

Základné princípy paliatívnej a hospicovej starostlivosti

MUDr. Michal Mrocek

Dom Rafael, Bratislava

Paliatívna starostlivosť je medicínsky odbor, ktorý sa zameriava na prevenciu a zmierňovanie utrpenia všetkých druhov ochorení a na podporu najlepšej možnej kvality života pre pacientov a ich rodiny, ktoré sú vystavené vážnemu ochoreniu. Určuje hlavné ciele a plány, ako aj priority liečby, ktoré sú pre pacienta v priebehu ochorenia v danej situácii najvhodnejšie. Táto starostlivosť by mala byť poskytnutá súčasne s ostatnou potenciálne liečebnou alebo život predlžujúcou liečbou kedykoľvek v priebehu akéhokoľvek závažného ochorenia. Viaceré štúdie ukazujú, že pacienti zaradení do paliatívnej starostlivosti majú lepšiu kvalitu života oproti pacientom dostávajúcim štandardnú liečbu bez podpory paliatológa. Na rozdiel od paliatívnej starostlivosti je hospicová starostlivosť iba časť paliatívnej starostlivosti poskytnutá na konci života. Služby paliatívnej starostlivosti môžu byť poskytované v nemocnici, v opatrovateľskom zariadení, v ošetrovateľskom zariadení, v ambulancii alebo doma.

Kľúčové slová: paliatívna starostlivosť, hospicová starostlivosť

Basic principles of the palliative and hospice care

Palliative care is a medical speciality that focuses on prevention and reduction alleviating the suffering of all species and promoting the best possible quality of life for patients and their families who are exposed to a serious illness. It defines the main goals and plans, as well as the treatment priorities that are for the patient during the illness in the given situation best. This care should be provided at the same time as the other potential therapeutic or life-prolonging treatment at any time during any serious period disease. Several studies show that patients undergoing palliative care have better quality of life compared to patients receiving standard treatment without support paliatológa. Unlike palliative care, hospice care is only a part palliative care provided at the end of life. Palliative care services can be provided in a hospital, in a nursing home, ambulance or home.

Key words: palliative care, hospice care

Úvod

Paliatívna starostlivosť je interdisciplinárny odbor medicíny, ktorý sa zameriava na prevenciu a zmiernenie utrpenia a na podporu najlepšej možnej kvality života pacientov a ich rodín, ktoré čelia vážnym ochoreniam. Primárnymi zásadami paliatívnej starostlivosti je zmiernenie nepríjemných symptómov; rešpektovanie ľudskej dôstojnosti v súlade s hodnotami a preferenciami pacienta; trpezlivá a dôsledná komunikácia medzi pacientom a všetkými osobami, ktoré sa venujú jeho starostlivosti; psychosociálna, duchovná a praktická podpora pacientov a ich rodinných opatrovateľov; a koordinácia pobytu pacienta medzi rôznymi miestami starostlivosti. Paliatívna starostlivosť sa zameriava na zmiernenie utrpenia vo všetkých štádiách ochorenia a nie je obmedzená na starostlivosť na konci života. Služby paliatívnej medicíny vrátane stanovenia dosiahnuteľných liečebných cieľov, ako aj dôsledná liečba príznakov choroby by mali byť bežne ponúkané popri štandardných liečebných režimoch pre pacientov s vážnymi ochoreniami (1, 2).

Hospicová starostlivosť je na rozdiel od paliatívnej starostlivosti zameraná na posledné fázy života a na zomieranie. Platí, že hospicová starostlivosť je len malá časť paliatívnej starostlivosti.

