MUDr. Alena Zvoníková
vedoucí oddělení koncepce posuzování zdravotního stavu

V Praze dne 28 -02- 2020
Č. j.: MPSV-2020/41419 -742

Vážená paní předsedkyně,

Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen „MPSV“) obdrželo žádost Mgr. Š. Slavíkové o zaslání instrukce k posuzování zdravotního stavu u některých onkologických onemocnění. České onkologické společnosti (dále jen „ČOS“).

V příloze Vám zasílám Instrukci náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů a nepojistných dávek č. 13/2019 „Posuzování zdravotního stavu u některých onkologických onemocnění“.

Děkujeme za spolupráci, kterou jste MPSV poskytla Vy i ČOS při její přípravě.

S pozdravem

Příloha: 1

Vážená paní
Doc. MUDr. Jana Prausová, PhD., MBA
předsedkyně České onkologické společnosti
přednosta onkologické kliniky 2. LF a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5

Ministerstvo práce a sociálních věcí,
Odbor odvolání a správních činností nepojistných dávek a LPS
Na Poříčním právu 1, 128 01 Praha 2,
tel. +420 221 921 111, ISDS: sc9aavg
e-mail: posta@mpsv.cz; www.mpsv.cz

KLASIFIKACE INFORMACÍ (AKTIV)
C
MPSV - O91/910

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ

INSTRUKCE NÁMĚSTKYNĚ PRO ŘÍZENÍ SEKCE SOCIÁLNĚ POJISTNÝCH SYSTÉMŮ A NEPOJISTNÝCH DÁVEK Č. 13/2019

Věc: **Posuzování zdravotního stavu u některých onkologických onemocnění**

Určeno pro:	posudkové komise MPSV lékařskou posudkovou službu OSSZ/PSSZ/MSSZ/ČSSZ
Účinnost od:	1. ledna 2020

Zpracovatel:	odbor lékařské posudkové služby
Č. j.:	MPSV- 2019/219071-742
Počet stran:	18

Předkladatel:	**Mgr. Kateřina Jirková** náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů a nepojistných dávek
Dne:	. prosince 2019

Schválil:	**Mgr. Kateřina Jirková** náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů a nepojistných dávek
Dne:	19. prosince 2019

S cílem zlepšit informovanost lékařské posudkové služby OSSZ/PSSZ/MSSZ/ČSSZ a lékařů PK MPSV v problematice posuzování dlouhodobé pracovní neschopnosti u některých onkologických onemocnění, v problematice onkologických postižení, protinádorové léčby, jejích komplikací u dětí (osob do 18 let věku) a v oblasti paliativní péče u onkologicky nemocných v souvislosti posuzování stupně závislosti

1. **vydávám**
   Instrukci náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů a nepojistných dávek č.

2. **ukládám**
   lékařům - předsedům PK MPSV zajistit realizaci opatření vyplývající z instrukce

3. **doporučuji**
   ústřednímu řediteli ČSSZ promítnout realizaci opatření vyplývající z této instrukce do interního aktu řízení pro činnost LPS OSSZ/PSSZ/MSSZ/ČSSZ.

Instrukce nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2020

Mgr. Kateřina Jirková
náměstkyně pro řízení sekce
sociálně pojistných systémů a nepojistných dávek MPSV

Obsah

Část I: Posuzování dlouhodobé pracovní neschopnosti u onkologických onemocnění
Čl. I Onkologická péče
Čl. II Základní pojmy
Čl. III Vedlejší účinky onkologické léčby - side effects
Čl. IV Onkologický nález
Čl. V Hodnocení kvality života onkologicky nemocného
Čl. VI Průběh onemocnění a posudková prognóza
Čl. VII Dočasná pracovní neschopnost
Čl. VIII Posuzování invalidity
Čl. IX Přehled průměrné doby a typu léčby u nejfrekventovanějších zhoubných nádorů

Část II: Problematika onkologických postižení, protinádorové léčby, jejích komplikací u dětí (osob do 18 let věku) z hlediska potřeby každodenní mimořádné péče
Čl. I Výskyt nádorových onemocnění u dětí
Čl. II Léčba a její délka
Čl. III Komplikace, rekonvalescence a pozdní následky
Čl. IV Posudkové konsekvence
Čl. V Potřeba každodenní mimořádné péče

Část III: Posuzování stupně závislosti u nemocných s pokročilým onkologickým onemocněním
Čl. I Klinická stádia nádorových onemocnění
Čl. II Dělení protinádorové léčby z hlediska záměru
Čl. III Posudkové konsekvence

