

Jiří Vorlíček, Zdeněk Adam, Yvona Pospíšilová a kolektiv

PALIATIVNÍ MEDICÍNA

**DRUHÉ, PŘEPRACOVANÉ
A DOPLNĚNÉ VYDÁNÍ**

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umístování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.



Autoři:

prof. MUDr. Zdeněk Adam, CSc.
Interní hematologická klinika
FN Brno

MUDr. Lenka Babičková
Klinika nemocí plicních a tuberkulózy
FN Brno

doc. MUDr. Zdeněk Boleloucký, CSc.
Psychiatrické oddělení
Nemocnice Svitavy

doc. MUDr. Igor Crha, CSc.
Gynekologicko-porodnická klinika
FN Brno

MUDr. Aleš Čermák
Urologická klinika
FN Brno

Milena Doležalová
Odd. anesteziologie a onkologické intenz. péče
Masarykův onkologický ústav, Brno

doc. MUDr. Olga Dostálová, CSc.
Katedra sociální péče
FFUK Praha

MUDr. Zdeněk Fojtík, Ph.D.
Interní hematologická klinika
FN Brno

doc. MUDr. Lubomír Hakl, CSc.
Centrální operační sály
FN Brno

prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc.
Katedra psychosociálních věd a speciální etiky
Husitská teologická fakulta UK Praha

doc. MUDr. Petr Husa, CSc.
Klinika nemocí infekčních
FN Brno

doc. MUDr. Stanislav Janoušek, CSc.
Interní kardiologická klinika
FN Brno

prof. MUDr. Zdeněk Kadaňka, CSc.
Neurologická klinika
FN Brno

MUDr. Igor Kiss
Oddělení klinické onkologie
FN Brno

MUDr. Pavel Krahulec, CSc.
Specializovaná urologická ambulance
Brno

PhDr. Alena Mellanová, CSc.
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství
1. lékařská fakulta UK, Praha

prof. MUDr. Miroslav Penka, CSc.
Oddělení klinické hematologie
FN Brno

prof. MUDr. Alena Pospíšilová, CSc.
Dermatovenerologická klinika
FN Brno

MUDr. Yvona Pospíšilová
Interní hematologická klinika
FN Brno

prof. MUDr. Jarmila Siegelová, DrSc.
Klinika funkční diagnostiky a rehabilitace
FN u sv. Anny, Brno

prof. MUDr. Adolf Slabý, DrSc.
IV. interní klinika 1. LF, UK Praha

doc. MUDr. Tomáš Skříčka, CSc.
Bakešova nemocnice, Brno

doc. MUDr. Jana Skříčková, CSc.
Klinika nemocí plicních a tuberkulózy
FN Brno

MUDr. Ondřej Sláma
Interní hematologická klinika
FN Brno

MUDr. Vladimír Spurný, CSc.
Oddělení radiační onkologie,
FN u sv. Anny, Brno

MUDr. Marie Svatošová,
Nevanova 1041
163 00 Praha 6

prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.
Anesteziologicko-resuscitační klinika,
FN u sv. Anny, Brno

PhDr. Jiřina Šiklová, CSc.
Katedra sociální práce,
FFUK Praha

doc. MUDr. Miroslav Tomáška, CSc.
Interní hematologická klinika
FN Brno

MUDr. Pavel Vodvářka, Ph.D.
Radioterapeutická klinika,
FN Ostrava-Poruba

Recenzenti:

prof. MUDr. Michal Anděl, CSc.
II. interní klinika
LF UK a FN KV, Praha

prof. MUDr. Karel Benda, DrSc.
Radiologická klinika
FN Brno

doc. MUDr. Zdeněk Boleloucký, CSc.
Psychiatrické oddělení
Nemocnice Svitavy

MUDr. Zdeněk Bystřický
Bakešova nemocnice, Brno

MUDr. Aleš Čermák
Urologická klinika
FN Brno

MUDr. Ivo Černý
Psychiatrická léčebna Brno

prof. MUDr. Aleš Hep, CSc.
Interní gastroenterologická klinika
FN Brno

MUDr. Vítězslav Hradil
Rehabilitační oddělení
Ústav onkologie a pneumologie,
Nová ves pod Pleší

doc. MUDr. Miroslav Marel, CSc.
Plicní klinika
VFN, Praha

doc. MUDr. Jiří Petera, Ph.D.
Radioterapeutická klinika
FN Hradec Králové

MUDr. Květa Pirochtová
Přívrat 24, Brno

prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.
Interní hematologická klinika
FN Brno

doc. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc.
Klinika komplexní onkologické péče
Masarykův onkologický ústav, Brno

prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.
Oddělení chirurgické onkologie,
Masarykův onkologický ústav, Brno

Mgr. Marie Přidalová
Dům léčby bolesti,
Rajhrad u Brna
MUDr. Petr Salaj
Ústav hematologie a krevní transfuze
Praha

MUDr. Ondřej Sláma
Interní hematologická klinika
FN Brno

MUDr. Regina Slámová
Hospic sv. Alžběty
Brno

doc. MUDr. Marie Staňková, CSc.
Infekční klinika,
FN na Bulovce, Praha

MUDr. Wieslaw Strzondala
U Michelské školy 4,
Praha

MUDr. Pavel Vedra
KEPHAS, s.r.o.,
Praha

doc. MUDr. Oldřich Vinař, DrSc.
K Ovčínu 10
182 00 Praha

prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc.
I. interní kardiologická klinika
FN u sv. Anny, Brno

