

Paliativní onkologická péče v systému poskytování zdravotní péče v Královéhradeckém kraji: vlastní zkušenosti

Palliative Cancer Care within the Hradec Králové Region Health Care System: Own Experience

Slováček L.^{1,2}, Priester P.¹, Kopecký J.¹, Slováčková B.³, Švecová D.¹, Petera J.¹, Filip S.^{1,2}

¹ Klinika onkologie a radioterapie LF UK a FN, Hradec Králové

² Ambulance paliativní onkologické péče KOC FN, Hradec Králové

³ Psychiatrická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

Souhrn

Paliativní onkologická péče je aktivní léčebnou a ošetrovatelskou intervencí u nemocných s ukončenou onkologickou léčbou v důsledku léčebně neovlivnitelné progresse onkologického onemocnění. Hlavním cílem paliativní onkologické péče je zajistit co nejlepší možnou úroveň kvality života onkologicky nemocného pacienta a jeho rodinných příslušníků. Paliativní onkologická péče je poskytována ve dvou základních formách, obecné a specializované. Autoři se v článku zabývají paliativní onkologickou péčí a její implementací do klinické praxe s odkazem na vlastní zkušenosti s poskytováním tohoto typu péče.

Klíčová slova

paliativní onkologická péče – onkologický pacient – ukončení onkologické léčby – region

Summary

Palliative cancer care is an active treatment and nursing intervention in patients in whom cancer therapy has been withdrawn due to untreatable progression of the cancer disease. The main aim of palliative cancer care is to ensure the best possible quality of life of a cancer patient and the patient's family members. Palliative cancer care is provided in two basic forms, general and specialized. In the present paper, the authors discuss palliative cancer care and its implementation into clinical practice with reference to their own experience in providing this care.

Key words

palliative cancer care – oncological patient – end-cancer therapy – region

Podpořeno Výzkumným projektem MZd ČR No. 00179906 a Specifickým vysokoškolským výzkumem UK Praha č. 53251.

Supported by the Czech Ministry of Health's research grant No. 00179906 and the Specific Higher Education Research Grant of the Charles University in Prague No. 53251.

Autoři deklarují, že v souvislosti s předmětem studie nemají žádné komerční zájmy.

The authors declare they have no potential conflicts of interest concerning drugs, products, or services used in the study.

Redakční rada potvrzuje, že rukopis práce splnil ICMJE kritéria pro publikace zasílané do biomedicínských časopisů.

The Editorial Board declares that the manuscript met the ICMJE "uniform requirements" for biomedical papers.



doc. MUDr. Ladislav Slováček, Ph.D.

Klinika onkologie a radioterapie

LF UK a FN Hradec Králové

Sokolská 581

500 05 Hradec Králové 5

e-mail: ladislav.slovacek@seznam.cz

Obdrženo/Submitted: 7. 12. 2010

Přijato/Accepted: 3. 1. 2011

Úvod

Česká republika patří mezi onkologicky nejzatíženější státy v evropském i celosvětovém měřítku [1]. Hrubá incidence zhoubných nádorů dosáhla v roce 2007 hodnoty 736/100 000 mužů a 648/100 000 žen. Roční hrubá mortalita přesáhla 263 úmrtí/100 000 obyvatel, každoročně umírá z příčiny zhoubného nádoru více než 27 000 osob [1]. Celková incidence nádorových onemocnění setrvale roste [1]. Tato data jednoznačně poukazují na potřebu reálně dostupné a kvalitní následné péče o nemocné v okamžiku, kdy jsou možnosti jejich onkologické léčby vyčerpány v důsledku léčebně neodvratitelné progresy maligního tumoru. Hovoříme o tzv. paliativní onkologické péči, kterou lze v systému zdravotní péče poskytovat na různých úrovních [2]. Jednou z nejčastějších forem paliativní onkologické péče je hospicová péče, a to jak domácí, tak i lůžková. V současné době se v rámci poskytování paliativní onkologické péče dostává více do popředí ambulantní péče ve spolupráci s praktickými lékaři jakožto lékaři prvního kontaktu a agenturami domácí zdravotní péče či mobilními hospici. Tento způsob péče, který je reálně dostupný, umožňuje pacientům s ukončenou onkologickou léčbou i přes závažnost jejich celkového stavu setrvat až do posledních chvil v domácím prostředí a mezi jejich blízkými [2].