Mnoho odbornej aj laickej verejnosti tento rozdiel nevníma. Paliatívnu starostlivosť vníma ako hospicovú, t. j. ako starostlivosť na konci života, starostlivosť pre aktuálne umierajúcich pacientov. Paliatívna medicína/starostlivosť sa zameriava na zlepšenie kvality života pacientov s chronickým, najmä onkologickým ochorením v ktorejkoľvek fáze ich života. Títo chorí žijú s vážnymi chorobami – okrem onkologických to môže byť chronické kardiálne zlyhávanie, chronická obštrukčná choroba pľúc, demencia či konečné štádium ochorenia obličiek – aj mnoho rokov. Ochorenia im prinášajú mnohé trápenia, ktoré môže paliatológ zmierniť. Bez ohľadu na to, ako dlho budú žiť, zaslúžia si žiť s čo najmenšími symptómami, s podporou ich rodín ako aj so sociálnou a duchovnou podporou. Manažment v paliatívnej medicíne je komplexný, založený na potrebe, nie na prognóze pacienta. Človek je vnímaný ako celok, preto sa zameriava okrem zmierňovania telesných symptómov aj na psychickú, duchovnú, sociálnu a spoločenskú potrebu.

Hospicová a paliatívna medicína je dnes uznávaná ako samostatná špecializácia v USA, Kanade, Anglicku, Írsku, Austrálii, na Novom Zélande a v mnohých európskych krajinách vrátane Slovenska. Mnohé krajiny sú v procese certi-

fikácie paliatívnej starostlivosti. Lekári, špecialisti v paliatívnej starostlivosti, poskytujú komplexnú liečbu bolesti a iných závažných symptómov a v priebehu ochorenia komunikujú a koordinujú liečbu medzi jednotlivými špecialistami.

Definícia

Definícia paliatívnej starostlivosti sa časom vyvíjala. Pôvodne bola paliatívna starostlivosť určovaná prostredníctvom hospicov ako starostlivosť poskytnutá ľuďom s nádorovým ochorením, ktorí neboli liečení aktívnou liečbou a v skutočnosti umierali na svoju chorobu. Teraz je známe, že zásady paliatívnej starostlivosti sú uplatniteľné už oveľa skôr v priebehu akejkoľvek vážnej choroby, aj keď je táto choroba potenciálne liečiteľná a že paliatívna starostlivosť môže a mala by byť poskytnutá ešte popri liečbe tohto ochorenia. Podľa vyhlásenia Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) „táto zmena myslenia vyplývala z nového chápania, že problémy na konci života majú pôvod v skoršej fáze choroby“. WHO definuje paliatívnu starostlivosť ako: „Prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín, ktorí čelia problémom spojeným so život ohrozujúcim ochorením. Súčasne sa zameriava na prevenciu a úľavu od utrpenia

Onkológia (Bratisl.), 2017; roč. 12(6): 394–397

prostredníctvom včasného rozpoznania a liečby bolesti a riešenie ostatných fyzických, psychosociálnych a duchovných problémov“ (3).

Prečo paliatívna medicína?

Starnutie obyvateľstva, úspechy nových liekov pri predĺžení života vážne chorých pacientov a úzko špecializovaný lekársky systém sťažujú lekárom poskytnúť komplexnú starostlivosť ťažko chorým pacientom a ich rodinám. Špecialista paliatívnej medicíny má:

- zabezpečiť kontrolu bolesti a iných symptómov,
- zmierniť zaťaženie rodinných príslušníkov a posilniť vzájomné vzťahy zo strany pacienta a príbuzných,
- získať reálne pochopenie povahy choroby a očakávanie do budúcnosti,
- pochopiť výhody a nevýhody dostupných liečebných alternatív a zväziť ich v kontexte cieľov a hodnôt pacienta,
- určiť osobu s rozhodovacou právomocou v prípade straty schopnosti samostatne sa rozhodovať,
- usporiadať finančné a majetkové záležitosti.