MUDr. Pavel Vodvářka, Ph.D.
Radioterapeutická klinika
FN Ostrava-Poruba

prof. MUDr. Jan Wechsler, CSc.
I. chirurgická klinika
FN u sv. Anny, Brno

Obsah

1	Úvod do problematiky paliativní medicíny (J. Vorlíček).....	19
1.1	Historické poznámky	19
1.2	Definice paliativní medicíny	24
1.3	Paliativní péče a utrpení	25
1.4	Multidisciplinární přístup k paliativní léčbě	27
1.5	Integrace paliativní léčby do klinické praxe	27
1.5.1	Paliativní péče je aktivní léčba	27
1.5.2	Důležitost a kvalita paliativní medicíny, výhledy do budoucnosti. Standardy a nákladnost paliativní medicíny	28
2	Základní principy diagnostiky a léčby jednotlivých symptomů (J. Vorlíček)...	29
3	Bolest a možnosti jejího léčení (P. Ševčík, J. Vorlíček)	
	<i>recenze O. Sláma a Z. Bystřický.....</i>	31
3.1	Příčiny bolestí u onkologických nemocných	31
3.1.1	Bolesti způsobené vlastním nádorem	31
3.1.2	Bolesti způsobené léčbou a diagnostikou	32
3.1.3	Bolesti způsobené celkovým oslabením nemocného	33
3.1.4	Bolesti bez vztahu k nádorovému onemocnění	33
3.2	Příznaky bolestí souvisejících s nádorovou chorobou	33
3.2.1	Kostní a periostální bolesti	33
3.2.2	Viscerální bolesti břicha	34
3.2.3	Bolesti měkkých tkání	34
3.2.4	Ischemické bolesti	34
3.2.5	Povrchové bolesti	34
3.2.6	Zánět sliznice dutiny ústní	34
3.2.7	Neuropatické bolesti	35
3.2.8	Postmastektomický syndrom	35
3.3	Klinické hodnocení bolestivých stavů	35
3.3.1	Obecné poznámky	35
3.3.2	Anamnéza	36
3.3.3	Fyzikální vyšetření	37
3.3.4	Laboratorní a přístrojová diagnostika	38
3.4	Léčba	38
3.4.1	Obecné poznámky	38
3.4.2	Paliativní onkologická léčba	39
3.4.3	Symptomatická analgetická léčba	40
3.4.4	Psychoterapeutický přístup	41
3.4.5	Invazivní postupy při léčbě bolesti	54
3.5	Další aspekty léčby	58
3.5.1	Monitorování léčby	58
3.5.2	Písemný plán léčby	59
3.5.3	Zvláštní opatření pro nemocné v terminálním stavu	59
3.6	Organizace léčby onkologické bolesti	59

Příloha 1: Stručný klíč k řešení bolestí u pokročilé nádorové nemoci	61
Příloha 2: Platné právní normy pro práci s opioidy	66
4 Horečka způsobená nádorovou nemocí (Z. Fojtík) recenze P. Vodvářka	69
4.1 Základní informace o tělesné teplotě	69
4.2 Patogeneze zvýšené tělesné teploty	69
4.3 Diferenciální diagnostika febrilních stavů	70
4.4 Léčba zvýšené teploty u onkologických nemocných	70
4.5 Závěr	71
5 Nevolnost a zvracení v paliativní péči (M. Tomiška, J. Vorlíček)	
<i>recenze W. Stronzola</i>	73
5.1 Charakteristika a výskyt	73
5.2 Příčiny nevolnosti a zvracení	73
5.3 Charakteristika jednotlivých typů nevolnosti a zvracení	75
5.3.1 Nevolnost a zvracení při střevní obstrukci	75
5.3.2 Zvracení po paliativní protinádorové chemoterapii	75
5.3.3 Zvracení při paliativní radioterapii	76
5.3.4 Nevolnost a zvracení při podávání opioidů	77
5.4 Léčba nevolnosti a zvracení v paliativní péči	77
5.4.1 Principy léčby	77
5.4.2 Nefarmakologické postupy	77
5.4.3 Přehled farmak s antiemetickým účinkem v paliativní léčbě	78
5.4.4 Doplnková terapie	80
5.4.5 Léčba zvracení při střevní obstrukci	81
5.4.6 Prevence a léčba zvracení po paliativní chemoterapii	82
5.4.7 Prevence a léčba zvracení po paliativní radioterapii	83
5.4.8 Léčba zvracení po opioidech	83
5.4.9 Léčba chronické nevolnosti u nemocných s pokročilým nádorem	84
5.5 Výhledy do budoucna	84
6 Výživa v pokročilé fázi chronického onemocnění (M. Tomiška)	
<i>recenze Z. Bystřický</i>	87
6.1 Nádorová malnutrice, její charakteristika, výskyt a význam	87
6.2 Nutriční podpora v paliativní péči	87
6.2.1 Dietní intervence	88
6.2.2 Farmakologické ovlivnění anorexie	90
6.2.3 Sondová enterální výživa v paliativní péči	90
6.2.4 Parenterální výživa u pokročilého nádorového onemocnění	91
6.2.5 Otázky výživy v terminální fázi onemocnění	92
6.3 Etické otázky týkající se výživy v terminální fázi onemocnění	92
7 Zácpa v paliativní péči (M. Tomiška) recenze Z. Bystřický	95
7.1 Příčiny zácpy	95
7.2 Klinické projevy zácpy	95
7.3 Diagnostika zácpy	96
7.4 Obstrukce střeva při zácpě	97
7.5 Profylaxe zácpy	98

7.6	Medikamentózní léčba zácpy	98
7.6.1	Změkčující projímadla	99
7.6.2	Dráždivá projímadla	100
7.6.3	Rektální formy projímadel	101
7.7	Obecná strategie léčby zácpy	102
8	Péče o dutinu ústní (<i>R. Vyzula, M. Doležalová</i>) <i>recenze O. Sláma</i>	105
8.1	Mukozitida	105
8.1.1	Profylaxe mukozitidy	106
8.1.2	Léčba mukozitidy	106
8.2	Xerostomie	108
8.2.1	Léčba xerostomie	108
8.3	Péče o ústní dutinu u terminálně nemocných pacientů	109
9	Hydratace v paliativní péči (<i>M. Tomáška</i>) <i>recenze Z Bystřický</i>	111
9.1	Problém dehydratace v terminální fázi onkologického onemocnění	111
9.2	Diagnóza deficitu tekutin	113
9.3	Způsoby hydratace paliativně léčeného pacienta	114
9.3.1	Hypodermoklýza	114
9.3.2	Proktoklýza	115
9.4	Současný přístup k hydrataci terminálně nemocného pacienta	115
10	Maligní ascites (<i>T. Skřička</i>) <i>recenze A. Hep</i>	117
10.1	Klasifikace	118
10.1.1	Centrální forma	118
10.1.2	Periferní forma	118
10.1.3	Směšaná forma	119
10.1.4	Chylózní forma	119
10.2	Diferenciální diagnóza	119
10.3	Diagnostika	119
10.3.1	Anamnéza	119
10.3.2	Klinické příznaky	119
10.3.3	Radiodiagnostika	119
10.3.4	Sonografické vyšetření	120
10.3.5	Punkce dutiny břišní	120
10.3.6	Vyšetření punktátu dutiny břišní	120
10.4	Léčba maligního ascitu	121
10.4.1	Farmakoterapie	121
10.4.2	Terapeutická punkce dutiny břišní	121
10.4.3	Peritoneovenózní shunty (zkraty)	121
10.4.4	Chirurgické výkony	122
10.4.5	Radioizotopy	122
10.4.6	Další látky	122
11	Maligní perikardiální výpotek (<i>S. Janoušek</i>) <i>recenze J. Vítovec</i>	125
11.1	Diferenciální diagnostika	126
11.2	Neodkladná léčba při tamponádě	126
11.3	Léčba chronická	126
11.3.1	Léčba potlačující tvorbu výpotku	127
11.3.2	Léčba uvolňující perikardiální prostor	127

