionáře

Při tvorbě této strategie, která inspirovala i pozdější evropské standardy paliativní péče<sup>12</sup>, upozorňovali na nutnost rovnovážné nabídky služeb obecné a specializované paliativní péče, kdy obě tyto strany musí být rozvíjeny a společně tak pokrývají reálné potřeby pacientů s paliativními potřebami. V dalším rozvoji zdravotních služeb proto neupřednostňovali jeden model, ale rozvíjeli celý systém, který dnes nabízí paliativní péči ve formě nemocničních programů paliativní péče (přes 40 nemocnic po celém Rakousku), široce dostupnou mobilní specializovanou paliativní péči, která se věnuje pacientům v domácím prostředí i péči lůžkových hospiců a dalších podpůrných služeb. Obdobná situace je v Německu, kde je dnes přes 250 nemocničních týmů paliativní péče, 210 lůžkových hospiců, 270 mobilních hospiců a 14 dětských hospiců<sup>13,14</sup>.

V mezinárodních srovnáních paliativní péče se hodnotí právě systémová dostupnost paliativní péče, stejně jako integrace paliativní péče do kurikula zdravotnických oborů, existence národní koncepce paliativní péče, dostupnost a využití opiátů nebo finanční zátěž pro pacienty. Česká republika je většinou hodnocena jako průměrná až mírně rozvinutější<sup>15</sup>, nicméně v některých srovnáních je až za zeměmi jako Panama nebo Mongolsko<sup>16</sup>. Slabší hodnocení je odrazem neexistence schválené národní koncepce, roztržitosti poskytované péče a její nedostupnost v nemocničním prostředí a nedostatek vzdělávacích příležitostí, vedoucích k malému počtu adekvátně vyškoleného personálu.

<sup>12</sup> Radbruch L, Payne S, the Board of Directors of the EAPC (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care*, 16(6),278-289.

<sup>13</sup> údaje Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (spolkového svazu pojišťoven) k 9. 1. 2015[online]. Dostupné z: <http://www.kbv.de/html/10250.php>

<sup>14</sup> německá Společnost hospicové a paliativní péče [online]. Dostupné z: [http://www.dhpv.de/service\\_hintergruende.html](http://www.dhpv.de/service_hintergruende.html)

<sup>15</sup> Connor SR, Bermedo MCS (2014). *Global Atlas of Palliative Care*. Worldwide Palliative Care Alliance & World Health Organization. Dostupné z <http://thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>

<sup>16</sup> The Economist Intelligence Unit (2015). *The 2015 Quality of Death Index: Ranking palliative care across the world*. Dostupné z <https://www.eiuperspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index>

## Paliativní péče v České republice

---

### Odhad potřeby paliativní péče v ČR

„Potřebou paliativní péče“ rozumíme na úrovni populace potenciál této populace mít prospěch z komplexní paliativní intervence. Paliativní intervence vede u této populace ke zlepšení kvality života, větší spokojenosti s péčí, lepší koordinaci péče a pravděpodobně také k redukci celkových nákladů na zdravotní péči. Nejčastěji je paliativní péče poskytována pacientům v pokročilých a konečných stádiích chronických chorob. Tato stádia se vyznačují postupně klesající možností kauzálního ovlivnění příčiny onemocnění a současně narůstajícími symptomy (např. bolest, dušnost, nevolnost) a souvisejícími komplikacemi (např. úzkost, deprese, omezená hybnost, závislost na cizí pomoci). Specifickou skupinu z hlediska potřeby paliativní péče představují pacienti v prostředí intenzivní medicíny, u kterých dochází ke nevratnému selhávání jedné nebo více vitálních soustav.

Onemocnění a stavy, které v pokročilých stádiích obvykle vyžadují paliativní péči, jsou:

- nádorová onemocnění
- neurodegenerativní onemocnění typu roztroušené sklerózy, Parkinsonovy nemoci, demence, amyotrofická laterální skleroza
- konečná stádia chronických orgánových onemocnění: srdečních, plicních, jaterních a ledvinných
- geriatričtí pacienti se syndromem křehkosti (frailty)
- pacienti po úrazech a mozkových příhodách s výrazným neurologickým deficitem
- HIV/AIDS
- některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění
- kriticky nemocní pacienti s nevratným multiorgánovým selháváním v prostředí intenzivní péče

Na úrovni celé populace lze objem potřeby paliativní péče vypočítat na základě dat z listu o prohlídce zemřelého. Kategorie „hlavní onemocnění, které vedlo ke smrti“ umožňuje identifikovat pacienty s diagnózami, u kterých lze v posledním roce života předpokládat potřebu paliativní péče.