Viacnásobné štúdie preukázali, že pri závažných ochoreniach (ako je rakovina, demencia, konečné štádium ochorenia obličiek, kardiovaskulárne ochorenia) intervencie paliatívnej starostlivosti zlepšujú symptómy pacientov a kvalitu ich starostlivosti na konci života. Vďaka tomu je možné, aby sa pacienti vyhli hospitalizácii a dostali adekvátnu starostlivosť doma alebo v hospici. V jednej štúdií pacienti s novodiagnostikovaným metastatickým nemalobunkovým karcinómom pľúc, ktorí boli náhodne zaradení do skorej paliatívnej starostlivosti integrovanej so štandardnou onkologickou liečbou, mali lepšiu kvalitu života (QOL), menej depresívnych symptómov a dlhšiu strednú dĺžku života (11,6 oproti 8,9 mesiaci, $p = 0,02$) ako u tých, ktorí boli zaradení do najlepšej samostatnej onkologickej starostlivosti. Analýza ambulantnej paliatívnej starostlivosti vykonaná v tejto štúdií sa zamerala na manažment symptómov a informovanie pacientov a ich rodín o povahe choroby (4). V inej analýze dostávali pacienti s poskytnutou včasnou paliatívnou starostlivosťou rovnaký počet režimov chemoterapie ako v kontrolnej skupine, ale mali menšiu pravdepodobnosť, že dostanú chemoterapiu tesne pred smrťou alebo že budú na konci života hospitalizovaní a mali väčšiu šancu dostať sa do hospicu (5). Randomizované štúdie ukázali, že komplexná ambulantná paliatívna starostlivosť môže byť úspešne poskytnutá spolu s liečbou modifikujúcou ochorenie vrátane potenciálne vyliečiteľnej liečby. Toto sa ukázalo tak

v nemocničnej, ako aj v ambulantnej starostlivosti. Aj v inej štúdií sa dokázali výhody poskytovania paliatívnej starostlivosti súběžne s aktívnou liečbou (návštevy dvakrát týždenne zamerané najmä na liečbu fyzických a psychologických symptómov) verus bežná potransplantačná starostlivosť u 160 dospelých s hematologickými malignitami, ktorí podstúpili autológnu alebo alogénnu transplantáciu krvotvorných buniek (6). Po dvoch týždňoch mala intervenčná skupina menej nárastu depresie, úzkosti a celkovej symptomatickej záťaže a menší pokles kvality života (QOL); po troch mesiacoch si intervenujúci pacienti udržiavali vyššiu QOL a menej depresívnych stavov, hoci neboli významné rozdiely v úzkosti, únave alebo symptómovom zaťažení. Vzhľadom na tieto výhody je potrebné zmeniť paradigmu pre liečbu pacientov so všetkými vážnymi život ohrožujúcimi ochoreniami a nie výlučne len na pacientov s pokročilým nádorovým ochorením (7). V roku 2016 bolo aktualizované predbežné odporúčanie Americkej spoločnosti pre klinickú onkológiu (ASCO), aby sa vyčlenené služby paliatívnej starostlivosti integrovali do starostlivosti o hospitalizovaných aj ambulantných pacientov s pokročilým nádorovým ochorením už na začiatku choroby, súčasne s aktívnou liečbou (1).

Ciele paliatívnej starostlivosti

Liečba symptómov

Primárnou úlohou paliatívnej starostlivosti je zmiernenie bolesti a iných fyzických, psychických a emočných symptómov. Pacienti s pokročilými chorobami spojenými s kognitívnym poškodením, ako napr. demencia, predstavujú veľké riziko nepoznanej alebo nedostatočne liečenej bolesti. Jedna štúdia pacientov s bolesťami pri fraktúre krčka bedrovej kosti preukázala výrazne nižší podiel podávaných analgetík u pacientov s demenciou v porovnaní s kognitívne intaktnými pacientmi pred operáciou a po nej (8). Bolesť je silným precipitantom delíria a primeranosť manažmentu bolesti je spojená s výrazne zníženými rizikami tejto bežnej, ale závažnej nemocničnej komplikácie.

Stanovenie cieľov starostlivosti

Kvalifikovaná komunikácia je základom na stanovenie cieľov starostlivosti. Štúdie ukázali, že pacienti sú nespokojní so skúsenosťami komunikácie so zdravotníckymi pracovníkmi. Hlavným nedostatkom hodnoteným rodinnými príslušníkmi zomretých pacientov v nemocnici bol nedostatok času hovoriť so svojimi lekármi (9).