12	Respirační symptomy (<i>J. Skříčková, L. Babičková</i>) <i>recenze M. Marel</i>	129
12.1	Dušnost	129
	12.1.1 Příčiny dušnosti	129
	12.1.2 Léčba dušnosti	130
12.2	Kašel	135
	12.2.1 Příčiny kašle	135
	12.2.2 Léčba kašle	136
12.3	Škytavka	136
	12.3.1 Příčiny škytavky	136
	12.3.2 Léčba škytavky	136
12.4	Hemoptýza	137
	12.4.1 Příčiny hemoptýzy	137
	12.4.2 Léčba hemoptýzy	137
12.5	Pleurální bolest	138
	12.5.1 Příčiny pleurální bolesti	138
	12.5.2 Léčba pleurální bolesti	139
12.6	Pneumotorax	139
	12.6.1 Příčiny pneumotoraxu	139
	12.6.2 Léčba pneumotoraxu	139
12.7	Pleurální výpotek	140
	12.7.1 Příčiny, příznaky a diagnostika maligního pleurálního výpotku .	140
	12.7.2 Léčba maligního pleurálního výpotku	146
12.8	Nádorová obstrukce dýchacích cest	150
	12.8.1 Příčiny obstrukce dýchacích cest	151
	12.8.2 Léčba nádorové obstrukce dýchacích cest	151
12.9	Syndrom horní duté žíly	157
	12.9.1 Příčiny vzniku syndromu horní duté žíly	157
	12.9.2 Léčba syndromu horní duté žíly	157
12.10	Principy léčby respiračních symptomů v terminálním stadiu nádorového onemocnění	158
13	Kožní projevy u paliativně léčených nemocných (<i>A. Pospíšilová</i>) <i>recenze K. Pirochtová</i>	161
13.1	Primární kožní maligní tumory	161
13.2	Kožní metastázy a maligní rány	162
	13.2.1 Metastatické maligní tumory	162
	13.2.2 Maligní rány	164
13.3	Nemetastatické kožní manifestace maligního onemocnění	165
	13.3.1 Genetické syndromy	165
	13.3.2 Paraneoplastické dermatózy	166
	13.3.3 Nespecifické kožní změny	171
13.4	Kožní infekce	175
	13.4.1 Virové infekce	175
	13.4.2 Bakteriální infekce	175
	13.4.3 Plísňové infekce	176
13.5	Exacerbace kožních onemocnění při maligních nemocech	176
13.6	Změny vlasů, nehtů a potních žláz	176
13.7	Nežádoucí kožní projevy léčby maligního onemocnění	177
13.8	Proleženiny a změny vyvolané tlakem	179

14	Lymfedém (<i>R. Vyzula</i>) <i>recenze K. Benda</i>	181
15	Chirurgie v paliativní onkologické léčbě (<i>J. Žaloudík</i>) <i>recenze P. Vedra</i>	187
	15.1 Vymezení paliativní chirurgické léčby nádorů	187
	15.2 Cytoredukční a sanační výkony	188
	15.3 Chirurgická léčba metastáz	189
	15.4 Chirurgická léčba nádorových obstrukcí	193
	15.5 Nádorové píštěle	200
	15.6 Chirurgický přístup k řešení krvácivých stavů onkologicky nemocných	201
	15.7 Chirurgie v léčbě nádorové bolesti	202
	15.8 Závěr	202
16	Urogynekologické problémy v paliativní medicíně (<i>P. Krahulec</i>) <i>recenze P. Vedra a A. Čermák</i>	205
	16.1 Základní pojmy	205
	16.2 Etiologie a patofyziologie inkontinence moče u žen	206
	16.3 Vyšetřovací možnosti u inkontinence moče u žen	207
	16.4 Terapie inkontinence moče	207
	16.4.1 Konzervativní terapie	207
	16.4.2 Operační terapie	209
	16.5 Pomůcky pro pacientky s inkontinencí moče	209
	16.6 Sociální faktory a prevence	210
	16.7 Ekonomické aspekty	211
17	Péče o stomie (<i>T. Skřička</i>) <i>recenze J. Wechsler</i>	213
	17.1 Historické poznámky	213
	17.2 Vývoj péče o stomie	213
	17.3 Indikace střevních vývodů	214
	17.3.1 Nádory	214
	17.3.2 Traumata	214
	17.3.3 Záněty	214
	17.3.4 Vrozené vady	214
	17.4 Ideální střevní vývod	215
	17.4.1 Terminální ileostomie	215
	17.4.2 Dvouhlabňová ileostomie	215
	17.4.3 Terminální sigmoideostomie	216
	17.4.4 Dvouhlabňová sigmoideostomie	216
	17.5 Základní typy stomických pomůcek	216
	17.5.1 Pomůcky jednodílné	216
	17.5.2 Pomůcky dvoudílné	217
	17.5.3 Kosmetické přípravky k ošetřování stomií	217
	17.5.4 Další pomůcky pro stomiky	217
	17.6 Komplikace a jejich řešení	217
	17.6.1 Chybné uložení	217
	17.6.2 Časné komplikace	217
	17.6.3 Pozdní komplikace	218
	17.7 Organizace péče o stomiky	219
	17.7.1 Nemocniční péče	219
	17.7.2 Domácí péče a ambulantní péče	219
	17.7.3 Stomakluby	219