Paliativní onkologická péče

Paliativní onkologickou péči (POP) v rámci Komplexního onkologic-



Obr. 1. Základní koncepční model kvality života jednotlivce [5,6].

kého centra FN v Hradci Králové považujeme jako aktivní léčebnou a ošetřovatelskou intervenci u nemocných s ukončenou onkologickou léčbou v důsledku léčebně neovlivnitelné progresy onkologického onemocnění [2]. Hlavním cílem POP je zajištění co nejlepší možné úrovně kvality života onkologicky nemocného pacienta a jeho rodinných příslušníků [2–4]. POP respektuje individualitu lidské osobnosti v souladu se základním koncepčním modelem kvality života jednotlivce, který je tvořen čtyřmi základními dimenzemi kvality života – zdravotní, psychologické, spirituální a sociální aspekty (obr. 1) [5–7].

V zahraniční literatuře se lze setkat s termínem „časná paliativní péče“ u pacientů s probíhající nekurativní protinádorovou léčbou [8]. V rámci našeho KOC je tato „časná paliativní péče“ chápána jako podpůrná onkologická léčba, která je indikována u pacientů s probíhající jak kurativní, tak nekurativní protinádorovou léčbou a je realizována cestou „běžné“ onkologické ambulance. POP, kterou zajišťujeme, je poskytována především pacientům s ukončenou onkologickou léčbou [5–7]. POP poskytujeme i pacientům, kteří s ohledem na svůj věk, celkový výkonnostní stav a přidružená závažná somatická onemocnění nejsou k protinádorové léčbě indikováni.

POP je poskytována ve dvou základních formách, obecná a specializovaná [9–11]. **Obecná POP** zahrnuje léčbu symptomů souvisejících s progresí onkologického onemocnění a jeho předchodí protinádorovou léčbou. Obecná POP zaujímá cca 80 % veškeré POP a je poskytována všemi lékaři a nelékařským personálem bez ohledu na jejich specializaci. **Specializovaná POP** zahrnuje zejména algeziologickou, nutriční, psychologickou či psychiatrickou a sociální intervenci včetně možnosti provedení invazivních výkonů (např. odlehčovací punkce maligních výpotků – ascites, fluidothorax). Specializovaná POP zaujímá cca 20 % veškeré POP a je poskytována specialistou, tj. klinickým onkologem nebo lékařem se specializací v oboru Paliativní medicína a léčba bolesti [2,7].

Formy paliativní onkologické péče

Obecná POP je poskytována na všech úrovních v systému poskytování zdravotní péče. Významnou roli v poskytování obecné POP mají praktičtí lékaři jakožto lékaři prvního kontaktu. Následující zdravotnická zařízení disponující lůžkovou kapacitou, zejména se jedná o interní a chirurgická oddělení. Nepostradatelnou roli v poskytování obecné POP v systému zdravotní péče mají zdravotnická zařízení disponující lůžky následné péče, tj. léčebny pro dlouhodobě nemocné [9–12].

Specializovaná POP je poskytována prostřednictvím domácích mobilních hospiců, lůžkových hospiců a jejich denních stacionářů, oddělení paliativní péče zřizovaných v rámci nemocnic či léčeben pro dlouhodobě nemocné, ambulancí paliativní onkologické péče zřizovaných v rámci komplexních onkologických center či regionálních onkologických pracovišť [9–12].

