

# Paliatívna medicína

**MUDr. Kristína Križanová**

Oddelenie paliatívnej medicíny a klinickej onkológie, Národný onkologický ústav, Bratislava

Paliatívna medicína vznikla na základoch hospicového hnutia vo Veľkej Británii v 60. a 70. rokoch 20. storočia a jej implementácia do zdravotníckych systémov Európy stále pokračuje (1). Paliatívna medicína sa venuje liečbe bolesti a iných somatických ťažkostí, psychickým, duchovným a sociálnym potrebám pacientov s terminálnym ochorením, na konci života. Cieľom je čo najlepšia kvalita života chorých a ich blízkych ľudí. Jej zaradenie medzi medicínske špecializácie je logické a medziodborová spolupráca je nanajvýš potrebná. Miesta poskytovania paliatívnych služieb majú zodpovedať spôsobu organizácie zdravotníctva na Slovensku (2) (akútne postelové oddelenia, ambulancie paliatívnej medicíny, stacionárne hospice, mobilné paliatívne/hospicové tímy, konziliárne služby v nemocniciach a v poliklinikách).

**Kľúčové slová:** paliatívna medicína, paliatívna starostlivosť.

## Palliative care

Palliative care had its origins in the 1960s and 1970s in the UK with the emergence of the hospice movement and its inclusion in the European health care systems is inevitable. Palliative medicine provides treatment of pain and other somatic symptoms, caters to psychological, spiritual and social needs of terminally ill patients during the last days of their lives. Its goal is to improve the quality of life for both the patients and their families and relatives. Inclusion of palliative care into medical specialties is logical and cooperation between the individual specialties is much needed. Facilities offering palliative care must follow the organization scheme of the health care system in Slovakia (acute inpatient wards, outpatient palliative facilities, stationary hospices, mobile palliative/hospice teams, consiliary service in hospitals and policlinics).

**Key words:** palliative medicine, palliative care.

Onkológia (Bratisl.), 2014; roč. 9(6): 342–344

## Úvod

Kým bude zomieranie a smrť, bude potrebná zdravotnícka starostlivosť na konci života, ktorá zvládne nielen následky ochorení, ale aj ich liečby a nepredvídateľný priebeh zomierania. Asi 10 % ľudí zomiera náhle z plného zdravia primeraného veku. Ostatní zomierajú zväčša na chronické dlhotrvajúce ochorenia s prechodnými zlepšeniami a zhoršeniami zdravotného stavu.

Človek je jediný živý tvor na zemi, pokiaľ vieme, ktorý si je vedomý ohraničenia svojej existencie. Medzi narodením a smrťou je obdobie nekonečných zážitkov, učenia, skúmania, aktivít, lásky a celoživotnej socializácie. Musí nám byť nekonečne ľúto, že tento náš jedinečný život končí a že naša identita zostane zachovaná len v tých, čo budú na nás spomínať. Žiadna duša nám neprišla dosiaľ povedať, kde žije. Viera v Božiu prítomnosť nám mnohým pomáha prekonávať úzkosť zo zomierania.

Moderné zdravotníctvo poskytuje čoraz viac možností, ako zlepšiť zdravie, ale aj predĺžiť život. Etika zdravotníckej starostlivosti sa však nerozvíja rovnako rýchlo ako technický pokrok (3). Preto nie sú presné návody, ako postupovať pri rozhodovaní o konkrétnej liečbe u konkrétneho pacienta. Odporúčania sú všeobecné, kontraindikácie relatívne, medicína založená na dôkazoch (zlatý štandard sú randomizované štúdie) vo svojich výstupoch nehovorí o konkrétnom pacientovi.