18	Paliativní radioterapie (<i>P. Vodvářka, V. Spurný</i>) <i>recenze J. Petera</i>	221
18.1	Základní pojmy v radioterapii	221
18.1.1	Zdroje záření	221
18.1.2	Druh záření	221
18.1.3	Energie záření	222
18.1.4	Účinky záření	222
18.1.5	Terapeutický poměr	228
18.2	Záměr podání radioterapie	228
18.2.1	Kurativní radioterapie	228
18.2.2	Paliativní radioterapie	228
18.2.3	Hodnocení účinku radioterapie	230
18.3	Paliativní radioterapie primárních nádorů	230
18.3.1	Nádory centrálního nervového systému	230
18.3.2	Nádory hlavy a krku	231
18.3.3	Nádory v oblasti hrudníku	233
18.3.4	Nádory v oblasti břicha	233
18.3.5	Nádory v oblasti pánve	234
18.3.6	Dávky záření při paliativním ozařování primárních nádorů	234
18.4	Paliativní radioterapie metastatické nemoci	234
18.4.1	Kostní metastázy	235
18.4.2	Mozkové metastázy	236
18.4.3	Metastázy v míšním kanále	237
18.4.4	Metastázy do jater	237
18.4.5	Metastázy do plic	237
18.4.6	Metastázy do uzlin	238
19	Protinádorová farmakologická léčba v paliativní medicíně (<i>Z. Adam, J. Vorlíček, A. Čermák, J. Skřičková, I. Kiss, I. Crha</i>) <i>recenze O. Sláma</i>	241
19.1	Základní pojmy týkající se chemoterapie	241
19.1.1	Záměr podání chemoterapie	241
19.2	Faktory ovlivňující účinnost paliativní chemoterapie	245
19.3	Délka terapie a rozhodování o jejím pokračování	247
19.4	Kritické poznámky k záplavě literárních údajů o chemoterapii a cesta z tohoto bludiště	249
19.5	Přínos chemoterapie u jednotlivých vybraných solidních nádorů	251
19.5.1	Nádory plic	251
19.5.2	Mezoteliom	252
19.5.3	Thymom	253
19.5.4	Tumory měkkých částí hlavy a krku (otorinolaryngeální oblasti) ...	253
19.5.5	Karcinom štítné žlázy	254
19.5.6	Karcinom jícnu	254
19.5.7	Karcinom žaludku	255
19.5.8	Karcinom konečníku a tlustého střeva	255
19.5.9	Karcinom slinivky břišní	260
19.5.10	Karcinom jater a karcinom žlučových cest	260
19.5.11	Karcinom prsu	261
19.5.12	Karcinom vaječníků	262

19.5.13	Karcinom děložního těla	262
19.5.14	Karcinom děložního čípku	262
19.5.15	Melanom	263
19.5.16	Sarkomy měkkých tkání	263
19.5.17	Karcinom prostaty (KP)	263
19.5.18	Karcinom ledviny	265
19.5.19	Karcinom varlat	266
19.5.20	Karcinom močového měchýře	267
19.6	Hematologické maligní nemoci	268
19.6.1	Maligní lymfomy	268
19.6.2	Leukemie	269
20	Metabolické a endokrinní komplikace (<i>Y. Pospíšilová</i>) <i>recenze M. Anděl</i>	271
20.1	Poruchy metabolismu kalcia, fosforu a magnézia	271
20.1.1	Hyperkalcemie	271
20.1.2	Hypokalcemie	273
20.1.3	Hypomagnezemie	273
20.1.4	Hyperfosfatemie	274
20.1.5	Hypofosfatemie	274
20.2	Poruchy metabolismu natria, kalía a glukózy	274
20.2.1	Hypernatremie a diabetes insipidus	274
20.2.2	Hyperkalemie	274
20.2.3	Hypokalemie	275
20.2.4	Hyponatremie a syndrom neadekvátní sekrece antidiuretického hormonu	275
20.2.5	Hypoglykemie	276
20.2.6	Hyperglykemie	277
20.3	Poruchy metabolismu kyseliny močové	277
20.4	Enteropankreatické hormonální syndromy	277
20.5	Ektopická tvorba hormonů	279
20.5.1	Ektopická sekrece ACTH	279
20.5.2	Ektopická sekrece pohlavních hormonů	280
20.6	Syndrom nedostatečné funkce nadledvin	280
21	Péče o nemocné s hemoragickou nebo trombotickou diatézou (<i>M. Penka</i>) <i>recenze P. Salaj</i>	283
21.1	Krvácivá diatéza	283
21.1.1	Krvácení způsobené nedostatkem trombocytů nebo poruchou jejich funkce	283
21.1.2	Polékové koagulopatie	286
21.1.3	Diseminovaná intravaskulární koagulace (DIC) a primární hyperfibrinolýza	286
21.1.4	Mikroangiopatické hemolytické syndromy	288
21.1.5	Cirkulující inhibitory koagulace a antikoagulancia	289
21.2	Trombotická diatéza u onkologicky nemocných	290
21.3	Závěr	293
22	Paliativní léčba v infekčním lékařství (<i>P. Husa</i>) <i>recenze M. Staňková</i>	295
22.1	Paliativní péče o pacienty s AIDS	296