Seznam zkratek užitých v textu

TNM Classification of Malignant Tumours, klasifikace zhoubných novotvarů
WHO World Health Organization, Světová zdravotnická organizace
ALL Akutní lymfoblastická leukemie
AML Akutní myeloidní leukemie
CNS centrální nervový systém
DPN dočasná pracovní neschopnost
ZNP zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů
ZDP zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů
LPS lékařská posudková služba
OZZ osoba zdravotně znevýhodněná
ZŽP základní životní potřeba
OSSZ okresní správa sociálního zabezpečení
PSSZ pražská správa sociálního zabezpečení
MSSZ městská správa sociálního zabezpečení

Část I.

Posuzování dlouhodobé pracovní neschopnosti u onkologických onemocnění

Článek I
Onkologická péče

Zlepšená diagnostika zhoubných novotvarů a celková kvalita lékařské péče znamená vyšší počty hlášených onkologických onemocnění. Organizace protinádorové léčby v onkologických centrech, uplatňování multidisciplinárních přístupů a nových a účinnějších protokolů léčby vede v posledních desetiletích ke snížení úmrtnosti a ke zlepšení prognózy onkologicky nemocných, udržuje také déle kvalitu života i pracovní schopnost. U některých typů novotvarů se daří vyléčit až 80 % osob, ovšem u poloviny onkologicky nemocných v následujících letech dojde k opětovnému výskytu nádorového onemocnění.
Léčba onkologického onemocnění se skládá z řady lékařských postupů, podílí se na ní lékaři několika odborností a onkologicky nemocný obvykle podstupuje více druhů léčby - chirurgickou, farmakoterapii, hormonoterapii, biologickou léčbu, radioterapii, popř. paliativní péči, psychoterapii, nutriční terapii a jiné druhy podpůrné péče.
Kombinace metod onkologické léčby potencuje vyšší podíl a intenzitu vedlejších účinků jednotlivých metod. Všichni onkologicky nemocní jsou ve vyšším riziku vzniku tzv. sekundárních nádorů.

Článek II
Základní pojmy

Kompletní remise je klinické vymizení všech známek nádoru, včetně normalizace laboratorních hodnot a nálezu ze zobrazovacích vyšetření. **Zobrazovací remise** je stav, kdy nádor není detekovatelný pomocí zobrazovacích metod, ale neznamená vyléčení. **Parciální remise** znamená zmenšení nádoru o 50 % v průměru největších ložisek; menší efekt léčby se hodnotí jako **stabilizace**. **Generalizované (diseminované) onemocnění** – generalizace onemocnění.

Performance status je zhodnocení celkového stavu nemocných a stavu tělesné výkonnosti. Obsahuje kategorizaci zdravotního stavu dle klíčových parametrů (pohyblivost, aktivita a přítomnost nemoci, soběstačnost).

Protinádorová léčba je léčba zaměřená na odstranění nádoru, jeho zmenšení, zpomalení nebo zastavení jeho růstu.

Podpůrná onkologická péče je zaměřena na řešení problémů souvisejících s nádorem (dušnost, bolest, výživa, psychologická podpora atd.) nebo na řešení nežádoucích účinků samotné protinádorové léčby (léčba nevolnosti a zvracení, management hematologické toxicity, infekčních komplikací atd.). Komplexní podpůrná péče v situaci pokročilého onemocnění se nazývá **paliativní péče**.

Kurativní protinádorová terapie je léčba, která má za cíl zcela vyléčit onkologické onemocnění. Příkladem jsou chirurgické výkony u časných stádií nemoci bez postižení lymfatických uzlin. Kurativní léčbou je i chemoterapie u velice senzitivních nádorů, u hematologických malignit, radioterapie u radiosenzitivních nádorů.

Nekurativní (paliativní) protinádorová terapie je souhrnné označení pro různé modality protinádorové léčby, které sice nemají potenciál onkologicky nemocného zcela vyléčit (navodit

dlouhodobou kompletní remisi), ale mohou nádor zmenšit, zpomalit jeho růst a přechodně zabránit jeho šíření.

Adjuvantní terapie je léčba, která následuje po chirurgickém výkonu. Koncepce adjuvantní terapie vychází z předpokladu, že i v případě malého lokalizovaného nádoru, se mohou z primárního nádoru uvolňovat nádorové buňky, které se dostávají do krevních a lymfatických cév a mohou tak dát vzniku mikrometastáz a následně makrometastáz. Cílem adjuvantní terapie je právě eradikace mikrometastáz a tím zabránění diseminace a relapsu onkologického onemocnění.