Paliatívna medicína s možnosťami a výzvami, ktoré má dnes, sa začala rozvíjať v období stagnácie protinádorovej liečby (60. až 70. roky 20. storočia)

ako odpoveď na utrpenie chorých zomierajúcich na nevyliciteľné nádorové ochorenia v nemocniciach, bez liečby bolesti a ostatných symptómov nevyliciteľného ochorenia (4). Veľkým pokrokom bolo zistenie, že morfin je efektívny aj pri perorálnom podaní a že pri pravidelnom podávaní raz za 4 hodiny ( $\pm 1$  hod.) nevzniká tolerancia na jeho analgetický efekt (5). V roku 1967 vznikol prvý hospic poskytujúci starostlivosť nevyliciteľne chorým a zomierajúcim v Londýne (1). V 80. rokoch 20. storočia vznikli v USA prvé paliatívne tímy lekárov a sestier v nemocnici (New York), pre domácnosti (Connecticut) a prvé oddelenie paliatívnej starostlivosti s ambulantným tímom pre celú nemocnicu v Montreale (1). Aj keď onkológovia veľmi neradi spájajú onkologické ochorenie s bolesťami, fakt je, že pri žiadnom chronickom ochorení nemajú pacienti toľko rozmanitých typov bolesti ako pri nádorovom.

Väčšina medicínskych špecializácií je zameraná na špecifický orgánový systém, napríklad kardiológia, nefrológia, neurológia, alebo na typ ochorenia, napríklad infektológia, onkológia, reumatológia. Iné špecializácie sa zameriavajú na všeobecné potreby určitej skupiny pacientov, pediatria, geriatra, gynekológia a pôrodnictvo. Paliatívnu medicínu môžeme zaradiť do poslednej skupiny: venuje sa somatickým, psychickým, duchovným a sociálnym potrebám pacientov s terminálnym ochorením.

**Paliatívna medicína skúma a zvláda problémy chorých s aktívnou, zhoršujúcou sa a pokročilou chorobou, ktorej prognóza je limitovaná: cieľom je čo najlepšia kvalita**

**života** (1). Jej súčasťou je komplexná terapia symptómov a podpora pacientov na konci života, aj ich rodín a blízkych ľudí tak, aby utrpenie všetkých bolo znesiteľné. Paliatológ musí mať vedomosti a zručnosti na terapiu bolesti a ostatných symptómov nevyliciteľného ochorenia, ale musí mať aj osobný postoj a špecifické zručnosti v komunikácii pri riešení zložitých životných situácií. Najlepšie je, ak sa pacientovi a rodine venuje paliatívny tím, ktorého základom sú lekár a sestra, ale aj psychiater, psychológ, duchovný, dobrovoľník, sociálny pracovník sú veľmi potrební členovia multidisciplinárneho tímu (6).

Paliatívna medicína poskytuje aj konziliárne služby pre praktických lekárov, agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, pracoviská klinickej onkológie, interné, chirurgické a pediatrické oddelenia a kliniky, liečebne pre dlhodobu chorých (domovy sociálnych služieb), geriatrické pracoviská, azylové a charitatívne zariadenia (6).

Paliatívna medicína so svojím objemom špecializovaných znalostí má byť **zodpovedná za prísun paliatívnych služieb pre špecifickú populáciu**. Má zahŕňať všetky potrebné spôsoby a miesta poskytovania zdravotníckych služieb: postelové oddelenia, nemocničné konziliá pre pacientov na oddeleniach, ambulancie, domácu starostlivosť ako aj podporu pozostalých. Najvhodnejšie je vytvoriť paliatívne služby v rámci existujúceho národného zdravotníckeho systému v prostredí zdravotníckych inštitúcií, ktoré ich prirodzene zahrnú do svojich služieb.

Paliatológ a jeho vedomosti a zručnosti (modifikované podľa 7):

- expertné znalosti patofyziológie a liečby príznakov vyplývajúcich zo život ohrozujúceho ochorenia,
- vedomosti o priebehu onkologických ochorení a najmä o špecifických liečbach zameraných na zmenu priebehu ochorenia, ako aj o priebehu iných chronických progredujúcich a nevyliciteľných ochorení,
- skúsenosti v liečbe pacientov nielen v nemocnici, ale aj doma alebo v hospici,
- expertné rady v úlohe konziliára,
- primerané klinické rozhodnutia o poskytovaní zdravotníckej starostlivosti podľa potrieb, pochopenia a priorít pacienta a jeho rodiny s cieľom zlepšenia kvality života, zmiernenia utrpenia a podpory rodiny,
- pochopenie pre vplyv osobnej historickej a sociálnej anamnézy ako aj kultúrnych vplyvov na vzťah medzi pacientom a jeho rodinou a lekárom a sestrami,
- expertná diskusia o veciach na konci ľudského života nielen s pacientom a jeho rodinou, ale aj s ostatnými špecialistami tak, aby sa dospelo ku konsenzu z medicínskeho aj ľudského hľadiska,
- odpovedať na žiadosť o eutanáziu vrátane vysvetlenia etického a právneho stavu v krajine,
- citlivo hľadať v pacientových obavách ich fyzický, psychický, sociálny alebo duchovný pôvod a efektívne viesť komunikáciu.