22.1.1	Nejčastější symptomy u HIV-pozitivních nemocných a jejich léčba	297
22.1.2	Zásady péče o pacienty v pokročilých stádiích AIDS	303
22.1.3	Kdy zastavit antiretrovirovou terapii u AIDS	304
22.1.4	Rozdíly v paliativní terapii pacientů s AIDS a onkologických pacientů	304
22.2	Paliativní terapie u některých jiných infekčních chorob	305
22.3	Závěr	306
23	Nervové komplikace extracerebrálních a extramedulárních maligních nádorů (Z. Kadaňka) recenze I. Černý.....	309
23.1	Mozkové metastázy	309
23.1.1	Diagnostika	311
23.1.2	Terapie	311
23.1.3	Terminální péče	312
23.2	Spinální metastázy	312
23.2.1	Klinická symptomatologie	313
23.2.2	Diagnostika	314
23.2.3	Léčba	314
23.2.4	Terminální péče	315
23.3	Karcinomatóza plen	315
23.3.1	Klinická symptomatologie	315
23.3.2	Diagnostika	315
23.3.3	Léčba	316
23.4	Metastázy do periferního nervového systému	316
23.4.1	Brachiální plexus	316
23.4.2	Lumbosakrální plexus	316
23.5	Recidivující mozkové nádory	317
23.6	Paraneoplastické syndromy	317
23.7	Závažné symptomy a syndromy nervového systému provázející maligní onemocnění	321
23.7.1	Epileptické záchvaty	321
23.7.2	Kvalitativní poruchy vědomí	322
23.7.3	Terminální amence a delirium	323
23.7.4	Demence	323
23.7.5	Nespavost	323
23.8	Nežádoucí účinky cytostatik na nervový systém	323
23.8.1	Vliv na periferní nervový systém	323
23.8.2	Vliv na centrální nervový systém	325
23.9	Neurotoxická u imunosupresiv	325
23.10	Postižení nervového systému cytokiny	325
23.11	Poradiační encefalopatie, myelopatie a plexopatie	326
23.11.1	Poradiační encefalopatie	326
23.11.2	Poradiační demence	327
23.11.3	Chronická progresivní radiační myelopatie	327
23.11.4	Poradiační postižení hlavových nervů	327
23.11.5	Poradiační plexopatie a neuropatie	327
23.11.6	Poradiační nádory centrálního a periferního nervového systému	328

24	Rehabilitace v paliativní medicíně (<i>J. Siegelová</i>) <i>recenze V. Hradil</i>	331
24.1	Definice	331
24.2	Součástí rehabilitačního procesu	331
24.3	Zvláštnosti rehabilitace a její účinnosti	333
24.3.1	Rehabilitace a kvalita života	333
24.3.2	Psychologická podpora rehabilitace	333
24.3.3	Naděje a pozitivní přístup nemocného	334
24.3.4	Působení tělesné aktivity na rehabilitaci a kvalitu života	334
24.3.5	Časový faktor v rehabilitaci u nemocných v terminální fázi nemoci	335
24.3.6	Členové terapeutických týmů	335
24.3.7	Rehabilitace na jednotce intenzivní péče	335
24.3.8	Rehabilitace na lůžkovém onkologickém oddělení	335
24.3.9	Rehabilitace v denním centru onkologicky nemocných	336
24.4	Význam umění v rehabilitaci	336
24.4.1	Hudba jako součást rehabilitace	336
24.4.2	Krásná literatura	337
24.4.3	Výtvarné umění	337
24.5	Závěry	338
25	Psychiatrie a lékařská psychologie v paliativní péči (<i>Z. Boleloucký</i>) <i>recenze O. Vinař a M. Dostálová</i>	339
25.1	Úvod	339
25.1.1	Psychiatrická konziliární služba	339
25.1.2	Liaison psychiatrie	340
25.1.3	Consultation-liaison psychiatrie	340
25.2	Neuropsychiatrické symptomy a syndromy v paliativní péči	340
25.2.1	Afektivní poruchy	341
25.2.2	Kognitivní poruchy	350
	Delirium	351
25.3	Psychosociální aspekty v paliativní péči	352
25.3.1	Psychické příčiny zátěže nemocných v terminální fázi nemoci	352
25.3.2	Faktory ovlivňující adaptaci	354
25.3.3	Psychosociální podpora v paliativní péči	356
25.4	Interakce mezi lékařem a pacientem	357
25.4.1	Modely komunikace	358
25.4.2	Nedirektivní setkání	359
25.4.3	Zacházení s nemocnými v paliativní péči	359
25.4.4	Interakce zdravotníka a nevléčitelně nemocného	360
25.5	Psychiatricko-psychosociální intervence	361
25.5.1	Edukace	361
25.5.2	Behaviorální trénink	362
25.5.3	Individuální psychoterapeuticky orientovaná intervence	365
25.5.4	Skupinové intervence	367
25.5.5	Závěr	369
25.6	Lékař a terminální fáze	370
25.6.1	Sdělení diagnózy	370
25.6.2	Zacházení s nejistotou pacienta	373

25.6.3	Práce s příbuznými pacienta	374
25.7	Farmakoterapie	375
25.7.1	Tišení psychomotorického neklidu	375
25.7.2	Úprava narušeného spánku	379
25.8	Psychofyzilogická reakce zdravotníků na zvýšenou profesionální zátěž	382
25.8.1	Dopad vyčerpání a další zátěže na organismus	382
25.8.2	Zdroje emočních problémů a zátěže zdravotníků	384
25.8.3	Syndrom vyhasnutí	386
25.9	Závěr	388
26	Únava při onemocněních zhoubnými nádory (P. Vodvářka)	
	<i>recenze Z. Boleloucký a O. Vinař</i>	397
26.1	Terminologie	397
26.2	Definice únavy	397
26.2.1	Fyziologická únava	397
26.2.2	Patologická únava při některých chronických onemocněních	397
26.2.3	Chronický únavový syndrom	397
26.2.4	Únava při nádorovém onemocnění	398
26.2.5	Kritéria stanovení diagnózy	398
26.2.6	Únava jako kritérium toxicity	399
26.2.7	Kritéria pro definici únavy.	399
26.3	Výskyt únavy u onkologicky nemocných	400
26.4	Příčiny únavy	400
26.4.1	Predisponující faktory	400
26.4.2	Patofyziologie únavy	400
26.4.3	Modely vzniku únavy	401
26.4.4	Faktory přispívající k únavě	402
26.5	Teorie vzniku únavy	403
26.5.1	Metabolity	403
26.5.2	Hormony	404
26.5.3	Energie	404
26.6	Patogeneze únavy	405
26.7	Hypotézy vzniku únavy	406
26.8	Vyšetření a zhodnocení únavy	407
26.8.1	Sebehodnotící nástroje únavy – dotazníky	408
26.8.2	Fyzikální vyšetření únavy	410
26.8.3	Úloha sestry při vyšetřování únavy	411
26.9	Jak pociťují virtuální patologickou únavu zdraví lidé	412
26.10	Léčebné strategie únavy	412
26.10.1	Rozhovor	412
26.10.2	Léčba známých příčin únavy	414
26.10.3	Symptomatologické přístupy	416
26.11	Závěry	420
27	Etické problémy paliativní medicíny (H. Haškovcová) recenze O. Sláma	423
27.1	Paliativní léčba a postoje umírajících	425
27.2	Informovaný souhlas	426
27.3	Práva pacientů	427