Neoadjuvantní terapie je léčba aplikovaná před chirurgickým výkonem. Cílem této terapie je jednak podobně jako v případě adjuvance eradikace mikrometastáz a současně snaha o zmenšení nádoru, aby mohl být chirurgický výkon co nejméně rozsáhlý a mutilující.

Udržovací (maintenance) terapie je aplikace chemoterapie, hormonoterapie nebo biologické léčby v nízkých dávkách u nemocných, kteří dosáhli předchozí léčbou remise, s cílem prodloužení trvání remise onemocnění.

Symptomatická léčba/péče označuje léčebný přístup u nemocných, u kterých byly vyčerpány možnosti ovlivnit nádor jakoukoliv protinádorovou léčbou. Cílem je pečlivé hodnocení a mírnění symptomů, které nádorové onemocnění působí (např. bolest, dušnost, špatná výživa atd.). Pojem symptomatická péče se do značné míry překrývá s konceptem paliativní péče.

Článek III
Vedlejší účinky onkologické léčby - side effects

Prakticky všechna protinádorová léčiva mají s ohledem na mechanismus svého působení celou řadu nežádoucích účinků, což platí nejen pro klasická konvenční cytostatika, ale také pro modernější cílené preparáty, u kterých je ale profil nežádoucích účinků v mnohém odlišný. V rámci protinádorové léčby jsou podávány kombinace a dávky léčiv, které mohou vést až k život ohrožujícím stavům. Systematické hodnocení závažnosti nežádoucích účinků a jejich aktivní profylaxe a léčba jsou proto nedílnou součástí komplexní onkologické péče. Většina závažných toxických účinků je závislá na dávce protinádorového léku. Obecně lze konstatovat, že u kurativní či adjuvantní terapie se často pokračuje v intenzivní léčbě i v případě výskytu závažných reverzibilních nežádoucích účinků, protože dostatečná intenzita terapie je často jedinou nadějí na úplné vyléčení onkologicky nemocného. Naopak v paliativní terapii je primárně volena strategie zaměřená na udržení maximální kvality života nevyléčitelně nemocných, proto v případě na dávce závislých nežádoucích účinků neváháme dávkovou intenzitu individuálně upravovat.

Radioterapie

Systémové (celkové) radiační reakce bývají přítomny zejména při ozařování větších objemů. Nejčastěji jsou pozorovány projevy, jako je únava, nechutenství, nevolnost, zvracení či psychické změny nazývané souhrnně postradiační syndrom. Při ozařování většího objemu kostní dřeně dochází k poklesu krevních elementů.

Lokální (místní) radiační reakce jsou lokalizovány v dané ozařované oblasti. V praxi jsou nežádoucí účinky hodnoceny jako časné, pozdní a velmi pozdní. Liší se nejen dobou nástupu, ale zejména svým mechanismem vzniku a následnou odpovědí dané tkáně.

Akutní (časné) radiační reakce vznikají v průběhu ozařování a přetrvávají několik týdnů po jeho ukončení (do tří měsíců po léčbě). Jsou nejvýraznější ve tkáních s rychle proliferujícími buňkami, jako je epitel kůže, sliznice nebo hematopoetický systém. Akutní změny jsou reverzibilní.

Pozdní (chronické) radiační reakce vznikají v průběhu měsíců či roků po léčbě. Vyskytují se ve tkáních s nízkým a pomalým obratem buněk, jako je podkožní tkáň, plíce, ledviny, mozek, srdce, kosti nebo svaly. Klinicky se projeví až s odstupem týdnů či měsíců. Změny jsou rozmanité, charakteru atrofie, nekrózy, fibrózy nebo poškození mikrovaskulatury. Chronické změny jsou ireverzibilní. Pozdní změny mohou vznikat postupně nebo náhle. Rozvoj pozdních změn ve většině případů nelze předpokládat na základě intenzity akutních změn.
Velmi pozdní změny vznikají s odstupem let a jsou způsobené vzniklými mutacemi po ozáření. Somatické mutace jsou příčinou sekundárních malignit. Jejich výskyt je dvouvrcholový. Časně, v prvních letech po ozáření s vrcholem kolem 3. roku po ozáření, vznikají zejména hematologické malignity. Pozdně, s odstupem 10 a více let, jsou diagnostikovány solidní nádory.