Ambulance paliativní onkologické péče

Jednou z forem specializované paliativní onkologické péče je **ambulance paliativní onkologické péče (APOP)**, která může být zřízena na úrovni komplexního onkologického centra (KOC) nebo na úrovni regionálního onkologického zařízení [2,7,12]. V rámci KOC FN v Hradci Králové byla uvedena do provozu APOP k 1. 1. 2008 v rámci vnitřního grantu. Hlavní náplní této ambulance je organizace, resp. koordinace POP na úrovni královéhradeckého KOC, celého kraje či jednotlivých regionů [2,7,12]. APOP při KOC FN v Hradci Králové zajišťuje komplexní POP. Obecná POP zahrnuje léčbu symptomů souvisejících s progresí onkologického onemocnění a jeho předchodí protinádorovou léčbou. Mezi hlavní symptomy patří dyspeptické obtíže – nevolnost, zvracení, průjem, zácpa, nádorová bolest, psychické obtíže – úzkost, deprese, poruchy spánku, psychomotorický neklid, delirantní stavy, nádorová anorexie a kachexie, dušnost. Specializovaná POP zahrnuje algeziologickou, nutriční, psychologickou či psychiatrickou a sociální intervenci včetně možnosti provedení invazivních výkonů (především punkce maligních výpotků)

a dále pak konziliární, edukační a poradenská činnost, a to nejen v rámci královéhradeckého KOC či regionálních onkologických pracovišť, ale i v rámci fakultní nemocnice či regionálních nemocničních zařízení [2,7,12].

Personálně je APOP při KOC FN v Hradci Králové obsazena následovně [7,12]:

1. **stálý stav:** klinický onkolog nebo lékař se specializací pro obor Paliativní medicína a léčba bolesti, zdravotní sestra edukovaná v problematice POP, sociální pracovník.
2. **konziliáři:** onkopsycholog, psychiatr, rehabilitační sestra, rehabilitační lékař, protetik, nutriční terapeut, lékař-nutricionista, nemocniční kaplan.

Zásadní podmínkou pro existenci a fungování APOP při KOC FN v Hradci Králové je plně funkční spolupráce s praktickými lékaři a regionálními APOP, s agenturami domácí zdravotní péče či mobilními hospici, regionálními nemocničními zařízeními, hospicovými zařízeními a zařízeními následné péče (obr. 2) [2,7,12].

Do programu POP zajišťovaného APOP při KOC FN v Hradci Králové jsou zařazeni především nemocní s ukončenou onkologickou léčbou v důsledku progresu onkologického onemocnění a vyčerpaným možnostem onkologické

léčby [2,7,12]. POP poskytujeme i pacientům, kteří s ohledem na svůj věk, celkový výkonnostní stav a přidružená závažná somatická onemocnění nejsou k protinádorové léčbě indikováni. Ukončení onkologické léčby má své etické i právní aspekty, tj. v rámci královéhradeckého KOC je prováděno v rámci onkologických indikačních seminářů či mezioborových seminářů se zastoupením ošetřujícího onkologa [13]. Do zdravotnické dokumentace daného pacienta (ambulantní zdravotnická dokumentace či chorobopis u hospitalizovaného pacienta), u kterého byla ukončena onkologická léčba, uvádíme:

1. Možnosti kurativní i paliativní onkologické léčby jsou vyčerpány z důvodu léčebně neovlivitelné progresu onkologického onemocnění.
2. U pacienta s ukončenou onkologickou léčbou je indikována POP s cílem zachovat co nejlepší možnou úroveň jeho kvality života a jeho rodinných příslušníků. Pacienta na základě jeho souhlasu zařazujeme do programu paliativní onkologické péče cestou APOP KOC FN v Hradci Králové nebo regionální APOP.
3. Pacient i jeho rodina byli plně informováni o ukončení onkologické léčby a sděleným informacím plně porozuměli [13].