27.4	Paliativní léčba a postoje lékařů	429
27.5	Etické komise	430
27.6	Paliativní léčba a postoje příbuzných, případně veřejnosti	431
27.7	Kvalita života	432
27.8	Důstojné umírání a důstojná smrt	432
28	Umírání a smrt (H. Haškovcová) recenze O. Sláma	435
28.1	Ritualizace smrti	437
28.2	Domácí model umírání	437
28.3	Institucionální model umírání	438
28.4	Praktické přístupy k umírajícím	440
28.5	Eutanazie	444
29	Duchovní aspekty paliativní medicíny (A. Slabý) recenze O. Sláma	449
29.1	Spirituální dimenze lidské osoby	449
29.2	Duchovní nouze v terminální fázi nemoci	451
30	Emoční problémy v paliativní medicíně (O. Dostálová) recenze Z. Boleloucký.....	457
30.1	Výklad pojmů	457
30.2	Emoční obraz pacienta v paliativní péči	461
30.2.1	Emocionální stav před zahájením paliativní léčby	461
30.2.2	Emoční problémy v průběhu paliativní léčby	464
30.2.3	Reakce organismu na psychické a somatické úrovni	465
30.3	Pomoc při zvládání emocí	468
30.3.1	Pomoc bez psychoterapeutického výcviku	468
30.3.2	Odborná pomoc – psychoterapie	473
30.4	Emocionální problémy v sociálním prostředí pacienta	477
30.5	Emocionální problémy zdravotníků	478
30.6	Závěr	480
31	Sociální práce v paliativní medicíně (O. Dostálová, J. Šiklová), recenze M. Přidalová	485
31.1	Obecná charakteristika sociální práce	485
31.1.1	Pojem „sociální fungování“	485
31.1.2	Předmět sociální práce	485
31.1.3	Rozsah činnosti sociální práce	486
31.1.4	Vymezení sociální práce proti jiným oborům	486
31.2	Organizace sociální práce v ČR	487
31.2.1	Vliv politického klimatu a současná reforma sociální práce	487
31.2.2	Sociální práce a zdravotnictví	487
31.3	Sociální práce v paliativní medicíně	488
31.3.1	Sociální práce v paliativní medicíně v zahraničí	489
31.3.2	Sociální práce v oblasti paliativní medicíny v ČR	490
31.4	Pracovní postupy sociálního pracovníka užívané ve zdravotnictví	494
31.4.1	Případová studie	494
31.4.2	Další vybrané metody vhodné pro sociální práci v paliativní medicíně	498
31.5	Nevládní občanské iniciativy s působností v oblasti paliativní medicíny	500

31.5.1	Obecná charakteristika	500
31.5.2	Některé současné neziskové organizace u nás působící v oblasti paliativní medicíny	500
31.6	Závěr	502
32	Domácí paliativní péče (L. Hakl, O. Sláma) recenze R. Slámová	505
32.1	Úvod	505
32.2	Specifika péče o pokročile nemocného pacienta v domácím prostředí	505
32.3	Při zvažování možnosti domácí péče si je vhodné odpovědět na základní otázky	506
32.4	Postup při zavedení domácí péče	507
32.5	Závěr	508
33	Hospicové hnutí ve světě a u nás (M. Svatošová) recenze O. Sláma.....	511
33.1	Hospice – historie a vymezení pojmů	511
33.1.1	Vznik a vývoj hospicového hnutí	511
33.1.2	Pokus o definici hospice	511
33.1.3	Hospic z hlediska časového	512
33.1.4	Indikace lůžkové formy hospice	512
33.2	Zkušenosti hospiců v českých podmínkách	512
33.2.1	Ze statistiky	512
33.2.2	Důvody žádostí o lůžko v hospici a spektrum diagnóz	513
33.2.3	Žádost a svobodný informovaný souhlas	513
33.2.4	Výběr personálu	513
33.2.5	Ošetřovatelský proces a ošetřovatelská dokumentace	513
33.2.6	Kontrola a kontinuální léčba bolesti	514
33.2.7	Týmová spolupráce a nedirektivní přístup	514
33.2.8	Spiritualita a autonomie nemocného	514
33.2.9	Režim dne v hospici	514
33.2.10	Pravda z hlediska potřeb nemocného	515
33.2.11	Spolupráce s rodinou a péče o pozůstalé	516
33.2.12	Úloha a význam dobrovolníků v hospici	516
33.2.13	Spousta zbytečného utrpení	516
33.2.14	Prevence syndromu vyhoření	517
33.3	Nejbližší úkoly hospicového hnutí v ČR	517
33.3.1	Zlepšit dostupnost paliativní péče	517
33.3.2	Systémově vyřešit financování	518
33.3.3	Vzdělávání a výchova nejen odborníků	518
33.4	Adresář českých a moravských lůžkových hospiců	519
34	Vzdělávání v paliativní péči (A. Mellanová) recenze O. Sláma	521
34.1	Cíle vzdělávání v paliativní péči	521
34.2	Obsah vzdělávání v paliativní péči	522
	Teoretické znalosti	523
34.3	Metody používané při vzdělávání v paliativní péči	524
34.4	Hodnocení výsledků vzdělávacího procesu	528
Rejstřík	531