Poskytovatelia paliatívnej starostlivosti sú vyškolení v komunikačných zručnostiach potrebných na zostavenie cieľov starostlivosti na

základe hodnôt a želaní pacienta a na zabezpečenie toho, aby následne poskytovaná starostlivosť bola v súlade s týmito cieľmi.

Psychosociálna podpora

Väčšina programov využíva interdisciplinárny tím, ktorý môže zahŕňať sociálnych pracovníkov, kaplánov, psychiatrov, psychologov a/alebo poradcov s úmrtím. Depresia súvisí s vyšším využívaním služieb zdravotnej starostlivosti, ako aj s výrazne vyššou mierou úmrtnosti. Depresia, s prevalenciou 15 až 60 % u pacientov s terminálnou chorobou, je zo strany zdravotníckych pracovníkov chybné považovaná za normálnu súběžnú chorobu, čo vedie k nedostatočnej diagnostike a tým aj k nedostatočnej liečbe. U pacientov s pokročilým a chronickým ochorením je pravdepodobné, že budú mať väčší úžitok z antidepresívnej liečby, podpornej psychoterapie a poradenstva ako ostatná populácia (10). Depresia môže byť dôsledkom fyzických symptómov, stresu z dlhotrvajúceho ochorenia, existenčného utrpenia alebo starosti o rodinných príslušníkov. Neliečená depresia je spojená so zníženou funkčnou kapacitou, nižšou kvalitou života a túžbou po skoršej smrti. Štúdie ukázali, že liečba fyzických symptómov môže zlepšiť depresiu (4).

Ďalším dôležitým prvkom paliatívnej starostlivosti je starostlivosť o potreby a obavy členov rodiny a opatrovateľov. Komplikovaný smútok u pozostalých bol identifikovaný ako zreteľná porucha, ktorá má za následok vážne oslabenie a negatívne zdravotné dôsledky. Duchovná starostlivosť zohráva dôležitú úlohu pri zvládaní vážnych alebo terminálnych chorôb; duchovná úzkosť je úzko korelovaná s túžbou po skoršej smrti.

Koordinácia starostlivosti

Vážne chorí pacienti a ich rodiny v rámci zložitého, úzko špecializovaného zdravotníckeho systému čelia často veľkým problémom s vysvetlením a porozumením ich plánov ohľadom diagnostiky, liečby a starostlivosti. To si vyžaduje diskusie medzi viacerými pracoviskami a špecialistami ohľadom diagnostických a liečebných zásahov. Programy paliatívnej starostlivosti vďaka svojmu interdisciplinárnemu prístupu pomáhajú pacientom a rodinám pri porozumení a získavaní kontroly nad svojimi plánmi starostlivosti a pri poskytovaní ďalšej starostlivosti v prostredí, ktoré je najvhodnejšie pre ich potreby a zdroje. Vhodné nastavenia môžu pomôcť pri starostlivosti o pacienta v domácnosti, ošetrovateľských ústavoch, v hospicioch a iných ústavných zariadeniach.

Modely paliatívnej starostlivosti

Služby paliatívnej starostlivosti sa môžu poskytovať v nemocnici, ambulancii, opatrovateľskom domove alebo doma. Programy paliatívnej starostlivosti v nemocniciach zahŕňajú konzultačné tímy pre paliatívnu starostlivosť a špecializované ústavné zariadenia paliatívnej starostlivosti.

Modely nemocničnej paliatívnej starostlivosti zahŕňajú konzultačné služby, vyhradené jednotky paliatívnej starostlivosti a integrované modely paliatívnej starostlivosti.

Konzultačné služby

Väčšina konzultačných tímov v oblasti paliatívnej starostlivosti je interdisciplinárna a pozostáva z odborných lekárov, zdravotných sestier, sociálnych pracovníkov, psychológov, kaplánov, lekárníkov a dobrovoľníkov. Tím zabezpečuje odborný manažment symptómov, komunikáciu ohľadom dosiahnutia cieľa starostlivosti, podporu pacienta a jeho rodiny pri rozhodovaní sa pre zodpovedajúci cieľ a koordináciu starostlivosti.

