

„Věř své cestě, vždy tě dovede dál, než jsi myslel na jejím počátku“

# INDIKAČNÍ MANUÁL PRO VSTUP DO PALIATIVNÍ PÉČE

## VÍCEÚROVŇOVÁ KOORDINACE OBECNÉ A SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE

Projekt síťového regionálního zajištění obecné a specializované paliativní péče

Tento manuál vzniká jako otevřený dokument, s odbornou podporou Paliativního Institutu Brno a Sekce geriatrické paliativní péče České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP.

Jako otevřený dokument je předložen k vnitřní diskusi v rámci projektu PALIATR VYSOČINA.

Připomínky, postřehy a doporučení k materiálu prosím zasílejte na [kabelka@paliativni-institut.cz](mailto:kabelka@paliativni-institut.cz) nebo uložte v elektronickém formuláři.

### Cíle projektu PALIATR VYSOČINA

- **Sjednocení postupů indikace a poskytování paliativní péče**
- **Vytvoření navazující a spolupracující regionální sítě poskytovatelů paliativní péče v Kraji Vysočina.**
- **Podpora obecné i specializované vzdělanosti**

„Věř své cestě, vždy tě dovede dál, než jsi myslel na jejím počátku“

## ZÁKLADNÍ PRINCIPY INDIKACE PALIATIVNÍ PÉČE

### INDIKACE

#### **Onemocnění a stavy, které v pokročilých stádiích obvykle vyžadují paliativní péči**

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

### **„SURPRISE QUESTION“**

VÁŽENÝ PANE DOKTORE, BYL BYSTE PŘEKVAPEN, POKUD VÁŠ PACIENT ZEMŘE V NEJBLIŽŠÍCH 3-6 MĚSÍCÍCH (viz. rozdíly v průběhu onemocnění onkologických a neonkologických, také rozdíly dle věku a charakteru nemocí) V SOUVISLOSTI S PŘIROZENÝM VÝVOJEM SVÝCH ONEMOCNĚNÍ?

U pokročile nemocných musí být zhodnocení této otázky součástí dokumentace. V případě odpovědi - „NE, NEBUDU PŘEKVAPEN“ - musí být provedeno adekvátní zhodnocení

„Věř své cestě, vždy tě dovede dál, než jsi myslel na jejím počátku“

potřeby paliativní péče. Ošetřujícímu týmu v případě indikační nejistoty může pomoci názor přizvaného konziliárního paliativního týmu.

## KONZILIÁRNÍ PALIATIVNÍ TÝM ZAHAJUJE SVOU ČINNOST PO LÉKAŘSKÉM ROZHODNUTÍ O INDIKACI PALIATIVNÍ PÉČE

V případě indikační nejistoty je svoláno lékařské konzilium relevantních profesí, s ev. přizváním paliatra. Ten v rámci konzilia po konzultaci a dohodě s ošetřujícím primárním týmem definuje potřebné postupy paliativní péče a informuje sestru týmu a sociální pracovníci.

### 5 INDIKAČNÍCH FÁZÍ:

- 1) Podnět (kterýkoliv člen ošetřujícího týmu, pacient, rodina, jiný ošetřující lékař/zdravotní profesionál)
- 2) Zhodnocení, formulace postupu v ošetřujícím týmu, ev. konzultace adekvátních odborných lékařů či dalších profesí, konzultace postoje paliativního konziliáře
- 3) Komunikace s nemocným a rodinou
- 4) Provedení indikace, se zápisem do dokumentace, stanovení **plánu péče**
- 5) Vedení paliativní péče a úprava léčebného plánu dle klinického stavu, potřeb a přání nemocného, podpora nemocnému a jeho blízkým

### SPOLEČNÁ PRAVIDLA:

- Podnět k zahájení paliativní péče může dát kdokoliv z ošetřujícího zdravotnického týmu, z rodiny či okruhu tzv. blízkých pacienta, samozřejmě jej může podat také samotný pacient.
- Kdykoliv je to možné, pacientovo přání a názor rodiny či blízkých musí být zahrnuty do rozhodování o zahájení paliativní péče.
- Rodina či blízcí pacienta by měli být do rozhodování co nejvíce zahrnuti, nejlépe ve formě strukturovaného rozhovoru. **Delegování odpovědnosti na rodinu či blízké za přijaté rozhodnutí zahájení paliativní péče není ale přípustné.**