Předmluva

Moderní technologická medicína přinesla zásadní proměnu způsobu, jakým stonáme a jakým umíráme. Ještě před 100 lety byly nejčastějšími příčinami úmrtí infekce a úrazy. Stonalo se krátce a umíralo rychle. Bouřlivý rozvoj medicíny, jež začal od poloviny 20. století s sebou přinesl převratné objevy. Antimikrobiální léčba, možnosti podpory vitálních funkcí, objevy v kardiologii či onkologii vedly k výraznému prodloužení očekávané délky života. Daň, kterou za tyto pokroky platíme, je obvykle několikaletá zkušenost života s některým z chronických onemocnění, jehož projevy podstatným způsobem určují kvalitu posledních měsíců a let našeho života. Lze říci, že v současné době umírá pouze asi 10 % lidí náhlou smrtí, tedy rychle ze stavu plného zdraví. U naprosté většiny (kolem 90 %) jsou poslední roky či měsíce života poznamenány postupnou progresí jedné z následujících chronických nemocí: nádory, chronické srdeční selhání, cévní onemocnění mozku, CHOPN a neurodegenerativní onemocnění (např. demence a Parkinsonova nemoc). V některých částech světa je významná rovněž problematika nemocných AIDS. Současná medicína není u těchto nemocí schopna pacientům nabídnout kurativní léčbu. Neumíme dosáhnout úplného vyléčení a pacienti jsou v tomto smyslu „nevléčitelní“. Ovlivněním některých patofyziologických mechanismů však umíme přirozený průběh onemocnění podstatným způsobem modifikovat. Umíme výrazně prodloužit délku života a zmírnit symptomy, které nemoc pacientovi působí. Takto mohou „nevléčitelné“ nemocní pacienti často řadu let žít s „kompenzovanou“ chronickou nemocí a s dobrou kvalitou života. Po určité době jsme však obvykle svědky postupné progresse nemoci a selhávání kompenzačních mechanismů bez možnosti dalšího kauzálního ovlivnění. Pacienti v přímém důsledku své nemoci nebo na bezprostředně související komplikace umírají. Péče o nemocné s chronickým, život ohrožujícím onemocněním je podstatou přístupu zvaného paliativní péče. Paliativní péče je moderní a celosvětově rychle se rozvíjející typ péče, který u nemocných v pokročilých stádiích nevléčitelných onemocnění usiluje především o mírnění bolesti a dalších symptomů. Vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, chrání jejich důstojnost a klade důraz na kvalitu života. Paliativní péče je založena na interdisciplinární spolupráci a integruje v sobě lékařské, ošetrovatelské, psychologické, sociální a spirituální aspekty. Základní principy a praktické postupy paliativní péče byly vypracovány v kontextu péče o pokročile onkologicky nemocné v 60. a 70. letech 20. století. Postupně se však ukázalo, že jsou tyto postupy relevantní také u ostatních chronických progresivních nemocí. Ve vyspělých zemích začíná být na problematiku paliativní péče pohlíženo jako na závažné téma zdravotní politiky. Světová zdravotnická organizace deklaruje rozvoj paliativní péče jako jednu z prioritních oblastí rozvoje zdravotnictví a sociální péče (National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines, Geneva, 2002). Také rozsáhlá autoritativní studie „Priority Areas for National Action“, vydaná v USA respektovaným medicínským institutem (Institute of Medicine) v roce 2003, klade rozvoj paliativní péče mezi šest nejdůležitějších předních okruhů zdravotní péče v prvních desetiletích 21. století. V Evropském kontextu vyhláší právo pacienta

na komplexní paliativní péči Deklarace Parlamentního shromáždění Rady Evropy č. 1418 z roku 1999 nazvaná „Ochrana práv a důstojnosti nevyлéčitelně nemocných“. Vlady a politici členských zemí jsou v tomto dokumentu vyzýváni, aby s ohledem na místní podmínky podporovali rozvoj vzdělávání a výzkumu v oblasti paliativní péče a k systémovým opatřením, jež by tuto péči učinila dostupnou všem pokročile nemocným. V této souvislosti se můžeme ptát, jak vypadá situace paliativní péče v ČR v roce 2004.

Otázkám paliativní péče začíná být věnována stále větší pozornost. Některá témata paliativní medicíny se stala součástí kurikula na zdravotních školách a lékařských fakultách. V rámci postrgraduálního vzdělávání existuje pro lékaře a sestry nabídka vzdělávacích kurzů. Významná je činnost Sekce paliativní medicíny v rámci Společnosti pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP a subkatedry paliativní medicíny při IPVZ Praha. Od května 2004 vstoupil v platnost zákon č. 95/2004 o podmínkách získání a uznání odborné způsobilosti, ve kterém je poprvé uznán samostatný obor Paliativní medicína a léčba bolesti. Lze předpokládat, že tento vývoj otevře další možnosti v oblasti vzdělávání a především v oblasti budování nejruznějších specializovaných zařízení paliativní péče. Paliativní medicína pomalu vstupuje do povědomí lékařů jako plnohodnotná oblast lékařské expertízy.

Existuje řada důkazů, že navzdory pozitivním změnám v posledním desetiletí se velké většině pokročile nemocných a umírajících v naší zemi stále nedostává odpovídající péče. Závěr života mnohých z nás je tak zbytečně provázen bolestí, osamělostí, ztrátou důstojnosti a dalšími formami utrpení, jimž by bylo možné předejít. Příčin tohoto velmi neuspokojivého stavu a s ním spojeného zbytečného utrpení je nepochybně mnoho. Jednou z nejdůležitějších jsou pravděpodobně nedostatečné znalosti a praktické dovednosti zdravotníků, kteří o pokročile nemocné pečují. Naším přáním je, aby monografie Paliativní medicína alespoň částečně přispěla ke zmírnění dluhu, který vůči našim těžce nemocným pacientům máme.

Naše kniha se zaměřuje na oblast paliativní péče v onkologii. Přináší přehled nejčastějších symptomů pokročilého nádorového onemocnění a možností jejich léčby. Jsou představeny možnosti a limity jednotlivých modalit protinádorové léčby v kontextu paliativní péče. Z pera renomovaných odborníků pochází kapitoly o problematice psychologické, sociální, etické a spirituální. Pozornost je věnována také otázkám podpory a spolupráce s pacientovou rodinou. Samostatná kapitola je věnována hospicovému hnutí. Shrnuty jsou současné poznatky o možnostech paliativní péče o pacienty s AIDS.

Doufáme, že naše kniha přispěje ke zlepšení kvality péče o nevyлéčitelně nemocné.

Autoři

1 Úvod do problematiky paliativní medicíny

Paliativní medicína bývá popisována jako nová specializace. Jde však o nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínu. Vždyť celá historie medicíny je především ve znamení tlumení symptomů, zvláště u tak závažných onemocnění, jako jsou zhoubné nádory. Ještě v nedávné minulosti lékaři jen zcela výjimečně mohli u nemocných postupovat kauzálně a léčba a péče byla zaměřena především na zmírnění obtíží nemocného.