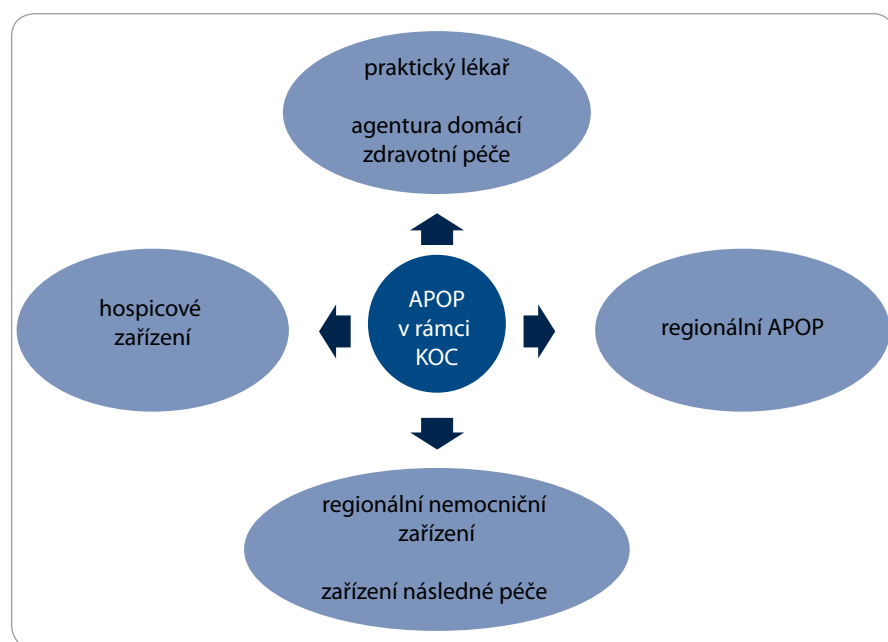
Plán paliativní onkologické péče

U každého pacienta zařazeného do programu POP je vstupně stanoven plán paliativní onkologické péče (PPOP) [2,7,12,13]. Tento plán je vytvořen v souladu se čtyřmi hlavními zásadami:

1. Respektovat přání pacienta a jeho rodiny.
2. Zajistit odpovídající spolupráci s registrujícím praktickým lékařem, agenturami domácí zdravotní péče, hospicovými a regionálními nemocničními zařízeními.
3. Řešit mimořádné situace obvykle související s náhlým zhoršením celkového stavu pacienta v mimopracovní době.
4. Zajistit účinnou respitní péči (krátkodobý pobyt pacienta v hospicovém zařízení či v zařízení následné péče) obzvláště u nemocných, kde významnou úlohu v každodenní 24hodinové ošetrovatelské péči v domácím prostředí hraje rodina. Díky možnosti respitního pobytu pro pacienta je vytvářen prostor k potřebné fyzické i psychické rekonvalescenci rodinných příslušníků, kteří pečovali a dále budou pečovat o pacienta v domácím prostředí [2,7,12,13].

PPOP vychází z 5 základních šetření [2,7,12,13]:

1. **Fyzické šetření** zaměřené především na obtíže limitující pacienta v běžné denní činnosti a jejich dosavadní léčbu. Zvláštní důraz v rámci fyzického šetření je kladen na přítomnost bolesti, její etiologii, charakter, lokalizaci, intenzitu a samozřejmě její dosavadní léčbu včetně dopadu na celkovou kvalitu života pacienta.
2. **Základní nutriční screening** zahrnující nutriční anamnézu (chuť k jídlu, možnosti příjmu stravy a tekutin, polykací obtíže, váhový úbytek za poslední 1 měsíc a posledních 6 měsíců), základní antropometrická měření (tělesná hmotnost, výška, body mass index) a Karnofskyho výkonnostní stav (Performance Status). Cílem nutričního screeningu je zhodnotit progresy nádorové anorexie a kachexie.
3. **Psychologické, případně psychiatrické šetření** hodnotící pacientův postoj a chápání nemoci s infaustní



Obr. 2. APOP v systému poskytování zdravotní péče na regionální úrovni [2,7,12].

prognózou, dále pak projevy úzkosti, deprese, psychomotorický neklid, suicidalní myšlenky, delirantní stavy, poruchy spánku).