„Věř své cestě, vždy tě dovede dál, než jsi myslel na jejím počátku“

- Výsledek rozhodnutí a zahájení paliativní péče by měly být přijaty konsensuálně všemi členy ošetřujícího zdravotnického týmu. Pokud není dosaženo konsensu, odlišné názory by měly být znovu pečlivě posouzeny a zohledněny před formulací závěrečného rozhodnutí.
- V situaci, kdy není dosaženo souhlasu mezi rodinou či blízkými a ošetřujícím zdravotnickým týmem lze zvážit přizvání jiného nezávislého lékaře nebo etické komise ustanovené pro tento účel.
- Do rozhodování o zahájení paliativní péče by měli být zahrnuti všichni členové (lékaři i nelékařský zdravotnický personál) ošetřujícího zdravotnického týmu (tzv. „shared-approach to end-of-life decision making“ model).
- Zahájení paliativní péče a rozhodnutí o nezahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby musí být vždy uvedeno ve zdravotnické dokumentaci jako součást léčebného plánu.
- Zápis do zdravotnické dokumentace před zahájením paliativní péče by měl obsahovat minimálně:
  1. odborné posouzení zdravotního stavu a medicínské zdůvodnění rozhodnutí zahájení paliativní péče,
  2. okruh osob, které se na rozhodování o zahájení paliativní péče podílely,
  3. formulování cílů další péče a léčebného plánu.
- Cíle péče, přínos a rizika plánovaných i probíhajících jednotlivých diagnostických a léčebných postupů by měly být v pravidelných intervalech přehodnocovány a zvažovány. Jakékoliv již přijaté rozhodnutí může být v odůvodněných případech změněno. Záznam o důvodech změny léčebného plánu musí být zaznamenány do zdravotnické dokumentace.
- K zahájení paliativní péče by mělo být přistoupeno vždy až po zápisu do zdravotnické dokumentace a informování pacienta a jeho blízkých (u pacienta - pokud lze s ohledem na jeho klinický stav).
- Prioritou léčebného plánu paliativní péče je odstranění známek bolesti, dyskomfortu a strádání.

„Věř své cestě, vždy tě dovede dál, než jsi myslel na jejím počátku“

- Léčebný plán paliativní péče musí obsahovat dostatečnou ošetrovatelskou péči a symptomovou léčbu, přiměřenou klinickému stavu.
- Přítomnost rodiny či blízkých pacienta by měla být vždy umožněna, pokud ji pacient neodmítl.

„Věř své cestě, vždy tě dovede dál, než jsi myslel na jejím počátku“

## NĚKTERÉ SPECIFICKÉ SITUACE A POSTUPY

### PŘÍJEM A PŘEKLAD PACIENTA SE SYNDROMEM GERIATRICKÉ KŘEHKOSTI

Frailty syndrom – syndrom geriatrické křehkosti – je typickým a častým modelem multimodálního souboru chronických onemocnění a stavů, pro něž „terapeutické okno je velmi úzké“. Pokud se nepokusíme v kontextu kombinace kurativních a paliativní postupů o co nejefektivnější intervenování v rámci multidisciplinární péče, přechod do terminální geriatrické deteriorace může nastat v řádu hodin až dnů, a nevratně. Tato skupina tvoří nejčastější „akutní“ příjmy geriatrických nemocných v nemocniční péči.

Pro klinické rozhodování je na křehkost myslet a pojmenovat její příčiny. S tím souvisí i uvedení frailty syndromu v dokumentaci, nejlépe v úvodu diagnostického souhrnu.

*Dg. soubor – příklad diagnostického závěru u 80 letého muže, vyšetřeného na interním oddělení v rámci geriatrického konzilia*

1. *Frailty syndrom (syndrom geriatrické křehkosti), vaskulární demence P-PA-IA2 dle ČALS syndrom instability, dekubit sakrálně I. st, syndrom celkové bolesti*
2. *Resistance syndrom, lehká proteino-kalorická malnutrice, sekundární parkinsonský třes, úzkost*
3. *Chronické srdeční selhání ve stádiu B/C*
4. *Chronická renální insuficience st. II, prerenálně dekompenzována dehydratací*

*Diagnostický závěr: doporučuji intervenci syndromu frailty, primárně v oblasti výživy, hydratace a rehabilitací dle možností nemocného. Observace chronických onemocnění, CAVE hypotenze – léčba nesmí snížit TK pod 130/80 v klidu. Nezbytné diskutovat režimová opatření s rodinou, vhodná home care a pečovatelská služba po propuštění, sledování v režimu geriatrické ambulance á 3 měsíce, pravidelné návštěvy praktického lékaře á měsíc.*

V případě, že frailty progreduje i přes péči, většinou také s ohledem na přítomné další komorbidity a progredující chronická onemocnění, je zapotřebí zvážit principy kategorizace.