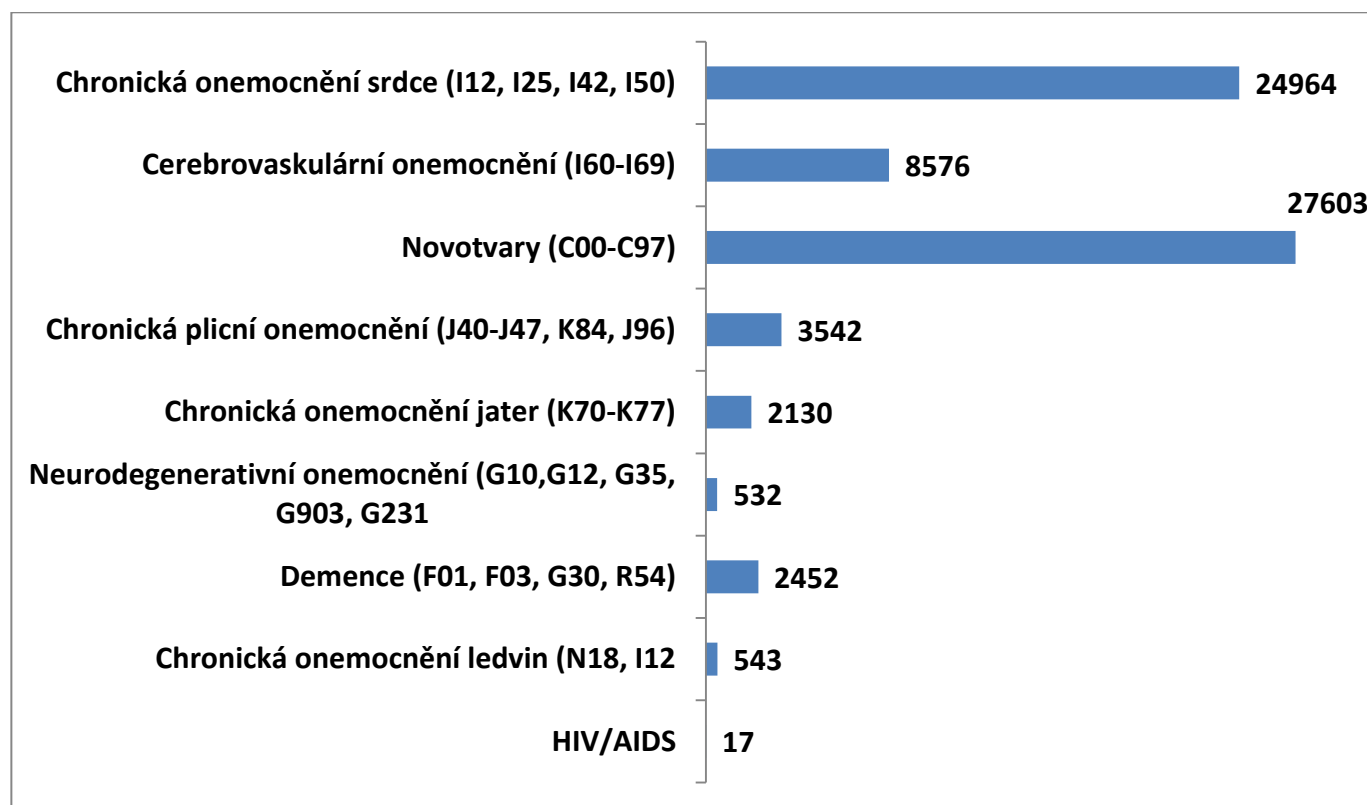
S využitím metodiky publikované Murtaghem (2014)<sup>17</sup> a Scholtenem (2016)<sup>18</sup> pro kvantifikaci potřeby paliativní péče na populační úrovni lze na základě dat z listu o prohlídce zemřelého za rok 2014 pro Českou republiku odhadnout počty pacientů s potřebou paliativní péče. Počty pacientů s potřebou paliativní péče pro jednotlivé diagnostické skupiny ukazuje graf č.1.

---

<sup>17</sup> 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.

<sup>18</sup> Scholten, N. et al. The size of the population potentially in need of palliative care in Germany – an estimation based on death registration data BMC Palliative Care (2016) 15;29, 12-19

Graf č.1. Počet pacientů s potřebou paliativní péče v ČR v jednotlivých diagnostických skupinách



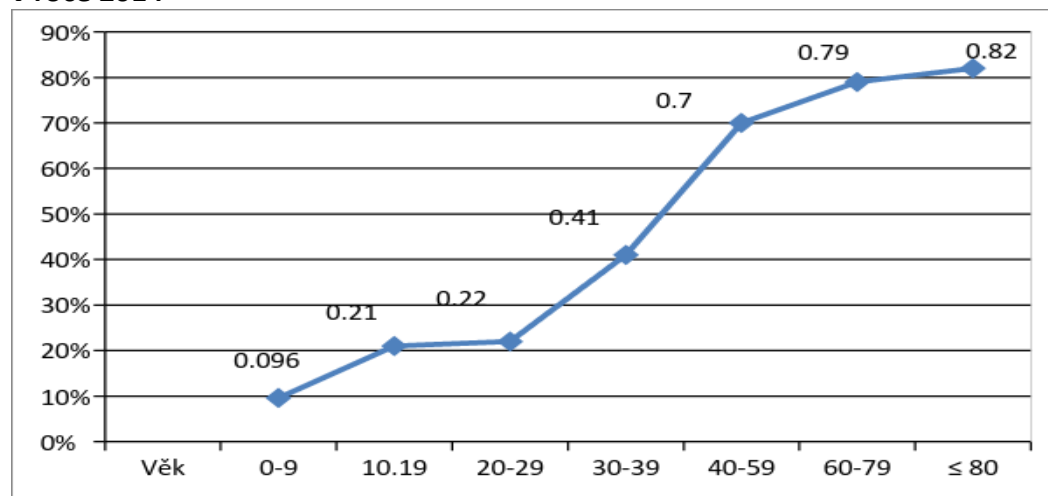
**V roce 2014 v ČR zemřelo celkem 105 665 lidí.  
Potřebu paliativní péče je v posledním roce života nutné  
předpokládat u více než 70 000 pacientů (70% všech zemřelých)**

#### Podíl pacientů s potřebou paliativní péče v závislosti na věku

S narůstajícím věkem dochází k výrazným změnám v relativním zastoupení diagnóz spojených s potřebou paliativní péče v poměru k celkovému počtu úmrtí. Ve věkové kategorii 0-9 potřebuje paliativní péči v závěru života 9,6% ze všech zemřelých. Ve věkové kategorii nad 60 let se tento poměr blíží 80% všech úmrtí. Relativní zastoupení diagnóz s potřebou paliativní péče na celkovém počtu zemřelých ukazuje graf. č.2.



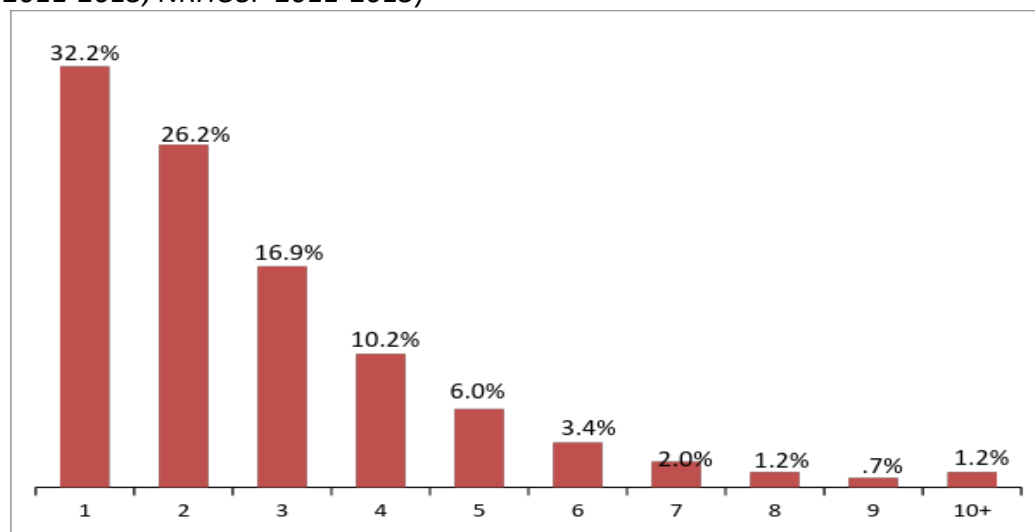
**Graf č.2. Relativní zastoupení úmrtí na diagnózy s potřebou paliativní péče k celkovému počtu úmrtí v roce 2014**