V současné době je výuka lékařů a sester často zaměřena na technologicky pojatou medicínu využívající komplikované přístrojové vybavení a sofistikované vyšetřovací a léčebné postupy. Jsou převážně orientováni na jednoznačný cíl – uzdravení nemocného. Každá jiná možnost je pak považovaná za neúspěch a případné selhání jednotlivce i týmu. Péče o chronicky nemocné a o nemocné v terminální fázi života nebývá v popředí zájmu zvláště mladších zdravotníků. Přitom je nepochybné, že těchto nemocných je většina a potřebují lékařskou i ošetrovatelskou péči nejvíce. Pokroky ve farmakoterapii, chirurgii a radioterapii v posledních dvaceti letech přitom naše možnosti v paliativní medicíně výrazně zlepšily.

Moderní paliativní medicína výrazně přispívá k dobré kvalitě života nemocných při využití interdisciplinární týmové práce zdravotníků s různými znalostmi a dovednostmi.

1.1 Historické poznámky

Koncept celostní péče o těžce nemocného pacienta, tedy nejen o jeho „tělo“, ale také o „duši“ a sociální prostředí byl v tradici evropské medicíny přítomen po staletí. Při některých kláštrech vznikaly již ve středověku útulky pro těžce nemocné a zmrzačené. V roce 1842 Jeanne Garnierová založila v Lyonu společenství žen (většinou vdov), které se plně věnovalo péči o nevléčitelně nemocné. V roce 1847 toto společenství otevřelo v Paříži první dům pojmenovaný hospic. Právě v souvislosti s dílem J. Garnierové získalo slovo „hospic“ svůj význam jako místo, kam jsou přijímáni pacienti na konci života. V roce 1878 zakládá v irském Dublinu Marie Aikenheadová kongregaci Sester lásky, jejíž hlavním posláním je doprovázení umírajících při umírání. Tato komunita založila několik domů v Irsku a v Anglii, např. hospic sv. Josefa v Londýně. V tomto hospici pracovala po 2. světové válce Cicely Saundersová, zpočátku jako zdravotní sestra, po ukončení studií jako lékařka. V 50. letech 20. století zde postupně formulovala zásady lékařské péče přiměřené potřebám a situaci nemocných, kterým tehdy rychle se rozvíjející medicína nemohla nabídnout vyléčení. Významné jsou její výzkumy o použití perorálního morfinu v léčbě chronické nádorové bolesti. Ve své práci byla Saundersová silně ovlivněna dílem známého psychologa Carla Rogerse, především jeho myšlenkami o naslouchání a komunikaci s nemocným. Za určitý souhrn základních myšlenek Saundersové (a celého hospicového hnutí) lze považovat její koncept „celkové bolesti“ (total pain). Tělesná bolest je dle tohoto pojetí nerozlučně spjata a vzájemně

se ovlivňuje s utrpením (bolestí) v oblasti psychické, sociální a duchovní. Zvláště u terminálně nemocných a umírajících je tato vzájemná provázanost zcela zásadní a jednotlivé složky bolesti nelze mírnit odděleně. V roce 1967 zakládá Saundersová na předměstí Londýna hospic sv. Kryštofa, ve kterém je péče o „celkovou bolest“ terminálně nemocných poprvé zajištěna multidisciplinárním týmem. Toto bývá považováno za počátek moderního hospicového hnutí. V souvislosti s biologickou a technologickou orientací moderní medicíny zůstalo toto pojetí do určité míry v pozadí. Rozvoj medicíny v 2. polovině 20. století a její převratné úspěchy dávaly důvod k optimismu. Převládalo přesvědčení, že je pouze otázkou času a dalšího vývoje, kdy lidstvo zvítězí nad všemi chorobami. Nevyléčitelně nemocní a umírající pacienti, u kterých „vítězná“ technologická medicína selhala, se pak často ocitali zcela na pokraji zájmu zdravotníků. Jejich postoj je shrnut v tvrzení, že s pacientem, kterého nemůžeme vyléčit, se již „nic nedá dělat“. Hospicové hnutí vzniká jako určitá reakce, často protest proti výše uvedenému postoji. Naproti tvrzení „nic se nedá dělat“ staví přesvědčení, že bez ohledu na diagnózu, stupeň pokročilosti i nepříznivou prognózu, můžeme vždy udělat něco pro zlepšení kvality zbývajících života. Právě ono „něco“ je náplní a obsahem hospicové a paliativní medicíny. Vztah mezi prvními hospici a hlavním proudem medicíny byl zpočátku velmi napjatý. Aktivisté hospicového hnutí, často nezdravotníci nebo nižší a střední zdravotníci vyjadřovali přesvědčení, že péče o nevyléčitelně nemocné a umírající je v nemocnicích zcela nepřiměřená, příliš agresivní a nedostatečně empatická. Z prostředí akademické medicíny zaznívala kritika hospiců za neprofesionalitu, podceňování výsledků moderního výzkumu, terapeutický nihilismus a přílišný důraz na duchovní aspekty péče. Hospicové hnutí rozvíjelo svou činnost v několika formách. Na „klasické“, samostatně stojící lůžkové hospice často navazovala domácí hospicová péče (někdy se užívá označení „mobilní hospic“). Domácí forma hospicové péče se rozvinula především v USA a ve Velké Británii. Některé hospicové programy provozují kromě lůžkové a domácí péče také tzv. denní hospicové stacionáře. V roce 1975 založil doktor Balfour Mount v Royal Victoria Hospital v kanadském Montrealu první oddělení paliativní péče. Termín paliativní péče zvolil, aby předešel nedorozuměním spojeným s pejorativními konotacemi slova „hospic“. Koncept paliativní péče vychází ze zásad hospicového hnutí. Nevymezuje se však proti hlavnímu proudu medicíny. Naopak systematicky usiluje o aplikaci přístupů a dílčích postupů hospicové péče v podmínkách akutní nemocniční péče. Novou organizační formou hospicové/paliativní péče jsou specializované ambulance a konziliární paliativní týmy, které začínají působit v řadě nemocnic v západní Evropě a Americe. Lze říci, že v současné době je překonána nevráživost mezi hospicovou a paliativní péčí a akademickou medicínou. Hospice se staly místem, kde jsou aplikovány nejmodernější léčebné postupy při mírnění symptomů a kde probíhá soustavný klinický výzkum. Naopak v mnoha akutních nemocnicích a zařízeních následné péče je snaha prakticky využívat postupů a poznatků získaných v prostředí hospiců.

Paliativní péče v Evropě

Rozvoj specializované paliativní péče má v každé zemi svá specifika: odlišné jsou způsoby organizace péče, jejího financování a především způsob začlenění do systé-