Jednotky ústavnej paliatívnej starostlivosti

V lôžkových zariadeniach paliatívnej starostlivosti môžu poskytovatelia paliatívnej starostlivosti buď primárne prevziať zodpovednosť za pacientov, alebo pokračovať v konzultačnom režime podľa želania ošetrojúceho lekára. Prechod na lôžkovú jednotku paliatívnej starostlivosti je najvhodnejší pre nasledujúce indikácie: pacienti, ktorí majú ťažko kontrolovateľné príznaky; zdravotné potreby, ktoré nie je možné optimálne zvládnuť v inom prostredí; rodiny v núdzi, ktoré potrebujú vyššiu úroveň podpory; potreba presunu mimo kritickéj starostlivosti; a pre pacientov, ktorí bezprostredne umierajú. Veľkokapacitná jednotka paliatívnej starostlivosti môže znížiť náklady na nemocničnú starostlivosť poskytnutím adekvátnej liečby pacientovi a nedávaním márnej liečby. V jednej štúdií ušetrila jednotka paliatívnej starostlivosti denné nemocničné náklady o 74 percent v porovnaní s nákladmi pre rovnakého pacienta na oddelení s bežnou starostlivosťou (11).

Spoluriadiace modely

V súčasnosti v Spojených štátoch narastá počet integrovaných modelov riadenia, aby sa zvýšila paliatívna starostlivosť v rôznych prostrediach. Úspešné modely pre integráciu paliatívnej medicíny pre jednotky intenzívnej starostlivosti, chirurgické a traumatologické jednotky intenzívnej starostlivosti existujú v mnohých nemocniciach (12, 13).

Optimálny model paliatívnej starostlivosti v samostatnej inštitúcii je taký, aby bola dostatočne veľká na to, aby mohla mať paliatívne oddelenie aj poradný tím paliológov (14). Vyhradené oddelenie ponúka priamu kontrolu nad vykonávaním odporúčaní tímu paliatívnej starostlivosti a je navrhnuté tak, aby spĺňalo potreby pre vážne chorých pacientov a ich ochromených rodín. Poradný tím je na druhej strane menej náročný na zdroje, schopný poskytovať starostlivosť viacerým pacientom a ich rodinám a môže poskytnúť paliatívnu starostlivosť väčšiemu množstvu pacientov.

Režim paliatívnej starostlivosti v dome opatrovateľskej starostlivosti

Pacienti v dome opatrovateľskej starostlivosti (DOS) majú zvyčajne viac pokročilých chorôb, funkčnú závislosť, kognitívne poruchy a mnohé symptómy. Programy paliatívnej starostlivosti sa vyvíjajú s cieľom určiť, ako môže táto starostlivosť riešiť potreby tejto populácie. Výskum týkajúci sa modelov paliatívnej starostlivosti v opatrovateľských domovoch zistil, že konzultácie v rámci paliatívnej starostlivosti viedli v nižšej miere k hospitalizáciám s ťažkopádny prekladom chorých ako aj k zmierneniu nepríjemných príznakov (15). Tieto konzultácie mali najväčší vplyv vtedy, keď boli začaté čím dlhšie pred smrťou, čo poukazuje na dôležitosť začlenenia paliatívnej starostlivosti čím skôr (16).

Služby v oblasti paliatívnej starostlivosti v domácej komunite

Väčšina ľudí, ktorí potrebujú paliatívnu starostlivosť, nie je umierajúca ani hospitalizovaná a bývajú v domácnostiach, ev. v zariadeniach dlhodobej starostlivosti (v opatrovateľsko-ošetrovateľských domoch). Programy paliatívnej starostlivosti v domácej komunite sú dôležité na zabezpečenie dôležitej kontinuity starostlivosti o pacientov, ktorí sú prepustení z nemocnice po tom, čo ich videl konzultačný tím ústavnej paliatívnej starostlivosti. Okrem toho poskytovatelia komunitnej paliatívnej starostlivosti môžu pôsobiť ako konzultanti pre pacientov, ktorí nie sú hospitalizovaní, ale majú závažné chronické ochorenia, ťažkosť so symptómami a ťažkosť s riadením komplexných liečebných režimov. Dôležité je, aby boli tímy paliatívnej starostlivosti integrované v rámci existujúcej ambulantnej primárnej starostlivosti alebo odbornej praxe.