Kontext paliatívnej starostlivosti ilustruje nasledujúci citát: „Podporná (suportívna) starostlivost v onkológii (s celým spektrom racionálnej lekárskej, ošetrovateľskej, psychosociálnej a rehabilitačnej podpory pacientov počas všetkých stupňov vývoja pacientovho ochorenia) a paliatívna starostlivost nie sú v žiadnom prípade protívnikmi alebo nesúvisiacimi entitami, ale naopak. Oba prístupy sú orientované na pacienta a od seba závislé ako „siamské dvojčatá“. .... Postupne sa rozvinuli suportívne a paliatívne služby aj vo vysokošpecializovaných nemocniciach a v onkologických centrách, pretože významy „high tech“ a „high touch“ si navzájom neodporujú pri poskytovaní optimálnej lekárskej a ošetrovateľskej onkologickej starostlivosti“ (4).

Zložitosť medicínskej problematiky chronických, progredujúcich ochorení, najmä onkologických, nedovoľuje v súčasnosti jednotlivcovi vedomostne obsiahnuť celú problematiku do hĺbky aj do šírky. Medziodborová spolupráca sa stáva nevyhnutnosťou a tímové rozhodovanie pravidlom. Klinickí onkológovia zväčša dobre ovládajú problematiku podpornej liečby pri podávaní chemoterapie a pri prevencii jej nežiaducich

**Tabuľka 1.** Systém starostlivosti o pacientov (podľa 10)

| Bez ochorenia (vyliečený) | Včasné štádium ochorenia            | Pokročilé Progredujúce ochorenie | Smútenie                |
|---------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
|                           | Podporná (suportívna) starostlivost |                                  |                         |
|                           |                                     | Paliatívna starostlivost         |                         |
|                           |                                     |                                  | Hospicová starostlivost |

*Poznámka: Všetky tri názvy majú presahujúci, ale odlišný význam. Hospicová starostlivost je limitovaná na služby pre pacientov niekoľko mesiacov pred smrťou, stabilizovaných a zomierajúcich, najmä v mieste ich bydliska. Paliatívna starostlivost zahŕňa hospicovú, ale je aj špecializovanou starostlivosťou v zdravotníckych zariadeniach akútnej starostlivosti alebo v onkologických centrách. Podporná (suportívna) starostlivost zahŕňa obe predošlé ako aj starostlivost o vyliečených onkologických pacientov. Sivé políčka ukazujú možnosti expanzie jednotlivých programov.*

**Tabuľka 2.** Paliatívny prognostický index (11)

| Premenná                        | Číastkové skóre                                                     |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Karnofského % výkonnosti</b> |                                                                     |
| 10 – 20                         | 4                                                                   |
| 30 – 50                         | 2,5                                                                 |
| ≥ 60                            | 0                                                                   |
| <b>Príjem potravy</b>           |                                                                     |
| výrazne znížený                 | 2,5                                                                 |
| mierne znížený                  | 1,0                                                                 |
| normálny                        | 0                                                                   |
| <b>Edémy</b>                    |                                                                     |
| prítomné                        | 1,0                                                                 |
| nepítomné                       | 0,0                                                                 |
| <b>Pokožová dýchavica</b>       |                                                                     |
| prítomná                        | 3,5                                                                 |
| nepítomná                       | 0,0                                                                 |
| <b>Delírium</b>                 |                                                                     |
| prítomné                        | 4,0                                                                 |
| nepítomné                       | 0,0                                                                 |
| <b>Interpretácia PPI skóre</b>  |                                                                     |
| <b>Celkové skóre</b>            | <b>PPV pre prežitie 6 týždňov</b> <b>NPV pre prežitie 6 týždňov</b> |
| > 4                             | 0,83      0,71                                                      |