*Dg. soubor – příklad diagnostického závěru u 83 letého muže, vyšetřeného na interním oddělení v rámci geriatricko-paliativního konzilia*

„Věř své cestě, vždy tě dovede dál, než jsi myslel na jejím počátku“

- *Frailty syndrom (syndrom geriatrické křehkosti), vaskulární demence P-PA-IA3 dle ČALS – vysoké riziko rozvoje geriatrické deteriorace, imobilizačního syndrom, dekubit sakrálně III. st, syndrom celkové bolesti*
- *Poruchy polykání, středně těžká malnutrice, sekundární parkinsonský syndrom, úzkost, noční delirantní stavy*
- *Chronické srdeční selhání ve stádiu C/D*
- *Chronická renální insuficience st. IV, konzervativní postup*

*Diagnostický závěr: z důvodu pokročilého imobilizačního syndromu v návaznosti na těžký průběh frailty, CHSS a CHRI, doprovázené malnutricí a progresí kognitivní deteriorace usuzují, že se jedná o nemocného v EoL care (péči v závěru života) s potřebou specializované paliativní péče. Doporučují kategorizaci DNI (pacient nebude profitovat z intenzivní péče), kvalitní ošetrovatelskou péči, podporu rodině, symptomovou paliativní léčbu. Z pohledu život ohrožujících komplikací zadržena terapie.*

Takový pacient by měl být následně posouzen konziliem minimálně 2-3 lékařů, zhodnocen v multidisciplinárním týmu, kategorizace pečlivě dokumentována a je nezbytné ji vysvětlit citlivě rodině nemocného. Takto dokumentovaný postup lze také vnímat jako ochranu pacienta před nadbytečnými výkony a nekvalitní péčí v závěru života. Zároveň ale pomůže eticky a odborně dobře promyslet a zhodnotit oblast kurativně-paliativního pomezí u této skupiny křehkých geriatrických pacientů. Naším cílem v oblasti křehkosti musí být vyvarovat se over-treatmentu, ale stejně tak terapeutického nihilismu.

Indikací geriatrické paliativní péče jsou:

- **Geriatrické syndromy** – syndrom imobility, instability, progresse frailty s nízkou možností její intervence, závislost na péči rodinných příslušníků
- **Přítomnost výrazné symptomové zátěže** – v popředí závažnosti je syndrom celkové bolesti, dušnost, úzkost, delirium. Vhodným nástrojem hodnocení závažnosti jsou škály ESAS (Edmonton symptom assessment scale), PAINAD (pain in alzheimer disease) a MSSE (mini suffering state examination)

„Věř své cestě, vždy tě dovede dál, než jsi myslel na jejím počátku“

- **Pozdní fáze některých onemocnění** – specificky se jedná o pozdní fáze onkologických onemocnění, terminální městnavé srdeční selhání, konečné fáze selhání ledvin, stavy po těžkých, dokonaných mozkových příhodách či syndrom demence. Nutné je ovšem říci, že paliativní péče není těmto nemocným užitečná jen v posledních týdnech života – její význam je v zahraniční doceněn jako podpora péče kurativní již od časných fází chorob. Například v časných stádiích vývoje syndromu demence je třeba klást důraz na institut dříve vyslovených přání v diskusi s nemocným i jeho blízkými: preferovaná cíle péče v pozdních fázích choroby, organizační zajištění podpory a péče, také edukaci rodinných příslušníků o jejich rolích a možnostech v různých fázích choroby. U středně těžké demence (P-PA-IA klasifikace stupeň 2, Reisberg 3-4) je třeba zesílit zdravotní dohled. Vysoké riziko snížení zdravotního potenciálu a komplikací je při progresi funkčního poškození, poruchách chování s nočními delirii a „sun down“ fenoménem (po snížení oční kontroly v noci, horší světelné podmínky, pacient který část dne prospí – často pod medikací, má snahu odejít z lůžka, fyzickou aktivitu, často s rizikem pádu a například zlomeninou krčku stehenní kosti). Významná je také podpora laickým pečovatelnům a opakované sledování nastavení a průběhu péče. Zde musí sehrát roli terénní péče, včetně praktického lékaře v rámci tzv. komunitní péče. Ve fázi pokročilé demence pak je primární pacientův emoční a fyzický komfort, podpora rodiny ve vyrovnání se vývojem nemoci a také v postoji k rozhodování o život udržující léčbě (sondová výživa, intenzivní péče, udržení péče v přirozeném domácím prostředí). Tématem začíná být příprava rodinných příslušníků na roli pozůstalých.