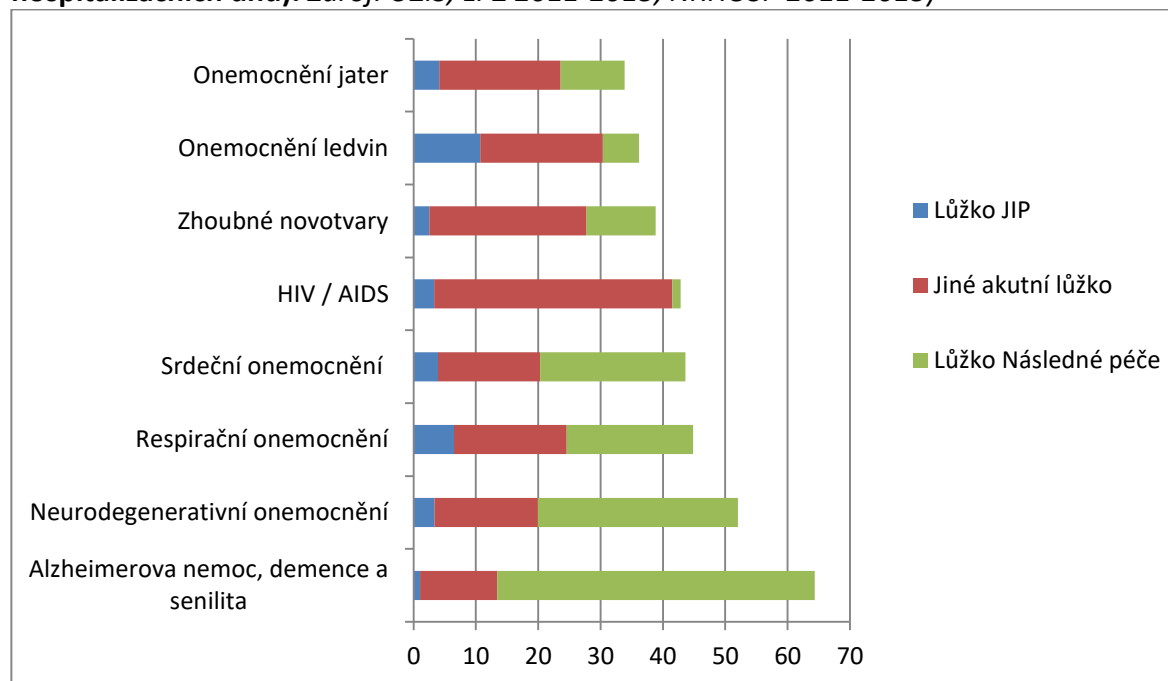
### Pacienti s potřebou paliativní péče v českém zdravotním a sociálním systému

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.3 a č.4). Většina onkologických i neonkologických pacientů nakonec umírá v lůžkových zdravotnických zařízeních akutní péče (viz graf č.5). Z uvedených grafů je patrné, že problematika dostupnosti kvalitní paliativní péče zdaleka přesahuje otázku dostupnosti lůžkové hospicové péče (v lůžkových hospicích nastává 2,6% z celkového počtu úmrtí, a pouze 9,2% ze všech úmrtí na nádorové onemocnění). 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.

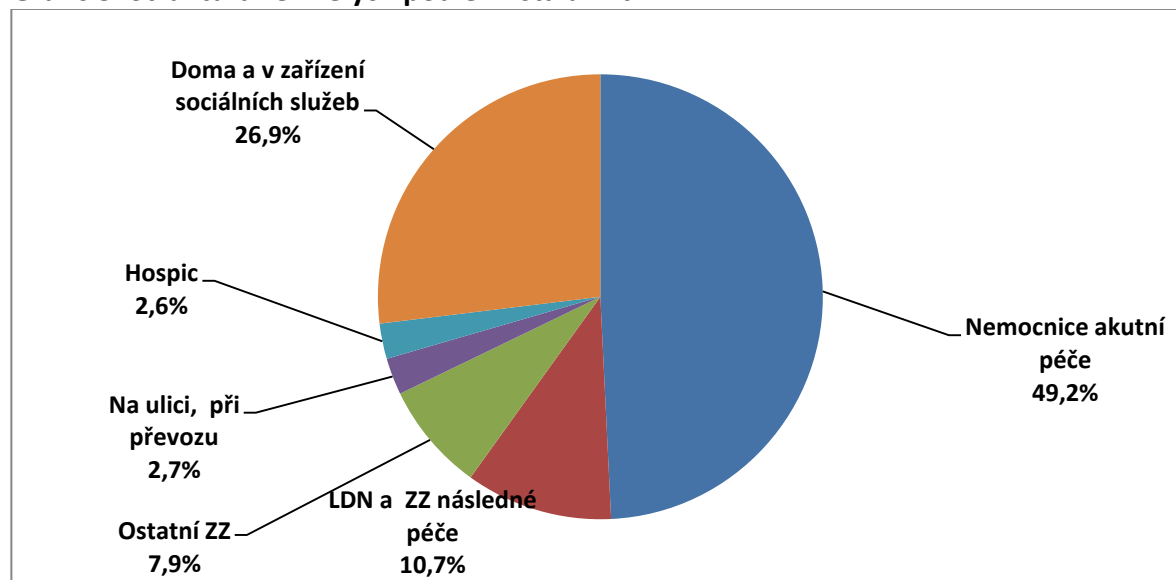
**Graf č.3 Počet hospitalizací chronicky nemocných pacientů v posledním roce života (Zdroj: ÚZIS, LPZ 2011-2013, NRHOSP 2011-2013)**



**Graf č.4 Hospitalizační historie v posledním roce života podle diagnóz (průměrný počet hospitalizačních dnů). Zdroj: ÚZIS, LPZ 2011-2013, NRHOSP 2011-2013)**



**Graf č.5. Struktura zemřelých podle místa úmrtí**



### Potřeba obecné a specializované paliativní péče

Zahraniční data naznačují, že z uvedeného počtu pacientů s potřebou paliativní péče může být u 60-80% zajištěna dostatečná péče v rámci *obecné paliativní péče*. 20-40% pacientů (v závislosti na diagnóze) vyžaduje s ohledem na komplexnost svých tělesných, psychosociálních a spirituálních potřeb *specializovanou paliativní péči*.