4. **Spirituální šetření** zaměřené především na náboženské a duchovní rituály.
5. **Sociální šetření** hodnotí vztahy v rodině pacienta, komunikaci mezi pacientem a rodinnými příslušníky, finanční a životní podmínky pacienta a jeho rodiny, dostupnost domácího vybavení pro případnou ošetrovatelskou péči.

Fyzické šetření, základní nutriční screening a pohovor s pacientem zaměřený na psychologicko-psychiatrické šetření a spirituální šetření provádí lékař – klinický onkolog nebo lékař se specializací pro obor Paliativní medicína a léčba bolesti. Sociální šetření provádí sociální pracovník. Hlavní náplní sociálního šetření je kontaktování a informování příslušného praktického lékaře o zahájení paliativní onkologické péče u daného pacienta, dále zhodnocení sociální situace v rodině pacienta a zajištění zdravotně-sociálních služeb (dávky státní sociální podpory, požadavek na domácí zdravotní péči apod.) [2,7,12,13].

Kategorizace nemocných s ukončenou onkologickou léčbou

Se znalostí typu a rozsahu onkologického onemocnění, předchozí aplikované protinádorové léčby, věku pacienta a jeho výkonnostního stavu (Karnofskyho Performance Status), typu, počtu, závažnosti a stavu kompenzace přidružených somatických onemocnění, projevů progredující nádorové kachexie, přítomnosti ireverzibilních změn jaterních, renálních, kardiálních a respiračních funkcí, ireverzibilních změn vnitřního prostředí a ireverzibilních neurologických a psychiatrických symptomů provádíme rozdělení těchto nemocných do třech základních kategorií [2,7,12,13]:

1. **Nemocní v pokročilém, ale relativně kompenzovaném stadiu** onkologického onemocnění s dobou přežití 3–6 měsíců.

2. **Nemocní v preterminálním stadiu** onkologického onemocnění s dobou přežití 1–2 měsíce.

3. **Nemocní v terminálním stadiu** onkologického onemocnění s dobou přežití řádově hodiny – dny – až 3 týdny.

U nemocných v pokročilém, ale relativně kompenzovaném stadiu a u nemocných v preterminálním stadiu onkologického onemocnění je cílem POP dosáhnout co nejlepší možné úrovně kvality života jak nemocného, tak i jeho rodiny. Rozsah léčby somatických komorbidit a případná indikace k zahájení resuscitace s následnou intenzivní péčí u těchto dvou kategorií pacientů vychází z objektivních parametrů, kterými jsou především typ a rozsah onkologického onemocnění (lokální progresse či metastatické postižení), věk pacienta a jeho aktuální výkonnostní stav (Karnofskyho Performance Status), typ, počet, závažnost a stav kompenzace přidružených somatických onemocnění, projevy progredující nádorové kachexie, přítomnost ireverzibilních změn jaterních, renálních, kardiálních a respiračních funkcí, ireverzibilních změn vnitřního prostředí a ireverzibilních neurologických a psychiatrických symptomů [2,7,12,13].

U nemocných v terminálním stadiu onkologického onemocnění je cílem POP zajistit důstojné umírání, tj. minimalizovat dyskomfort a neprodulžovat proces umírání (dystanzie). U těchto pacientů není s ohledem na infaustní prognózu indikována primární a sekundární prevence interních onemocnění a stejně tak není indikována intenzivní a resuscitační péče. Nemocní v terminálním stadiu onkologického onemocnění jsou rozdělováni do 3 subkategorií s ohledem na rozsah POP:

1. **nemocní při vědomí, s pocitem hladu a žízně,**
2. **nemocní při vědomí, bez pocitu hladu a žízně;**
3. **nemocní v agonii** (s poruchou vědomí). POP u nemocných v terminálním stadiu onkologického onemocnění zahrnuje léčbu symptomů, zejména pak nádorové bolesti a ošetrovatelskou péči ve spolupráci s agenturami domácí zdravotní péče či mobilními hospici. Domácí zdravotní péče je obvykle zaměřena na

kontrolu příjmu stravy a tekutin, kontrolu nastavení analgetické terapie potentním opioidem, kontrolu, prevenci a léčbu dekubitů, základní rehabilitaci (polohování nemocného, dechová gymnastika), péči o vyzraždňování, péči o permanentní močový katetr, perkutánní transhepatální dren, o derivační stomii, péči o centrální žilní katetry, implantabilní podkožní žilní port či periferně zavádný centrální žilní katetr (tzv. PICC), péči o dutinu ústní a dýchací cesty (tab. 1) [2,7,12,13].

Úskalí péče o nemocné s ukončenou onkologickou léčbou zařazených do programu POP

Poskytování POP nemocným s ukončenou onkologickou léčbou má i svá úskalí, která lze shrnout do několika bodů [2,7,12–16]:

1. Nedostatečná mezioborová spolupráce pramenící zejména z neznalosti poskytování paliativní onkologické péče. Mnohdy se lze setkat s faktem, že lékaři neonkologové či nepaliativisté vnímají „paliativního onkologického“ pacienta bez ohledu na typ a rozsah tumoru a jeho věk a výkonnostní stav jako umírajícího pacienta, kterému „není co nabídnout“.
2. Nedostatečná edukace a výchova pacientů a rodinných příslušníků ze strany lékařů bez ohledu na jejich specializaci a zdravotnického personálu v problematice zvládnání obtížných životních situací spojených se ztrátou blízké osoby. Důstojně umírat ve vyspělé společnosti by mělo být větší samozřejmostí než legalizovat eutanazii.
3. Nedostatečná edukace pacientů a rodinných příslušníků ze strany lékařů bez ohledu na jejich specializaci v problematice hospicové domácí či lůžkové péče. Pacienti a rodinní příslušníci negativně hodnotí umístění pacienta do lůžkového hospicu, a to z toho důvodu, že hospic je pacienty a rodinnými příslušníky stále vnímán jako místo beznaděje, sociální izolovanosti, umírání a smrti.
4. Nedostatečná spolupráce s praktickými lékaři zejména v poskytování

Tab. 1. POP u nemocných v terminálním stadiu onkologického onemocnění [2,7,12,13].

Stadium onemocnění	Hydratace a nutriční	Symptomatická léčba	Ošetrovatelská péče
při vědomí, s pocitem hladu a žízně	perorální příjem potravy a tekutin dle přání pacienta není-li pacient schopen perorálního příjmu stravy a tekutin, je indikována parenterální hydratace do 1 000 ml tekutin denně (krystaloidy) bez jakékoliv suplementace minerálů, vitaminů a stopových prvků	<ul style="list-style-type: none"> • nevolnost (antiemetika, prokinetika) • bolest (potentní opioidy) • nespavost (hypnotika) • psychomotorický neklid (psychofarmaka) 	<ul style="list-style-type: none"> • kontrola příjmu stravy a tekutin • kontrola nastavení analgetické terapie • kontrola a prevence dekubitů • polohování nemocného • péče o vyprazdňování • péče o permanentní močový katetr, perkutánní transhepatální dren, derivační stomii, periferní či centrální žilní kater • péče o dutinu ústní a dýchací cesty
při vědomí, bez pocitu hladu a žízně	parenterální hydratace do 1 000 ml tekutin denně (krystaloidy) bez jakékoliv suplementace minerálů, vitaminů a stopových prvků	<ul style="list-style-type: none"> • nevolnost (antiemetika, prokinetika) • bolest (potentní opioidy) • nespavost (hypnotika) • psychomotorický neklid (psychofarmaka) 	<ul style="list-style-type: none"> • kontrola příjmu stravy a tekutin • kontrola nastavení analgetické terapie • kontrola a prevence dekubitů • polohování nemocného • péče o vyprazdňování • péče o permanentní močový katetr, perkutánní transhepatální dren, derivační stomii, periferní či centrální žilní kater • péče o dutinu ústní a dýchací cesty
agonie	výtěry dutiny ústní s cílem zvlhčit bukalní sliznici	<ul style="list-style-type: none"> • bolest (potentní opioidy) • psychomotorický neklid (psychofarmaka) 	<ul style="list-style-type: none"> • kontrola příjmu stravy a tekutin • kontrola nastavení analgetické terapie • kontrola a prevence dekubitů • polohování nemocného • péče o vyprazdňování • péče o permanentní močový katetr, perkutánní transhepatální dren, derivační stomii, periferní či centrální žilní kater • péče o dutinu ústní a dýchací cesty