## PROGNÓZOVÁNÍ

Prognózození se skládá ze dvou fází: **stanovení fáze onemocnění a pravděpodobného vývoje ve dnech, týdnech až měsících s týmem + následná komunikace těchto informací s pacientem a jeho relevantními blízkými a dokumentace**



„Věř své cestě, vždy tě dovede dál, než jsi myslel na jejím počátku“

- Někdy neurčujeme přesný vývoj, ten prakticky ani nemůžeme znát – hovoříme o **prognóze časové** (*onemocnění se bude vyvíjet v hodinách, dnech, týdnech, měsících*) a **klinické** (*onemocnění bude způsobovat tyto obtíže, my můžeme ovlivnit jej takto, takto můžeme působit na kvalitu života, co je pro Vás – paciente, rodino – důležité?*)
- **Význam prognózování:** pacienti a jejich blízcí velmi často staví své rozhodování na předpokládané prognóze, a to nejen stran léčby, ale také stran životních priorit. Taková informace je také významná pro zdravotnické profesionály při plánování péče, prognózování umožňuje adekvátní plánování podpůrných služeb.
- **Bez stanovení diagnózy a otevřeného informování pacienta o jeho jejích aspektech nelze nastavit adekvátní plán péče. Tento proces je mandatorní pro lege artis provozování zdravotní péče.**
- **Sdělení prognózy pacientovi nabídneme – je na něm, jak se rozhodne.** Je samozřejmé, že kognitivní stav pacienta má na tento proces také vliv, nicméně v případě, že si nejsme jisti kapacitou nemocného, je třeba oslovit jeho relevantní blízké
- **Pacienti většinou chtějí znát svou další prognózu, nezávisle na tom, zda je dobrá či špatná,** prospektivní studie ukázaly, že díky znalosti prognózy se zároveň zlepšuje kvalita života – nejen pacientů, ale i jejich blízkých<sup>2,3</sup>
- V rámci syndromu geriatrické křehkosti řada studií ukazuje, že úroveň funkčního poklesu při například akutní infekci je silným prediktivním faktorem mortality<sup>21,22</sup>

**Tab. Prognostické modely pro specifické skupiny život ohrožujících chronických chorob v rámci geriatrické paliativní péče<sup>23</sup>**

Diagnóza	Indikační kritéria Americké hospicové asociace pro určení prognózy do 6 měsíců	Jiné užitečné prognostické modely
Městnavé srdeční	Primární kritéria: NYHA IV	Seattle Heart Failure Model <sup>6</sup>

„Věř své cestě, vždy tě dovede dál, než jsi myslel na jejím počátku“

selhání	Sekundární kritéria: snížená ejekční frakce pod 30%, projevy recidivujících arytmií, anamnéza srdeční zástavy, cévní mozková příhoda kardiální etiologie, synkopa neznámé etiologie	( <a href="http://depts.washington.edu/shfm">http://depts.washington.edu/shfm</a> )
Chronická obstrukční plicní nemoc	Primární kritéria: klidová dušnost, opakované hospitalizace pro dušnost či plicní infekty, hypoxémie (saturace méně 88%) v klidu při aplikaci O <sub>2</sub> , nebo hyperkapnie (pCO <sub>2</sub> 50mmHg)  Sekundární kritéria: ztráta na váze, přetrvávající tachykardie u pokročilé CHOPN GOLD IV., či pravostranné srdeční selhávání, či FEV <sub>1</sub> pod 30% normy	Bode Index <sup>7</sup>  ( <a href="http://www.eperc.mcw.edu">http://www.eperc.mcw.edu</a> )
Selhání jater	Pokročilá jaterní cirhóza, bez možné indikace k transplantaci  Koagulopatie s INR $\geq$ 1,5  Albumin v séru $\leq$ 25 g/l  V posledních týdnech komplikace: ascites i přes léčbu, spontánní bakteriální peritonitis, hepatorenální syndrom, hepatální encephalopatie, recidivy krvácení z jícnových varixů	MELD – model for end stage liver disease  Online kalkulátor na <a href="http://www.mdcalc.com">http://www.mdcalc.com</a>