## Souhrn

- 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
- V lůžkových hospicích nastává 9% onkologických a 1% neonkologických úmrtí
- V domácím prostředí nastává 18% onkologických a 20% neonkologických úmrtí

## Paliativní péče v lůžkových zařízeních akutní a následné péče

---

Jak bylo ukázáno výše, jsou v ČR lůžková zařízení akutní a následné péče nejčastějším místem, kde chronicky nevléčitelně nemocní pacienti umírají (viz graf č.5). Poslední měsíce života jsou charakterizovány opakovanými hospitalizacemi. Přestože lůžková zdravotnická zařízení hrají v poskytování paliativní péče velmi důležitou roli, lze současný stav charakterizovat následujícím způsobem:

- V lůžkových zdravotnických zařízeních v ČR v současné době neprobíhá systematický sběr dat o kvalitě paliativní péče. Čestné kazuistiky naznačují, že existují velké rozdíly mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními a nejednou i mezi různými odděleními téhož zařízení. Svědectví pacientů a jejich rodin (pozůstalých) naznačují, že v roce 2016 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, který 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 náležitě odborné úrovni („lege artis“) tak v roce 2016 není v lůžkových zdravotnických zařízeních obecně dostupnou a garantovanou zdravotní a sociální službou.

## Ambulantní a domácí paliativní péče

---

### Obecná paliativní péče

Pacienti s chronickými onemocněními prožijí v posledním roce života v průměru 30-65 dní v lůžkových zdravotnických zařízeních (viz graf č.5). Většinu času jsou v domácím prostředí, tedy v péči praktického lékaře, ambulantních specialistů a v některých případech v péči domácí ošetrovatelské péče. Největší díl obecné ambulantní péče je v ČR zajišťován všeobecnými praktickými lékaři (VPL) a ambulantními specialisty. V ČR neprobíhá systematický sběr dat u úrovně této obecné paliativní péče. Z jednotlivých kazuistik ale také z analýzy hospitalizací chronických pacientů v posledním roce života lze vyvodit následující závěry:

- Péče o chronické polymorbidní pacienty se vyznačuje fragmentací a nedostatečnou koordinací. Pacienti jsou často sledováni ve více odborných ambulancích, které spolu navzájem a se SVL nedostatečně komunikují. V řadě případů není jasně stanoveno, kdo je pro pacienta ošetřujícím lékařem zodpovědným za tvorbu a realizaci léčebného plánu.
- Zcela ojediněle se pracuje s individuálním plánem paliativní péče.
- SVL a ambulantní specialisti jsou obvykle dostupní pouze v pracovní době. Akutní krize a komplikace vzniklé v mimopracovní době jsou obvykle řešeny prostřednictvím zásahu RLP, zdravotnických převozů a akutních hospitalizací.
- Domácí ošetrovatelská péče (home care) pracuje systémem plánovaných návštěv indikovaných ošetřujícím lékařem. U řady chronických nevléčitelně nemocných pacientů tyto služby ve spolupráci se SVL poskytují kvalitní obecnou paliativní péči. Podobně jako SVL však nejsou ani tyto služby trvale dostupné (7/24/365) a jejich nedostupnost je častou příčinou akutních hospitalizací.
- v ČR v roce 2016 neexistují všeobecně přijaté standardy paliativní péče v domácím prostředí. Nejsou jasně definovány zodpovědnosti a postupy. Řada zařízení, které deklarují poskytování „domácí hospicové péče“ bohužel charakterem své služby odpovídají obecné paliativní ošetrovatelské péči a nejsou schopny adekvátně řešit klinické komplikace a krize pokročilých fází onemocnění.
- SVL ani ambulantní specialisté většinou nemají dostatečné vzdělání v paliativní péči ani náležitou erudici v řešení klinicky složitějších chronických pacientů v závěru života.
- Kvalita ambulantní paliativní péče poskytovaná VPL a ambulantními specialisty nevléčitelně nemocným pacientům je velmi variabilní a závisí na řadě náhodných proměnných (např. motivace a dovednosti ošetřujícího lékaře, ochota k návštěvní lékařské službě atd.). Paliativní péče na náležité odborné úrovni („lege artis“) tak v roce 2016 není v domácím prostředí obecně dostupnou a garantovanou zdravotní a sociální službou.

### Specializovaná paliativní péče

Ambulance paliativní medicíny (APM)

APM je specializovaná ambulance odbornosti 720 – paliativní medicína, vedená lékařem specialistou v nastavbovém oboru Paliativní medicína, popř. Paliativní medicína a léčba bolesti.

APM vykonává následující činnosti:

- ambulantní péči o pacienty v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných chorob

- konziliární činnost v oboru paliativní medicína. Obsahem konzilia paliativní medicíny může být management bolesti a dalších tělesných a psychických symptomů, facilitace rozhodování o ukončení kurativní léčby a spolupráce na tvorbě plánu paliativní péče
- vyšetření a ošetření pacientů v pokročilých a konečných stádiích nevyлéčitelných chorob v domácím prostředí
- spolupracuje s poskytovateli mobilní specializované paliativní péče
- spolupracuje s praktickými lékaři a poskytovateli domácí ošetrovatelské péče
- spolupracuje se sociálním pracovníkem, psychoterapeutem, pastoračním asistentem nebo duchovním a dalšími zdravotnickými pracovníky (např. nutriční specialista, RHB pracovník, specialista na léčbu chronických ran atd.).

Charakteristickým rysem a výstupem práce ambulance paliativní medicíny je plán paliativní péče. Tento plán vychází z pacientova klinického stavu, předpokládané prognózy a jeho přání a preferencí. Součástí plánu paliativní péče mohou být dříve vyslovená přání.