obecné paliativní péče, zajištění domácí zdravotní péče a preskripci zdravotnických pomůcek [7,17].

5. Nedostatečný monitoring léčby bolesti a celkové kvality života nemocných zařazených do programu POP.

Závěr

POP je nezbytnou součástí komplexní onkologické léčby, která zajišťuje kon-

tinuální péči o nemocné s ukončenou onkologickou léčbou a nemocné, kteří s ohledem na svůj věk, celkový výkonostní stav a přidružená závažná somatická onemocnění nejsou k protinádorové léčbě indikováni. V podmínkách královéhradeckého KOC tuto péči zajišťuje APOP, která spolupracuje s ambulancemi příslušných oborů podle obtíží nemocného, které souvisí s rozvojem

nemoci, komplikací léčby atd. Činnost APOP je podpořena lůžkovým zázemím, a to v rámci koncepce spolupráce s lůžkovým fondem specializovaných oddělení [14,15].

APOP je důležitou součástí systému poskytování zdravotní péče v rámci královéhradeckého KOC a regionálních onkologických pracovišť. Svou činností vytváří systém zdravotní péče, který

propojuje různé úrovně lůžkové, ambulantní, domácí a hospicové péče u onkologických nemocných. Podle našich dosavadních zkušeností lze konstatovat, že ambulance svou činností vyplňuje důležité období od ukončení aktivní onkologické léčby až do terminální fáze onkologického onemocnění. Toto období je náročné jak po stránce odborné, tak i ošetrovatelské, sociální a ekonomické [14,15].

Nad poskytováním POP v současné době vyvstává řada nezodpovězených či diskutabilních otázek. Často diskutovanou otázkou v poskytování POP je její dostupnost a kompetence (odborná způsobilost) osob, které ji mají zajišťovat. České i zahraniční literární zdroje uvádějí jako definiční podmínku pro tento typ péče faktickou přítomnost multiprofesního týmu a specializovanou odbornou způsobilost členů týmu v paliativní medicíně [10,18]. Pro lékaře v České republice to znamená, že od roku 2004 mají možnost po splnění všech požadavků složit nástavbovou atestaci v oboru Paliativní medicína a léčba bolesti [10]. Od 1. 1. 2011 ale dochází k rozdělení specializačního oboru Paliativní medicína a léčba bolesti na dva samostatné nástavbové obory (paliativní medicína a algeziologie). Klinická praxe je v současné době zcela jiná. Lékařů se specializací v oboru Paliativní medicína a léčba bolesti, kteří by měli zajišťovat POP s odkazem na výše uvedenou definiční

podmínku, je nedostatek. POP představuje závažný společenský problém v systému poskytování zdravotní péče. V současné době chybí v českém zdravotnictví transparentní systém organizace POP včetně deficitu znalosti finančních nákladů s jejím poskytováním spojené. Je zapotřebí se zamyslet, jak tento problémem řešit, a to nejen na úrovni odborných společností (Česká onkologická společnost ČLS JEP, Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP), ale i zdravotních pojišťoven, pracovišť ošetrovatelské péče, hospicového hnutí a v neposlední řadě krajských zdravotnických holdingů jakožto zřizovatelů regionálních nemocničních zařízení, které v systému poskytování POP mají nezastupitelnou roli.