*Vysvetlivky: PPV – pozitívna prediktívna hodnota, NPV – negatívna prediktívna hodnota, celkové skóre sa vypočíta súčtom číastkových skóre*

účinkov a v špecifických prípadoch sa obracajú na špecialistov, ako je neurológ, ortopéd, pneumológ, kardiológ, gastroenterológ, farmakológ, infektológ, algeziológ. Vždy musia koordinovať výsledky konziliárnych vyšetrení a zohľadniť ich v ďalšom liečebnom postupe. Konziliárne služby sú však v celej šírke dostupné spravidla len vo veľkých nemocniciach v špecializovaných onkologických centrách. Samostatne pracujúci klinickí onkológovia sa často spoliehajú na vlastné sily a na služby polikliniky, ktorej môžu, ale nemusia byť súčasťou.

Jedným z hlavných aspektov suportívnej a paliatívnej medicíny je **pacientocentrizmus**. Možno tak nazvať prístup, kedy zdravotnícka starostlivost prichádza priamo za pacientom a nie naopak. Aj v prípade vyšetrenia v ambulancii paliatívnej medicíny je tento zreteľ najdôležitejší. Ak pacient trpí závažnými somatickými alebo psychickými ťažkosťami z prebiehajúceho terminálneho ochorenia, je potrebná akútna hospitalizácia na akútnom oddelení paliatívnej medicíny s cieľom rýchleho

zvládnutia symptómov a čo najrýchlejšieho návratu chorého do domácej starostlivosti. Doma je hlavným ošetrovateľom pacientov praktický všeobecný lekár. V ideálnom prípade by mal mať základné vedomosti o paliatívnom prístupe k zomierajúcemu a dostupnosť konzília paliatológa, ak by bol stav pacienta komplikovaný.

Pre špecifickú problematiku niektorých „ťažkých“ spôsobov zomierania nemajú praktickí všeobecní lekári dostatok potrebných skúseností. Aj preto vznikla paliatívna medicína. Pre jej potrebnost a špecifickost sa musí zaradiť ako staronová medicínska špecializácia (tabuľka 1) do systému starostlivosti o pacientov, v tomto prípade o tých, ktorí čelia nevyhnutnému koncu života práve teraz a práve tu.

**Zmena miesta a typu starostlivosti o pacienta** – prechod z onkologickej do paliatívnej starostlivosti – by mala byť v súlade s celkovým stavom pacienta (tabuľka 2) a s jeho preferenciami. V našom zdravotníckom systéme pretrvávajú skôr

paternalistický spôsob komunikácie lekára s pacientom, ktorý predpokladá temer automaticky súhlas pacienta s navrhnutým diagnostickým a liečebným postupom („...vy to viete najlepšie, pán doktor, čo je pre mňa vhodné, ja tomu veľmi nerozumiem...“). V terminálnej fáze ochorenia je preto nevyhnutné spoločné odporúčanie napríklad onkológa a paliatológa tak, aby to nebolo pre pacienta stresujúce („...to už tam idem zomrieť, však...“). Zmena uhla pohľadu na nevyliciteľné ochorenie a na jeho vplyv na kvalitu života chorého je však nevyhnutným predpokladom na to, aby pacienta nezaťažovala toxicita neúčinnnej terapie.

Niektorí pacienti zostanú bojovne stáť proti ochoreniu až do posledného dychu, niektorí by boj aj vzdali, ale pobádajú ich príbuzní. Niektorí na priamu otázku („...čo si myslíte vy o svojom ochorení a o svojom celkovom stave?“) povedia, že sa cítia na zomretie. Vedia opísať, čo cítia a čo ich najviac trápi a čo by si v danej chvíli priali. Takýto rozhovor pokračuje ďalej a je veľmi emotívny a náročný pre pacienta aj pre lekára. V jeho závere možno urobiť terapeutický návrh a vysvetliť ďalšie liečebné zámery, ale najmä ubezpečiť chorého, že ho neopustíme (my zdravotníci, my lekári) v priebehu jeho záverečnej fázy života.