Chemoterapie
Mezi klasické nežádoucí účinky u většiny konvenčních cytostatik patří **hematologická toxicita (myelotoxicita), gastrointestinální toxicita, únava**. Dochází k projevům anémie, neutropenie, trombocytopenie, poškození sliznic, průjmům a zvracení, ztrátě vlasů, kožní toxicity, poruchám srdečního rytmu, vývoji srdečního selhávání, parestesie končetin, selhávání ledvin, pneumonitidě.
Pozdní reakce se rozvíjejí v průběhu měsíců i let, dominuje především srdeční selhávání, těžší projevy polyneuropatie, selhávání ledvin, fibrotizace plic, neplodnost. Dalším závažným nežádoucím účinkem chemoterapie je indukce **sekundárních malignit**, které vznikají po několika letech od ukončení protinádorové léčby.

Hormonální terapie
Časné vedlejší účinky se projevují návaly, poruchami nálad, pocením, únavou a muskuloskeletálními potížemi. Mezi pozdní vedlejší účinky patří vypadávání vlasů, změny vaginální sliznice s možností krvácení a riziko vzniku karcinomu endometria, gynekomastie u mužů, dále změny na rohovce a na retině, osteoporóza při kortikoterapii.
Biologická, cílená léčba a imunoterapie
Vedlejší reakce se objevují již v průběhu léčby - alergie, dušnost, horečky, změny krevního tlaku, dominuje kožní toxicita (estetické hledisko), bolesti kloubů, hand-foot syndrom, slizniční toxicita, poruchy pigmentace vlasů, nehtů, průjmy, poruchy hojení ran, krvácivé příhody, pneumonitidy, endokrinopatie, kolitidy, oční záněty, poruchy imunity, únavový syndrom.

Mezi **dlouhodobé komplikace** patří zejména orgánové postižení systémovou onkologickou léčbou, radioterapií nebo léčbou chirurgickou, akcelerovaná ateroskleróza, chronický únavový syndrom a poruchy anxiózně depresivního typu.

Onkochirurgie
Operační obory představují jeden ze 4 pilířů protinádorové léčby (radiodiagnostika, onkochirurgie, klinická onkologie, radiační onkologie). Nejčastějšími komplikacemi operačních výkonů jsou střevní neprůchodnost (ileus), krvácení, perforační příhody, záněty, poruchy hojení, tromboembolické příhody.

Článek IV
Onkologický nález

Po průkazu nádorového onemocnění je dalším krokem přesné stanovení jeho pokročilosti, určení klinického stadia (staging). Přesné stanovení rozsahu nádorového postižení má význam prognostický a je předpokladem pro naplánování optimálního léčebného postupu, který se v různých stadiích nemoci může zásadně lišit. Standardizovaný systém klasifikace nádorů usnadňuje komunikaci mezi lékaři a umožňuje stanovit léčebné postupy pro jednotlivá klinická stadia a také hodnotit výsledky léčby.

Posuzující lékař vychází z nálezu ošetřujícího onkologa, který musí obsahovat informace o typu zhoubného nádoru, výsledek histologického vyšetření, grading, hormonální dependence, přítomnost genetických mutací, hodnocení TNM klasifikace, klinické stadium, u generalizace lokalizaci a rozsah metastáz, performance status dle WHO, zhodnocení léčby a léčebného záměru (kurativní, paliativní), informace o předpokládané délce léčby, ev. přítomnosti nežádoucích účinků onkologické léčby, o míře rizika relapsu, diseminaci, o prognóze.
V případě, že zpráva ošetřujícího onkologa neobsahuje příslušné údaje, je třeba si je vyžádat. V případě potřeby je vhodné ošetřujícího onkologa vždy osobně kontaktovat.

Článek V
Hodnocení kvality života onkologicky nemocného

Zásadním faktorem, který určuje prognózu a možnosti protinádorové léčby u konkrétního onkologicky nemocného, je jeho výkonnostní stav, který lze popsat klasifikacemi - Karnofského skóre, WHO index, ECOG.