Ak sa začne na začiatku ochorenia s paliatívnou komunitnou starostlivosťou, zlepšuje sa klinická kvalita pacientov, znižujú sa krízy a súvisiaca potreba akútnych intervencií, zvyšuje sa pravdepodobnosť, že pacient zomrie vo svojom

vlastnom dome a môže sa zlepšiť prežívanie. Výhody konzultácie paliatívnej starostlivosti boli najpresvedčivejšie pri kontrole symptómov, najmä bolesti a dyspnoe (17).

Programy paliatívnej starostlivosti založené na domácej starostlivosti (mobilný hospicový tím alebo mobilný hospic) môžu poskytovať služby pacientom, ktorí majú problém s mobilitou a doprava do paliatívneho centra je náročná. Domáce návštevy poskytujú jedinečný prehľad o funkčnom stave pacienta, systéme podpory, dodržiavaní liečebných postupov a o starostlivosti rodiny. Navyše, mnohí ľudia s chronickým vážnym ochorením dávajú prednosť starostlivosti v domácnosti ako protikladu k nemocnici alebo inom ústavnému zariadeniu.

Hospicový model paliatívnej starostlivosti

Hospic je model na poskytovanie paliatívnej starostlivosti pre pacientov na konci života, keď liečba choroby alebo život predlžujúca liečba už nie je prínosom. Moderná koncepcia hospicu, ktorú založila Dr. Cicely Saundersová v roku 1967 v Anglicku, sa rozšírila po celom svete. Hospice poskytujú interdisciplinárnu starostlivosť 24 hodín denne, liečia sa symptómy pod trvalým lekárskeym dohľadom. Hospicovú starostlivosť je možné poskytovať v ľubovoľnom prostredí, najmä v domácnostiach, ale aj v nemocniciach, domoch s opatrovateľskou službou a voľne stojacich hospicových zariadeniach. Zatiaľ čo každá starostlivosť poskytovaná v hospicoch môže byť považovaná za paliatívnu starostlivosť, nie každá paliatívna starostlivosť je poskytovaná hospicmi.

Identifikácia pacientov vhodných na poskytnutie paliatívnej starostlivosti

Štandardné kritériá skríningu (pokročilý solídny nádor, predchádzajúca hospitalizácia do 30 dní, hospitalizácia dlhšia ako sedem dní a aktívne symptómy) na konzultáciu paliatívneho tímu skúmala nedávna štúdia, pri ktorej sa dokázalo významné zníženie 30-dňovej rehospitalizácie a skoršie využitie hospicu a iných služieb domácej starostlivosti (18).

Ďalšie navrhované kritériá zahŕňajú spirituálnu alebo existenciálnu krízu, žiadosť o urýchlenú smrť, delírium, kompresiu miechy, mozgovú a leptomeningeálne metastázy alebo pokročilú formu rakoviny s odhadovaným mediánom prežitia jeden rok alebo menej (19).

Je zaujímavé použiť v prognostikácii tzv. prekvapujúcu otázku: „Boli by ste prekvapení, ak by pacient zomrel v priebehu nasledujúcich

12 mesiacov?“ čo by tiež mohlo viesť k identifikácii pacientov, ktorí by mali využívať služby paliatívnej starostlivosti (20). Užitočnosť tejto otázky je však pravdepodobne väčšia u pacientov s rakovinou než u pacientov s nenádorovou diagnózou.

Vnímanie paliatívnej starostlivosti

Napriek vysokej verejnej podpore hodnoty paliatívnej starostlivosti existujú dva hlavné problémy:

- nízka informovanosť o službách paliatívnej starostlivosti medzi pacientmi a ich rodinami,
- tendencia klinických pracovníkov stotožňovať paliatívnu starostlivosť so starostlivosťou na konci života, tesne pred smrťou.