„Věř své cestě, vždy tě dovede dál, než jsi myslel na jejím počátku“

Demence	<p>FAST <math>\geq</math> fáze 7-C, závislost v chůzi, oblékání, hygieně, inkontinence stolice a moči</p> <p>Neschopnost souvisle vyslovit více jak 6 slov/den</p> <p>Závažné zdravotní komplikace v posledních 6 měsících – aspirační pneumonie, septikémie, dekubity III.-IV. stupně, recidiva febrilií i přes prodělanou antibiotickou terapii</p> <p>Snížený kalorický příjem a příjem tekutin, s potřebou zvážení sondové výživy, albumin séru <math>\leq 25</math> g/l a ztráta na váze o více jak 10% v posledních 6 měsících</p>	<p>Mortality Risk Index</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- pro klienty léčeben dlouhodobě nemocných, resp. domovů pro seniory s těžkou demencí</li><li>- založen na 12 rizikových faktorech a validován kohortou 11 tisíc klientů rezidenčních zařízeních pro seniory, sledovaných krátce po přijetí</li></ul>
Ledvinné selhání	<p>Primární kritéria: chronická renální insuficience a probíhající dialýza, či volba k odstoupení od dialýzy</p> <p>Symptomy spojené s pokročilým renálním selháním: urémie, refrakterní retence tekutin, hyperkalémie, uremická perikarditida, hepatorenální</p>	<p>Modified Charlson Comorbidity Index</p> <p><a href="http://www.eperc.mcw.edu">http://www.eperc.mcw.edu</a><sup>14</sup></p>

„Věř své cestě, vždy tě dovede dál, než jsi myslel na jejím počátku“

	syndrom  Sekundární kritéria: velmi pokročilý věk (80 a více), kachexie, pokles sérového albuminu, koagulopatie	
Geriatrické selhání z prospívání (geriatrická deteriorace)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nutriční stav (BMI méně či rovno 22 kg/m<sup>2</sup>), malnutrice, již probíhající nutriční podpora</li><li>- Snižování celkové kondice</li><li>- Palliative Performance Scale či Karnofského skóre rovno či menší 40</li><li>- Infekce, aspirace, aftosní stomatitis či kandidóza</li><li>- Doprovodné malignity</li><li>- Poruchy chování při demenci (stupeň demence P-PA-IA3)</li><li>- Komorbidity, kachexie, únava a svalová slabost</li></ul>	

„Věř své cestě, vždy tě dovede dál, než jsi myslel na jejím počátku“

## PŘÍLOHY

### POJMY a DEFINICE

**Paliativní péče** – péče usilující o zlepšení kvality života pacientů (a rodin), kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení. Spočívá ve včasném zjištění, správném zhodnocení a mírnění bolesti a dalších tělesných, psychosociálních i duchovních obtíží.

Paliativní péče je poskytována současně s protinádorovou léčbou (např. chemoterapií nebo radioterapií) či kurativní léčbou u neonkologických onemocnění, i po jejím ukončení.  
(definice WHO 2002)

**Paliativní protinádorová léčba** – pojem označující všechny modalitty protinádorové léčby (operace, radioterapie, chemo-, hormono-, imuno- terapie, cílená biologická léčba atd.), které nejsou kurativní, tj. nevedou k dlouhodobé kompletní remisi (vyléčení). Cílem je zmenšit nádor nebo zastavit/zpomalit jeho růst, prodloužit pacientovi život a předejít nebo snížit závažnost symptomů a komplikací, které nádor působí.

**Kurativní léčba** – pojem, označující soubor léčebných postupů, které směřují k vyléčení, či stabilizaci základního onemocnění. Kurativní léčebné postupy se běžně kombinují s léčebnými postupy paliativní péče.