V ČR v roce 2016 existují rámcové předpoklady pro rozvoj této zdravotní služby: jsou definovány požadavky na personální a technické zabezpečení ambulance, v seznamu výkonů jsou definovány 3 výkony ambulantních vyšetření (komplexní, cílené, kontrolní) a 2 výkony pro vyšetření pacienta v terminálním stavu v domácím prostředí (výkony 80051-80055). Rozvoj této zdravotní služby však v roce 2016 vážne na velmi nízké ochotě zdravotních pojišťoven nasmlouvat úhradu ze zdravotního pojištění. Jsme přesvědčení, že specializovaná ambulantní paliativní péče je klíčovým prvkem rozvoje paliativní péče v v domácím i nemocničním prostředí.

## Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP)

---

MSPP je komplexní formou poskytování ambulantní paliativní péče v domácím prostředí v kontinuálním režimu tzv. domácí hospitalizace (24/7). Mobilní multidisciplinární paliativní tým se věnuje zajištění zdravotní péče, ošetřovatelství, sociální a psychologické a spirituální podpoře. Tuto podporu tým poskytuje 24 hodin denně kontinuálně, nejen pro nemocného, ale také jeho blízké.

Model MSPP byl v roce 2015-2016 ověřován v rámci pilotního projektu VZP. Pilotní projekt prokázal, že v model MSPP umožní dožít v domácím prostředí více než 90% pacientů, kteří si to přejí a mají podporu své rodiny nebo blízkých. Prokázal dále, že dokáže efektivně zmírnit bolest a další symptomy závěru života a celkové náklady na zdravotní péči v posledním měsíci života jsou nižší než u srovnatelné kontrolní skupiny. V roce 2017 bude pilotní projekt MSPP dále pokračovat a výhledem zařazení do seznamu zdravotních výkonů od roku 2018.

MSPP je indikovaná u pacientů v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných chorob, s velmi limitovanou prognózou délky života (týdny až několik měsíců). Péče o tyto nemocné má tato specifika:

- zdravotní stav neumožňuje pravidelné kontroly u praktického lékaře nebo ambulantního specialisty (významně omezená mobilita a nízká celková funkční zdatnost)
- přítomnost závažných symptomů a celková klinická nestabilita však vyžadují časté intervence a pravidelné přehodnocování a úpravu plánu péče (časté krize a dekompenzace).

V rámci koncepčního rozvoje paliativní péče o pacienty v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných chorob považujeme za logické a efektivní budování organizačně propojených zařízení charakteru ambulance paliativní medicíny a MSPP. Toto propojení umožní zajistit tolik potřebnou kontinuitu péče v posledních měsících, týdnech a dnech života.

## Paliativní péče v domově pro seniory

Domovy pro seniory jsou pobytovým sociálním zařízením, kde by měli pobývat klienti s potřebou náhradní sociální péče. Je zřetelným úkazem posledních 10 let, jak významně se změnila klientela těchto zařízení. Zvláště, pokud se profilovala k péči o klienty s demencí. V řadě tzv. domovů se zvláštním režimem je většina klientely ve 3. - 4. fázi syndromu demence, velmi často imobilních, s nutričními problémy a často paletou chronických onemocnění v rámci aterosklerózy.

Jedná se tedy téměř výhradně o nemocné s rozvinutým syndromem geriatrické křehkosti. Mnozí tito nemocní přicházejí v současné době do těchto zařízení na poslední měsíce svého života, a tudíž zákonitě vyžadují také větší rozsah zdravotního dohledu a mnohdy i péče. Právě pro tuto skupinu nemocných je hospitalizace často zcela nevhodným postupem, a přesto musí nastat. Vybavenost domovů pro seniory kvalitními a dostupnými zdravotními službami totiž není zdaleka dostatečná. Hovoříme zde o podobné péči, kterou umí poskytnout LDN (léčebna dlouhodobě nemocných), ale s multidisciplinárním přesahem. S trvalou dostupností 24/7/365.

Je třeba podpořit mnohdy vynikající, lidskou i profesionální pečovatelskou službu v domovech pro seniory, pomocí zdravotních služeb, které na místě samotném podpoří to, co personál není schopen zvládnout. Vždyť se vlastně jedná o domácí prostředí, které oproti tomu přirozenému má výhodu trvalé dostupnosti profesionální základní péče, včetně hygieny, či podpory ve stravování nebo denních aktivitách. Tak kvalitní systém sociální náhradní péče, jako Česká republika, má nemnoho zemí na světě. Bylo by tedy škoda, pokud by nemocní klienti domovů pro seniory je museli v závěru života opouštět a odcházeli ve většině do nemocničních zařízení.

### Integrovaná geriatrická paliativní péče

V roce 2014 podpořil výbor ČSPM ČLS JEP v regionu Třebíč na Vysočině založení týmu Mobilní specializované paliativní péče, pod názvem Mobilní hospic sv. Zdislavy. S podporou Oblastní charity Třebíč se nám podařilo koncentrovat po vzniku ambulance paliativní medicíny (2015) služby lékařů, sester, sociální práci, podpůrné pečovatelské služby a osobní asistenci, psychologa, pastorační péči.

Z pohledu nejen geriatrické paliativní péče se tento model jeví jako ideální nastavení modelu komunitní péče. Přejímáme nemocného v kombinaci s péčí dalších specialistů a praktického lékaře mnohem časněji, pečujeme o něj home care. Protože je k dispozici pohotovostní model péče 24/7/365 jak pro sestry, tak díky mobilnímu hospici také pro lékaře, můžeme nabídnout pohotovostní telefonní číslo i rodině, pečující například o nemocného s pokročilou demencí ve fázi P-PA-IA 2/3. Například obstrukce močového katetru o víkendu s rozvojem febrilního stavu tak znamená jeden výjezd sestry a lékaře, základní vyšetření na místě a ponechání nemocného včetně subkutánní infúzní terapie a základního antibiotika doma.

Nevzniká napětí pro rodinu, pro nemocného se zmírní rizika komplikací, resistance syndromu, náklady a zátěž pro zdravotní systém jsou mnohem nižší.