Samostatná anketa lekárov z USA určila ďalšie obavy týkajúce sa začlenenia paliatívnej starostlivosti:

- obavy, že zavedenie paliatívnej starostlivosti by mohlo interferovať s terapiou zameranou na čo najdlhšie predĺženie života (42 %),
- problémy súvisiace s vnímaným nedostatkom platieb za paliatívnu starostlivosť a/alebo stratu platby za prerušenú liečbu choroby (82 %),
- nedostatok lekárov a služieb v oblasti paliatívnej starostlivosti (78 %).

Okrem toho tento prieskum identifikoval medzery vo vzdelávaní lekárov v paliatívnej starostlivosti počas štúdia medicíny v súvislosti s vekom lekára. Väčšina (73 %) lekárov vo veku do 39 rokov hlásila kontakt s paliatívnou starostlivosťou počas štúdia na lekárskej fakulte, zatiaľ čo vo vekovej skupine od 40 do 49 rokov sa s paliatívnou starostlivosťou stretlo len 36 percent, 23 percent lekárov vo veku od 50 do 59 rokov a len 6 percent lekárov starších ako 60 rokov bolo počas štúdie oboznámených s paliatívnou starostlivosťou.

Komunikácia s pacientmi

Obmedzené údaje naznačujú, že komunikácia o paliatívnej starostlivosti môže zlepšiť otvorenosť a prístup k paliatívnej starostlivosti. Spôsob referovania pacienta do paliatívnej starostlivosti ošetrovujúcim onkológom bude ovplyvňovať vnímanie paliatológa pacientom. Preto je dôležité, aby si najmä ošetrojúci onkológ bol istý, že pacienta odovzdáva do rúk lekára, ktorý jeho pacientovi poskytne plnú symptomatickú starostlivosť, prípadne zväží návrat k chemoterapii, postará sa o komunikovanie cieľov liečby so samotným pacientom a s rodinou, aby bolo zabezpečené, že pacient naozaj dostal všetko a že aj rodina pacienta vníma, že ich príbuzný dostal všetko.

Záver

- Paliatívna starostlivosť je interdisciplinárny špecializačný odbor, ktorý sa zameriava na prevenciu a zmiernenie utrpenia všetkých druhov a na podporu najlepšej možnej kvality života pre pacientov a ich rodiny, ktoré sú vystavené vážnemu ochoreniu. Lekári, ktorí sú špecializovaní v oblasti paliatívnej starostlivosti, poskytujú dôkladnú kontrolu bolesti a symptómov, kvalifikovanú komunikáciu týkajúcu sa cieľov starostlivosti a koordinovanú starostlivosť v rôznych prostrediach a v čase.
- Paliatívna starostlivosť sa zameriava na zmiernenie utrpenia vo všetkých štádiách ochorenia a mala by byť poskytnutá súčasne s ostatnou potenciálne liečebnou alebo život predlžujúcou liečbou. Na rozdiel od paliatívnej starostlivosti je hospic systémom poskytovaním zdravotnej starostlivosti, v rámci ktorého sa pacientovi poskytne podpora a služby pri terminálnej chorobe, kde sa zameriava skôr na liečbu symptómov než na „liečbu choroby“. Takže hospic môže byť považovaný za program, ktorý poskytuje pacientom paliatívnu starostlivosť na konci života, zatiaľ čo paliatívna starostlivosť môže byť vhodne ponúkaná pacientom kedykoľvek v priebehu akéhokoľvek závažného ochorenia.
- Primárnou úlohou paliatívnej starostlivosti je zmiernenie bolesti a iných emočných a fyzických symptómov, podpora rodiny a pozornosť k sociálnym determinantom zdravia a chorôb. Ďalšie kľúčové služby spočívajú v stanovení cieľov starostlivosti, zosúladenia plánov starostlivosti s týmito cieľmi a z podpory psychosociálnych a duchovných potrieb a pomoci pri zomieraní.
- Služby paliatívnej starostlivosti môžu byť poskytované v nemocnici, v opatrovateľskom zariadení, v ošetrovateľskom zariadení, v ambulancii alebo doma. Programy paliatívnej starostlivosti založené v nemocniciach môžu zahŕňať špecializované oddelenia a/alebo interdisciplinárnu konzultačnú službu; konzultačná služba paliatívnej starostlivosti je najbežnejším modelom. Hospicovú starostlivosť možno poskytovať v domácnostiach, nemocniciach, opatrovateľských domoch a voľne stojacich hospicoch.