## Stav paliatívnej starostlivosti na Slovensku

Odmietanie paliatívnej starostlivosti („ved' všetko toto robíme aj my...“, „naši pacienti majú dobrú symptomatickú liečbu“, „čo chcete vyučovať medikov, lekárov a sestry?“) sa zmiernilo integráciou Slovenska v rámci Európy, aktivitou mnohých lekárov a sestier na Slovensku, informovanosťou o analgetickej liečbe. Obavy z paliatívnej medicíny ako konkurenta v poskytovaní zdravotníckych služieb pretrvávajú pre celkový nedostatok finančných zdrojov.

Okrem týchto nepriaznivých faktorov hrozí, že môže zaniknúť ktorékoľvek už vytvorené pracovisko paliatívnej medicíny pre vyčerpanosť paliatívneho tímu, nedostatočnosť siete pracovísk a nedostatok odborného personálu, pre nedostatočný výskum či odchod paliatívneho lídra do dôchodku. Tieto riziká upozorňujú na nevyhnutnosť budovať nielen potrebnú sieť paliatívnych pracovísk, ale aj venovať pozornosť tak paliatívneho výskumu, ako aj špecializácii v tomto medicínskom odbore.

Na Slovensku je myslenie bežných ľudí, ale aj lekárov, ešte stále silne ovplyvnené **konceptiou „vítaziacej medicíny“**. Úlohou modelovania zdravotníckeho systému je nájsť správny prístup paliatívnej medicíny ku kuratívnej medicíne tak, aby mohli vytvoriť trvalé partnerstvo v prospech pacientov, ktorí sa nachodia v tiesnivej situácii. Treba začať s výskumom a vniesť paliatívne prí-

stupy do príbuzných odborov, ako je geriatra, vnútorné lekárstvo alebo neurológia.

Na Slovensku systematicky fungujú pri poskytovaní domácej starostlivosti agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) (8), ktoré majú úzko spolupracovať s praktickým všeobecným lekárom pri doliečovaní pacientov po operáciách, pri rehabilitácii, rôznych úkonoch potrebných v starostlivosti o imobilných pacientov v domácnostiach. Ich súbor výkonov je veľký, ale poisťovne im kráti platby a obmedzujú ich napríklad na úplne imobilných pacientov.

**Mobilný paliatívny/hospicový** tím musí mať služby lekára, pretože nejde o typickú službu ADOS. Poisťovne na Slovensku zatiaľ neuzavierajú zmluvy s paliatológom na poskytovanie starostlivosti v domácnosti, len s ADOS. Je to aj preto, že sa dosiaľ nedosiahol priradenie príslušných lekárskeho výkonov pre ambulanciu paliatívnej medicíny. Mobilné paliatívne/hospicové tímy by mohli/mali vykonávať symptomatickú liečbu a liečbu bolesti v spolupráci s praktickými všeobecnými lekármi v domácnostiach vtedy, keď to praktickí všeobecní lekári nedokážu zvládnuť sami. Okrem toho by tieto tímy navštevovali nevyliciteľne chorých a zomierajúcich v domovoch sociálnych služieb.

Onkologické centrá na Slovensku nemajú ani paliatológov, ani špecializované podporné tímy. Oddelenie klinickej onkológie a paliatívnej medicíny Kliniky klinickej onkológie LF UK a SZU Národného onkologického ústavu v Bratislave je už 20 rokov jediné svojho druhu, aj s funkčnou ambulanciou. Poskytuje vzdelávanie v paliatívnej medicíne pre lekárov.

**Akútne oddelenia paliatívnej medicíny na Slovensku nejestvujú vôbec.** Nemocnice nemajú zmluvy na oddelenia tohto typu, pretože ich poisťovne mylne považujú za oddelenia (liečebne) dlhodobých chorých, ktoré (autorkin osobný názor) možno považovať za relikty socialistického zdravotníctva. Oddelenia a liečebne dlhodobých chorých dosiaľ nahrádzajú nedostatočnú sieť ošetrovateľsko-opatrovateľských zariadení, ktoré by mali robiť starostlivosť o stabilizovaných chorých, ktorí nie sú schopní žiť v domácnosti.