*Paní Petra je křehká, 85 letá geriatrická pacientka, s chronickým srdečním selháním stádium D (EF LK 20%), nízkou hladinou albuminu (25 g/l), poruchami polykání při pseudobulbárním syndromu po středně těžké mozkové příhodě před půl rokem. Má projevy vaskulární demence P-PA-IA3, Reisberg 5-6, stará se o ni dcera (62 let) a pomáhá vnučka. Paní Petra byla dnes propuštěna (čtvrtek) z nemocnice, kde ji hospitalizovali pro teploty. Situace byla uzavřena jako uroinfekce.*

*Dosud paní neměla zajištěnou ani home care, ani pečovatelskou službu. Protože v sousedství bydlí paní, co dochovala doma svého manžela s rakovinou plic, dostane od ní dcera paní Petry tip na agenturu home care a domácí hospic. Praktický lékař ale nesouhlasí, a nakonec na nátlak dcery předepíše home care, ale jen 2x týdně – ke kontrole krevního tlaku na 30 minut. Při druhé návštěvě sestry charitní home care tato*



*volá vrchní sestře, s tím, že se jí pacientka jeví výrazně zhoršena. Praktický lékař byl sestrou také kontaktován, ale vyjádřil se, že přijde za dva dny na kontrolu. Zhoršení se jeví v dýchání, horším vědomí a minimálním příjmu stravy.*

*Sestra home care telefonicky požádá o konzultaci lékaře ambulance paliativní medicíny, profesně geriatra. Ten informuje praktického lékaře a na žádost dcery pacientky navštíví pacientku v domácím prostředí.*

*Diagnóza zní pokročilý syndrom geriatrické křehkosti na hranici tzv. geriatrické deteriorace, aktuálně dehydratace, celková prostrace, poruchy polykání. Lékař nastaví jen parenterální medikaci – je zaveden fentanyl TDS 25 ug/hod. pro bolesti, hlavně při imobilizačním syndromu a rozvoji dekubitu na sakru, II. stupně. Ve škále PAINAD je situace lékařem zhodnocena na stupni 6-7. Pacientka je v noci neklidná, má minimální perorální příjem. Lékař ordinuje subkutánní infúzní terapii přes noc a přidává večerní midazolam v injekci s.c.*

*Do dvou dnů se stav pacientky výrazně zklidní, dcera se konečně vyspí, o variantě umístění do LDN či domova pro seniory přestává uvažovat. Praktický lékař je výsledkem spíše příjemně překvapen, souhlasí s nastavením home care obden, dcera si přes mobilní hospic sv. Zdislavy zajistí pečovatelky na 4 hodiny denně. Věnuje se více i vnučce, atmosféra v rodině se uklidní. Pacientka umírá za 3 měsíce, doprovázena doma rodinou, v posledních dvou dnech s pravidelnými návštěvami zdravotní sestry 3x denně a 6 hodinami podpůrné pečovatelské služby. Lékařská péče je vedena již převážně ze specializované ambulance paliativní medicíny, v posledním 1,5 měsíci je pacientka zařazena do pilotního ověření mobilní specializované paliativní péče v rámci programu s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou.*

Integrace paliativní péče do systému zdravotních a sociálních služeb je nezbytnou podmínkou ke skutečně efektivnímu nastavení péče o nevléčitelně nemocné – a to jak z hlediska kvality života nemocných a jejich blízkých, či kvality péče, tak i z ekonomického pohledu

Předpokladem integrované paliativní péče je ovšem další práce na principech komunitní péče a síťový model zajištění chronicky a nevléčitelně nemocných – zde bude i nadále nezbytná spolupráce především s krajskou samosprávou. Významná je spolupráce s praktickými lékaři, navázání na lůžkovou zdravotní a sociální péči v regionu a spolupráce s lékaři specialisty. Tyto vztahy je třeba aktivně budovat.

## Dostupnost specializované paliativní péče v ČR

V České republice jsou k 1.11.2016 dostupné následující organizační formy poskytovatelů specializované paliativní péče:

- **ambulance paliativní medicíny:** 5 ambulancí paliativní medicíny
- **mobilní specializovaná paliativní péče** (paliativní péče ve vlastním nebo náhradním sociálním prostředí pacienta): při absenci obecně akceptovaných standardů je obtížné stanovit přesný počet poskytovatelů. Požadavky na personální a zabezpečení definované Českou společností paliativní medicíny splňuje asi 15 hospicových organizací
- **lůžkové zařízení hospicového typu:** 18 lůžkových zařízení s reálnou kapacitou 475 lůžek jsou schopna zajistit paliativní péči 3- 4 % nevyлéčitelně nemocných pacientů v závěru života
- **oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení:** 2 oddělení nemocniční paliativní péče
- **konziliární tým paliativní péče v rámci lůžkového zdravotnického zařízení:** 3 paliativní týmy

### Lůžková hospicová péče

Nejvýznamnější organizační formou lůžkové specializované paliativní péče je zvláštní zdravotnické zařízení hospicové typu (lůžkový hospic). Hospice poskytují komplexní zdravotní, sociální, psychologickou a spirituální péči. V roce 2016 má v ČR 18 zdravotnických zařízení s celkovou kapacitou 475 lůžek 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 hospicu 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.

## Vzdělávání v paliativní péči

Sociodemografické změny, ke kterým došlo v posledních desetiletích v rozvinutých zemích světa, vedly k výraznému nárůstu prevalence chronických progresivních onemocnění: nádorových nemocí, orgánových selhání a neurodegenerativních onemocnění (např. demence). Pacienti s těmito diagnózami trpí v posledních měsících a týdnech (někdy i letech) života („v závěru života“) řadou nepříjemných tělesných a psychických symptomů. V péči o tyto pacienty zdravotníci navíc řeší naléhavou klinickou a etickou otázkou po přiměřeném rozsahu a intenzitě zdravotní péče, který by odpovídal tělesnému stavu, ale také hodnotám a preferencím pacientů. Tito křehcí pacienti potřebují dobrou paliativní péči. Je proto nutné předpokládat, že se pacienti s potřebou paliativní péče budou nacházet v péči lékařů nejrůznějších odborností a specializací. Lékaři by proto měli být v rámci pre- i postgraduálního studia systematicky připravováni na to, aby byli schopni efektivní paliativní péči poskytovat. Toto doporučení zaznívá ze strany Světové zdravotnické asociace<sup>19</sup>, Rady Evropy<sup>20</sup> i Evropské asociace pro paliativní péči (EAPC)<sup>21</sup>. V zemích, kde byla paliativní medicína (PM) do výuky zařazena, bývají tyto kurzy studenty samotnými obvykle hodnoceny jako velmi zajímavé a přínosné pro osobní i profesní růst<sup>22</sup>. Nicméně v řadě zemí světa PM součástí vzdělávacích programů pro lékaře není.