Literatúra

1. Ferrell BR, Temel JS, Temin S. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol* 2016; 35(1):96–112.

2. Braun LT, Grady KL, Kutner JS, et al. Palliative Care and Cardiovascular Disease and Stroke: A Policy Statement From the American Heart Association/American Stroke Association. *Circulation*. 2016;134(11):e198–e225.
3. World Health Organization (WHO) definition of palliative care, available online at <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en> (Accessed on November 17, 2017).
4. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363(8):733–742.
5. Greer JA, Pirl WF, Jackson VA, et al. Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol*. 2012;30(4):394–400.
6. El-Jawahri A, LeBlanc T, VanDusen H, et al. Effect of Inpatient Palliative Care on Quality of Life 2 Weeks After Hematopoietic Stem Cell Transplantation: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2016;316(20):2094–2103.
7. Wachterman MW, Pilver C, Smith D, et al. Quality of End-of-Life Care Provided to Patients With Different Serious Illnesses. *JAMA Intern Med*. 2016;176(8):1095–1002.
8. Morrison RS, Siu AL. A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *J Pain Symptom Manage*. 2000;19(4):240–248.
9. Teno JM, Clarridge BR, Casey V, et al. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA*. 2004;291(1):88–93.
10. Rayner L, Price A, Evans A, et al. Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: systematic review and meta-analysis. *Palliat Med*. 2011; 25(1):36–51.
11. Smith TJ, Coyne P, Cassel B, et al. A high-volume specialist palliative care unit and team may reduce in-hospital end-of-life care costs. *J Palliat Med*. 2003;6(5):699–705.
12. Aslakson RA, Curtis JR, Nelson JE. The changing role of palliative care in the ICU. *Crit Care Med*. 2014;42(11):2418–2428.
13. Cook D, Rocker G. Dying with dignity in the intensive care unit. *N Engl J Med*. 2014;370(26):2506–2514.
14. Gaertner J, Frechen S, Sladek M, et al. Palliative care consultation service and palliative care unit: why do we need both? *Oncologist*. 2012;17(3):428–435.
15. Comart J, Mahler A, Schreiber R, et al. Palliative care for long-term care residents: effect on clinical outcomes. *Gerontologist*. 2013;53(5):874–880.
16. Miller SC, Lima JC, Intrator O, et al. Palliative Care Consultations in Nursing Homes and Reductions in Acute Care Use and Potentially Burdensome End-of-Life Transitions. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(11):2280–2287.
17. Nordly M, Vadstrup ES, Sjøgren P, Kurita GP. Home-based specialized palliative care in patients with advanced cancer: A systematic review. *Palliat Support Care*. 2016;14(6):713–724.
18. Adelson K, Paris J, Horton JR, et al. Standardized Criteria for Palliative Care Consultation on a Solid Tumor Oncology Service Reduces Downstream Health Care Use. *J Oncol Pract*. 2017;13(5):e431–440.
19. Hui D, Mori M, Watanabe SM, et al. Referral criteria for outpatient specialty palliative cancer care: an international consensus. *Lancet Oncol*. 2016;17(12):e552–e559.
20. Lakin JR, Robinson MG, Bernacki RE, et al. Estimating 1-Year Mortality for High-Risk Primary Care Patients Using the „Surprise“ Question. *JAMA Intern Med*. 2016;176:1863.

MUDr. Michal Mroček

Dom Rafael

Kutlíková 15, 851 02 Bratislava
 primar@domrafael.sk