Okrem akútnych oddelení paliatívnej medicíny vo väčších spádových nemocniciach, ktoré by poskytovali rýchlu úľavu bolesti a ostatných somatických príznakov by mala existovať aj **sieť hospicov**. Stacionárnych hospicov je na Slovensku málo (Bratislava, Palárikovo, Trstice, Nitra, Trenčín, Banská Bystrica, Ľubica, Bardejovská Nová Ves) a borí sa s finančnými ťažkosťami. Hospicových postelí je na Slovensku asi sto (podľa toho, koľko ich poisťovne „zazmluvnia“ pre jednotlivé zariadenia). Platby poisťovní pokrývajú asi 60 % nákladov na

zdravotnícku starostlivosť o zomierajúceho pacienta. Zvyšok nákladov treba pokryť priamymi platbami od príbuzných pacientov.

Čo sa týka výskumu v paliatívnej medicíne, vo svete sa už dlhodobo robí, no na Slovensku nie sú preň žiadne podmienky.

## Záver

Vývoj paliatívnej starostlivosti a paliatívnej medicíny ide dlhou a krivolakou cestou (9). Jeho implementácia do zdravotníckych systémov je však nezastaviteľná (2), pretože je vyvolaná potrebami nevyliciteľne chorých a zomierajúcich, ktorých zdravotníctvo nesmie opustiť: namiesto apatickej rezignácie lekárov aj pacientov je potrebné hovoriť s pacientom o tom, čo sa ešte dá urobiť. Namiesto boja o život prejsť do akceptácie zomierania a smrti. Na zmiernenie somatických ťažkostí využiť všetky dostupné prostriedky modernej medicíny, hovoriť o všetkých možnostiach s chorými a ich blízkymi. Tak, aby bolo utrpenie na konci života znesiteľné a dovolilo im rozlíčiť sa so všetkým, čo im bolo drahé.

## Literatúra

1. Saunders C. The evolution of palliative care. *J R Soc. Med.* 2001;94(9):430–432.
2. Rezolúcia a odporúčanie Riadiacej rady WHO a generálnej riaditeľky WHO: „Posilňovanie paliatívnej starostlivosti ako súčasť integrovanej liečby v jej kontinuite“ pre 67. Svetové zdravotnícke zhromaždenie, WHA 67. 19. máj 2014.
3. Song MK, Hanson LC, Gilet CA, et al. Management of Ethical Issues Related to Care of Seriously Ill Dialysis Patients in Free-Standing Facilities. *J. Pain Sympt. Manag.* 2014;48(3):343–352.
4. Senn HJ, Glaus A. Supportive Care in Cancer – 15 years thereafter. *Support. Care Cancer.* 2002;10(1):8–12.
5. Saunders C. The care of the terminal stages of cancer. *Ann R. Coll. Surg. Engl.* 1967; 41(Suppl):162–169.
6. Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, osobitné vydanie dňa 31. augusta 2006, ročník 54, č. 17463/OZS. Konceptia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti.
7. EAPC curriculum Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) for the development of postgraduate curricula leading to certification in Palliative Medicine. Report of the EAPC Task Force on Medical Education. 2009. Available from: <<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=2DHXBm1zaM%3d>>.
8. Available from: <<http://www.zzz.sk/?page=adosy>>.
9. Bruera E. Long and winding road. *Eur. J. Pall. Care.* 2007;14(6):225.
10. Hui D, Cruz M, Mori M, et al. Concepts and definitions for „supportive care“, „best supportive care“, „palliative care“, and „hospice care“ in the published literature, dictionaries, and textbooks. *Support Care Cancer.* 2013;21(6):659–685.
11. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer.* 1999;7:128–133.

**MUDr. Kristína Krížanová**  
Oddelenie paliatívnej medicíny  
a klinickej onkológie  
Národný onkologický ústav  
Klenová 1, 833 10, Bratislava  
[kristina.krizanova@nou.sk](mailto:kristina.krizanova@nou.sk)