**Symptomatická paliativní léčba** – pojem označující léčebný přístup v situaci, kdy u pacienta s ohledem na celkový stav, typ a stupeň pokročilosti onemocnění a/nebo odpověď na dosavadní léčbu bylo lékaři rozhodnuto, že by podání kurativní léčby nebylo pro pacienta prospěšné a tato léčba je proto ukončena, resp. vůbec není zahájena. Symptomatický přístup může být zvolen na základě pacientova rozhodnutí nepodstoupit paliativní protinádorovou léčbu, náhradu životních funkcí u nevléčitelných onemocnění, či odmítání postupů kurativní

„Věř své cestě, vždy tě dovede dál, než jsi myslel na jejím počátku“

péče nemocným. Takové rozhodnutí musí být pečlivě dokumentováno, včetně ověřeného vyjádření poučeného a rozhodování schopného nemocného.

Cílem symptomatické léčby je mírnění projevů onemocnění (např. bolesti dušnosti, úzkosti), snižování rizik a řešení komplikací souvisejících s pokročilým onemocněním (např. infekce, tromboembolická nemoc, malnutrice atd.). Symptomatický přístup se týká řešení základního onemocnění. Při řešení komplikací a ostatních zdravotních obtíží je třeba vždy zvažovat v závislosti na klinickém kontextu a předpokládané prognóze a postoji nemocného možnosti kauzálního řešení (např. podání antibiotik, antikoagulační léčby, operační řešení, podání antiarytmik, krevní převody atd.)

**Terminální fáze onemocnění** – onemocnění dospělo do fáze, kdy naše snaha je zásadně ovlivnit v dalším vývoji nemá šanci být úspěšná. Většinou se jedná o měsíce až řadu měsíců v posledním roce života chronicky, nevléčitelně nemocného pacienta. Naší povinností je plánovat „End of life care“ – péči v závěru života, společně s nemocným a jeho relevantními blízkými. Naším cílem je ovlivnit vše, co může mít vliv na kvalitu života, dle diskuse s nemocným a jeho relevantními blízkými musíme také zvažovat principy léčby, které mohou prodloužit život: vždy v kontextu plánu péče a principů „cost x benefit“.

**Terminální stav** – pojem označující stav pacienta, u kterého dochází v důsledku pokročilého nevléčitelného onemocnění, nebo jeho komplikací, k nevratnému selhávání jedné nebo více orgánových soustav. Smrt je u takového pacienta neodvratným a očekávaným vyústěním jeho stavu a to v časovém horizontu hodin, dnů, výjimečně týdnů. Cílem léčby je minimalizace všech forem dyskomfortu v závěru života a klidná a důstojná smrt, nikoliv prodloužení umírání. **V terminálním stavu není také ze zákona indikována kardiopulmonální resuscitace a život prodlužující postupy intenzivní medicíny.** I o těchto skutečnostech je třeba vést dialog s nemocným a jeho blízkými.

„Věř své cestě, vždy tě dovede dál, než jsi myslel na jejím počátku“

## 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, včasnou identifikací a náležitým zhodnocením a léčbou bolesti a dalších problémů fyzických, psychosociálních i duchovních.“*<sup>1</sup>

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

### 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.*

### Paliativní péče z klinického hlediska:

- komplexní, multidisciplinární péče, směřující k udržení či zvýšení kvality života s nevléčitelnou, život ohrožující chorobou či souborem chorob.
- nabízí podporu nemocným, i jejich blízkým.
- zabývá se včasným vyhledáváním a léčbou závažných symptomů – tělesných, psychických, sociálních i spirituálních (Světová zdravotnická organizace, 2002).

---

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

„Věř své cestě, vždy tě dovede dál, než jsi myslel na jejím počátku“

- paliativní péče může být poskytována v různých fázích choroby, její časná indikace a společné působení s prvky kurativní péče vede ke zvýšení kvality, ale také prodloužení života.
- nejvíce efektivní se ukazuje v závěru života (EoL, end-of-life care)
- u některých diagnóz a pacientů představuje týdny až měsíce, u jiných – spíše výjimečně – řadu měsíců až roky.
- v posledních měsících života je paliativní péče klíčovým prvkem zdravotnických intervencí.

#### Literatura:

Kabelka L. Geriatrická paliativní péče. Praha: Mladá fronta, 2017:317 s. ISBN: 978-80-204-4225-3

Geriatric palliative care, Suzanne Goldhirsch (Author), Emily Chai (Editor), Diane Meier (Editor), Jane Morris (Editor), ISBN-13: 978-0195389319, Oxford, 2015

[www.paliatr-vysocina.cz](http://www.paliatr-vysocina.cz)

[www.paliativnimedicina.cz](http://www.paliativnimedicina.cz)