### Výuka paliativní medicíny na českých lékařských fakultách v evropském kontextu

ČSPM s podporou Nadačního fondu AVAST realizovala v roce 2015 výzkumný projekt s cílem prověřit stav vzdělávání v paliativní péči na českých lékařských fakultách. Výsledky projektu naznačují, že otázkám paliativní péče o pacienty v závěru života je v rámci pregraduální přípravy věnována pouze velmi malá pozornost. Absolventi lékařských fakult se necítí dostatečně připraveni na řešení komplexních témat zdravotní péče v závěru života. Zastoupení témat paliativní péče v pregraduálním kurikulu je nedostatečné. Pouze na 3 lékařských fakultách je paliativní medicína vyučována jako samostatný předmět (2x jako povinně volitelný, 1x jako volitelný). Podrobné výsledky výzkumného projektu jsou zpracovány v Závěrečné zprávě.<sup>23</sup>

V průběhu projektu jsme spolupracovali s pracovní skupinou EAPC pro otázku lékařského vzdělávání<sup>24</sup>. Tato skupina v roce 2014 realizovala dotazníkový průzkum mezi lokálními odborníky na paliativní péči

<sup>19</sup> Doporučení Světové zdravotnické asociace (WHA) 67.19. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. Dostupné na: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js21454zh/>

<sup>20</sup> Doporučení Rec (2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům o organizaci paliativní péče, schváleno Výborem ministrů dne 12. listopadu 2003 na 860. zasedání náměstků ministrů Dostupné na: <http://www.eapcnet.org/download/forReccCoun-Europe/ReccCE-Czech.pdf>

<sup>21</sup> Doporučení Evropské asociace paliativní péče pro tvorbu pregraduálního vzdělávacího programu v paliativní medicíně na lékařských fakultách v Evropě. EAPC 2013, ISBN: 978-88-902961-9-2

Původní anglický dokument lze stáhnout na [www.eapcnet.eu/Themes/Education/Medical/CurriculumUpdate.aspx](http://www.eapcnet.eu/Themes/Education/Medical/CurriculumUpdate.aspx)

Český překlad je dostupný na: <http://www.paliativnimedicina.cz/doporuzeni-evropske-asociace-paliativni-pecce-pro-tvorbu-pregraduálního-vzdělávacího-programu-v-palia>

<sup>22</sup> Centeno, C., Ballesteros, M., Carrasco, J.M.. Does palliative education matter to medical students. The experience of attending an undergraduate course in palliative care. BMJ Support Palliat Care 2014.

Velmi pozitivně hodnotí přínos výuky pro praxi také studenti Lékařské fakulty MU Brno ve svých hodnoceních na konci jednosemestrálního povinně volitelného předmětu Paliativní medicína (viz kapitola Paliativní medicína jako samostatný předmět na lékařských fakultách)

<sup>23</sup> Implementace paliativní medicíny do pregraduální výuky oboru všeobecné lékařství na lékařských fakultách. Závěrečná zpráva projektu. ČSPM 2014. Dostupné na : <http://www.paliativnimedicina.cz/projekty/nf-avast/>

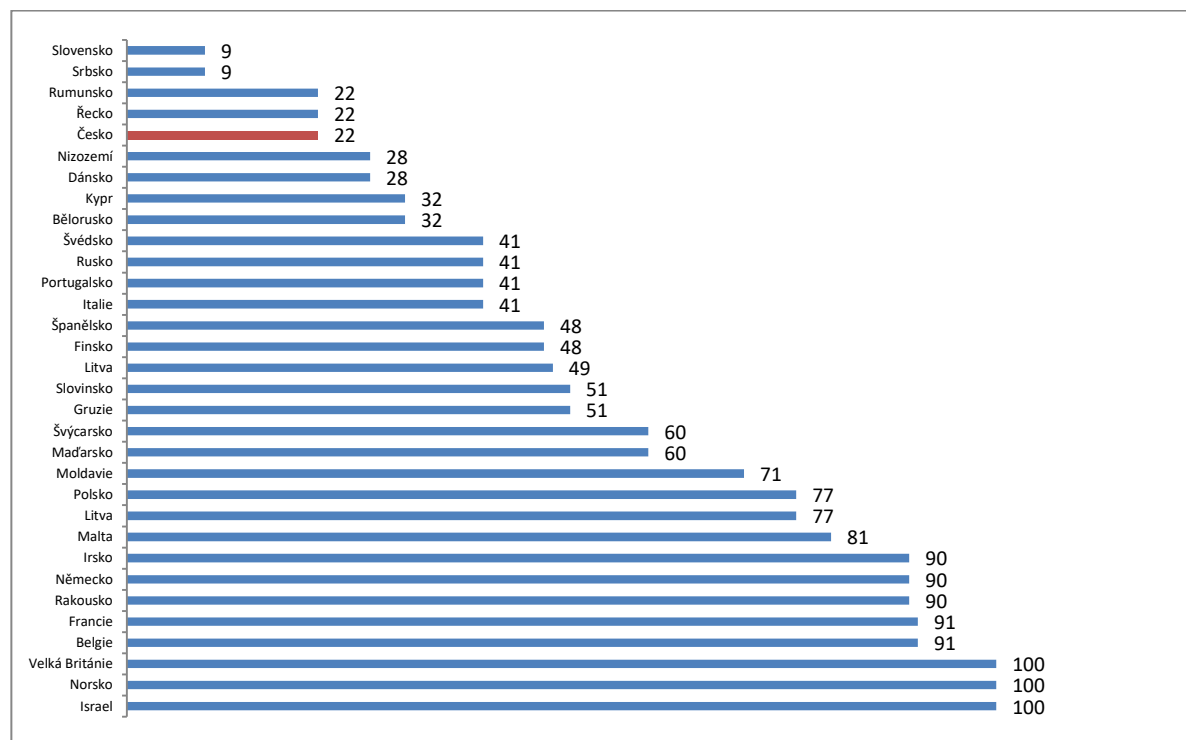
<sup>24</sup> EAPC Task Force on Medical Education.

s cílem zhodnotit stav pregraduálního vzdělávání budoucích lékařů v oblasti paliativní péče. Pro hodnocení bylo použito několik indikátorů, které byly následně agregovány do souhrnného skóre. Byla použita následující kritéria:

1. Podíl lékařských fakult, na kterých je vyučována paliativní medicína jako samostatný předmět.
2. Podíl lékařských fakult, na kterých je vyučována paliativní medicína jako samostatný povinný předmět.
3. Počet samostatných akademických výukových pracovišť (klinika, katedra) paliativní medicíny vedených pracovníkem s hodností profesor nebo docent.