Literatura

1. Dušek L, Mužík J, Gelnarová E et al. Cancer incidence and mortality in the Czech Republic. *Klin Onkol* 2010; 23(5): 311–324.
2. Slováček L, Filip S, Priester P et al. Výživa nemocných v programu paliativní onkologické péče. In: Jurašková B (ed). *Aktivní přístup v péči o seniory – budoucnost geriatric a gerontologie*. Hradec Králové: Geronto-metabolická klinika LF UK a FN 2010.
3. Slováček L, Slováčková B, Blažek M et al. Možnosti paliativní léčby u nemocných v terminálním stadiu maligního onemocnění z pohledu internisty. *Prakt Léč* 2003; 83(12): 711–714.
4. Slováček L, Slováčková B. Příspěvek k paliativní léčbě onkologických nemocných. *Voj Zdrav Listy* 2003; 72(1): 1–4.
5. Slováček L, Slováčková B, Blažek M et al. Kvalita života onkologických nemocných – definice, koncepce, možnosti měření. *Klin Onkol* 2006; 19(3): 163–166.
6. Slováček L, Slováčková B, Jebavý L et al. Kvalita života onkologických nemocných: koncepční model, možnosti měření. *Voj Zdrav Listy* 2005; 74(5–6): 180–182.
7. Slováček L, Filip S, Šimková M et al. Ambulance paliativní onkologické péče – její funkce a zařazení v systému poskytování zdravotní péče na regionální úrovni. *Paliat Med Lieč Bolest* 2010; 3 (Suppl 3): 16–18.
8. Temel SJ, Greer AJ, 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.
9. Sláma O, Špinka Š. Koncepce paliativní onkologické péče v ČR, Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi. Praha: Cesta domů 2004: 24–25.
10. Sláma O, Kabelka L, Vorlíček J. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén 2008.
11. Skála B, Sláma O, Vorlíček J et al. Paliativní péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro praktické lékaře. Praha: CDP-PL 2005.
12. Slováček L, Filip S, Šimková M et al. Ambulance paliativní onkologické péče, funkce a zařazení do systému poskytování zdravotní péče v regionu. In: Ulrychová H, Vašátková I (eds). *Sborník přednášek XVI. Královéhradecké ošetrovatelské dny*. Hradec Králové: Nucleus 2010: 49–50
13. Slováček L, Filip S. Péče o pacienta v terminálním stavu na onkologickém oddělení. In: Vyzula R (ed). *Edukační sborník XXXIV*. Brno: BOD 2010: 195–196.
14. Filip S, Slováček L, Švecová D et al. Indikátory kvality poskytování paliativní péče na různých úrovních poskytování zdravotní péče. In: Ulrychová H, Vašátková I (ed). *Sborník přednášek XVI. Královéhradecké ošetrovatelské dny*. Hradec Králové: Nucleus 2010: 48–49.
15. Filip S, Slováček L, Švecová D et al. Indikátory kvality poskytování paliativní onkologické péče na různých úrovních poskytované zdravotní péče – Centrum Paliativní onkologické péče v regionu. *Paliat Med Lieč Bolest* 2010; 3 (Suppl 3): 18–19.
16. Švecová D, Šimková M, Priester P et al. Zařazení a funkce edukační sestry v rámci poskytování paliativní onkologické péče, otázky a problémy (kasuistika). *Paliat Med Lieč Bolest* 2010; 3 (Suppl 3): 23–24.
17. Sláma O, Novák J. Kde a jak v České republice umírají onkologičtí pacienti? Několik poznámek o potřebě a dostupnosti paliativní péče. *Klin Onkol* 2008; 21(4): 178–179.
18. Radbruch L, Sheila P. White paper on standards and norms of hospice and palliative care in Europe. Český překlad: Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. Doporučení evropské asociace pro paliativní péči. Praha: Cesta domů a ČSPM 2010: 26–28.