Na základě výše uvedených kritérií bylo provedeno srovnání jednotlivých evropských zemí. Výsledky ukazuje tabulka č. 6<sup>25</sup>. Ze srovnání vyplývá, že úroveň integrace výuky paliativní péče do kurikula na lékařských fakultách v ČR výrazně zaostává za některými evropskými zeměmi.

**Tabulka č.6. Úroveň integrace výuky paliativní medicíny do pregraduální výuky v Evropě (vyšší hodnota znamená vyšší stupeň integrace)**



### Postgraduální vzdělávání v oboru Paliativní medicína

Zastoupení témat paliativní péče v rámci specializační přípravy různých oborů je nedostatečné. Pouze 2 obory mají v rámci atestační přípravy věnován samostatný blok paliativní péče ( všeobecné lékařství pro dospělé: 2 dny, klinická onkologie: 1 den).

<sup>25</sup> Carrasco, J.M., Lynch, T.J., Garralda, E. et al. Palliative care medical education in european universities: a descriptive study and numerical scoring system proposal for assessing educational development. [J Pain Symptom Manage.](#) 2015 Oct;50(4):516-523.

V rámci kontinuálního vzdělávání zdravotnických pracovníků probíhá řada místních konferencí a seminářů o různých aspektech paliativní péče. Jsou pořádány zdravotnickými zařízeními, hospici a také specializovanými vzdělávacími agenturami. Některé z těchto kurzů jsou akreditované na MZČR. Úroveň těchto vzdělávacích akcí je velmi kolísavá. Za kvalitní moduly vzdělávání v paliativní péči pro sestry lze považovat týdenní kurz ELNEC převzatý z USA a adaptovaný na české poměry<sup>26</sup> a akreditovaný kurz Specifika ošetřovatelství v paliativní péči pořádaný NCO NZO v Brně.<sup>27</sup>

### **Specializační vzdělávání lékařů v oboru paliativní medicína**

Lékařské specializační vzdělávání probíhá od roku 2011 v rámci nástavbového oboru Paliativní medicína. Vzdělávání je organizováno Subkatedrou paliativní medicíny na IPVZ Praha ve spolupráci s Českou společností paliativní medicíny. Účastníci specializačního vzdělávání nají v průběhu přípravy podporu školitele, který je provází po celou dobu vzdělávání. Mají tak výrazně lepší schopnost navázat teoretické znalosti na praktickou zkušenost a vzdělávání v dovednostech, které rozvíjejí i dále v praktické části. Specializační vzdělávání v oboru Paliativní medicína je tedy rozděleno na teoretickou a praktickou část<sup>28</sup>. Každoročně atestuje z oboru paliativní medicína 10-15 lékařů.

---

<sup>26</sup> podrobněji viz <http://paliativnicentrum.cz/cs/elnec>

<sup>27</sup> podrobněji viz <http://www.nconzo.cz/web/guest/specificka-osetrovatelska-pece-v-paliativni-peci>

<sup>28</sup> více informací o specializačním vzdělávání je uvedeno: <http://vzdelavani.paliativnimedicina.cz/vzdelavaci-program-nastavboveho-oboru-paliativni-medicina-2/>

## Závěry

---

Pro další efektivní rozvoj paliativní péče v ČR definuje Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP soubor úkolů. Jejich naplnění bude vyžadovat úzkou spolupráci odborné společnosti, stávajících i budoucích poskytovatelů, Ministerstva zdravotnictví, Všeobecné zdravotní pojišťovny a dalších plátců péče a v neposlední řadě zákonodárců.

- vypracovat podrobnou analýzu potřeby paliativní péče v ČR, z hlediska hlavních diagnóz, trvání onemocnění, prevalence symptomů a struktury potřebné paliativní péče, ve spolupráci s Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR – tzv. Národní datová základna paliativní péče
- dokončit pilotní projekt mobilní specializované paliativní péče, provést jeho vyhodnocení a implementovat tento typ péče do systému péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění
- spolupráce na tvorbě koncepce lůžkové hospicové péče, která by definovala postavení a roli lůžkových hospiců v systému poskytovatelů specializované paliativní péče.
- zahájit budování sítě ambulancí paliativní medicíny a sítě zařízení MSPP
- vytvořit metodiku pro poskytování specializované paliativní péče v nemocničním prostředí (lůžková oddělení paliativní péče a konziliární paliativní týmy) a realizovat pilotní studie efektivity těchto služeb
- implementovat paliativní medicínu a paliativní péči do pregraduálního kurikula lékařů a sester a docílit povinné výuky alespoň jednoho semestru paliativní medicíny na všech lékařských fakultách v ČR
- pokračovat a dále rozvíjet specializační lékařské vzdělávání v nástavbovém oboru paliativní medicína
- rozvoj akreditovaného specializačního vzdělávání sester v oboru paliativní péče
- rozvoj specializačního vzdělávání v tématech paliativní péče pro sociální pracovníky, psychology a pastorační pracovníky
- systematické informování veřejnosti a probíhající veřejná diskuse na téma nevléčitelné nemoci, kvality života, umírání a možností moderní paliativní péče

**prim. MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.**

předseda ČSPM

[kabelka@paliativni-institut.cz](mailto:kabelka@paliativni-institut.cz)

**MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.**

vědecký sekretář ČSPM

[oslama@mou.cz](mailto:oslama@mou.cz)

**PhDr. Martin Loučka, PhD.**

poradce výboru ČSPM, Centrum paliativní péče, Praha

[m.loucka@paliativnicentrum.cz](mailto:m.loucka@paliativnicentrum.cz)