Článek VI
Průběh onemocnění a posudková prognóza

Podle rozsahu a tíže onkologického onemocnění, způsobu a průběhu léčby a jejích výsledků a s ohledem na další prognózu stavu mohou nastat níže uvedené situace:

- **příznivé stavy** (počáteční stadia, s dobrou odpovědí na léčbu u jinak dobře komponovaného jedince, lokalizované formy onemocnění), léčba proběhne v DPN, vedlejší účinky léčby popř. komplikace léčení odezní nebo se minimalizují, nemají dopad na schopnost pokračovat v práci, v podpůrčí době dojde k uschopnění – návratu do práce (není důvodné uznat invaliditu),
- **příznivé stavy s delší dobou léčby** než je obvyklá (např. pro komplikace související s onkologickou léčbou) s potřebou prodloužení podpůrčí doby pro další výplatu nemocenského, s následným návratem do práce, zaměstnání, popř. i k jiné než pojištěné činnosti (není důvodné uznávat invaliditu, ev. lze uznat invaliditu nižšího stupně, stav může také odůvodnit uznání OZZ),
- **vysoce nepříznivé stavy** (vysoce maligní typy onemocnění s primárně nepříznivou prognózou, generalizované formy onemocnění, recidivující stavy) bez možnosti návratu do práce ve střednědobém horizontu (dva až tři roky) nebo vůbec, tzn. stavy, situace, kdy bude důvodné uznat invaliditu třetího stupně (neschopnost pracovat, vykonávat jakékoliv zaměstnání, práci, výdělečnou činnost), popř. uznat invaliditu třetího stupně trvale,
- **částečně nepříznivé stavy s dílčí možností pracovat**, tzn. stavy, situace, kdy bude důvodné uznat invaliditu prvního nebo druhého stupně, případně status OZZ (s větší mírou nežádoucích účinků nebo s udržovací onkologickou léčbou, např. hormonoterapií),
- **stavy v remisi**, kdy bylo dosaženo kompletní remise a lze předpokládat obnovení pracovní schopnosti, tzn., že bude důvodné při KLP snížit stupeň invalidity, ev. invaliditu zcela oduznat.

Článek VII
Dočasná pracovní neschopnost

Léčba onkologického onemocnění trvá řadu měsíců a obvykle probíhá v dočasné pracovní neschopnosti (dále „DPN"). Řada onkologických onemocnění je léčitelná a v průběhu DPN lze dosáhnout stavu remise onkologického onemocnění a příznivé funkční stabilizace zdravotního stavu. Kontrola DPN podle § 61 odst. 1 písm. h) a § 74 ZNP by měla být provedena po 180

dnech, aby mohla být vyhodnocena prognóza onemocnění ve vztahu k prognóze vývoje pracovní schopnosti a dalším kontrolám. K posouzení je orgán nemocenského pojištění oprávněn požádat ošetřujícího lékaře o vyjádření o zdravotním stavu dočasně práce neschopného pojištěnce a o předložení lékařských zpráv, nálezů a posudků a zpráv o průběhu nemoci.
Další kontrola se provádí formou „konzultace" podle § 75a odst. 2 ZNP.
Pokud se ve smyslu § 75a odst. 1 písm. a) zjistí, že lze očekávat, že pojištěnec před uplynutím podpůrčí doby nabude pracovní schopnost, protože došlo ke stabilizaci zdravotního stavu a pracovní schopnost se obnovuje, je DPN následně ukončena.
Pokud se ve smyslu § 75a odst. 1 písm. b) zjistí, že ze zdravotních důvodů lze předpokládat, že pojištěnec v krátké době po uplynutí podpůrčí doby nabude pracovní schopnost, pojištěnec se poučí o možnosti požádat o prodloužení podpůrčí doby a výplaty nemocenského.
Pokud se ve smyslu § 75a odst. 1 písm. c) zjistí, že zdravotní stav je dlouhodobě nepříznivý podle ZDP, pojištěnec se poučí o možnosti požádat o invalidní důchod.

Lékař orgánu nemocenského pojištění posuzuje na základě žádosti dočasně práce neschopného pojištěnce podané tomuto orgánu, zda lze očekávat, že po uplynutí podpůrčí doby nabude v krátké době pracovní schopnost, a to i k jiné než dosavadní pojištěné činnosti. Takto lze postupovat i opakovaně, přičemž při jednotlivém prodloužení výplaty nemocenského nesmí být doba tohoto prodloužení delší než 3 měsíce (v odůvodněných případech bude celková délka DPN trvat např. až 15 nebo 18 měsíců celkem). Prodloužení podpůrčí doby slouží k dokončení onkologické léčby, dosažení remise onemocnění a stabilizace stavu a potřebné rekonvalescenci po dokončení léčby a tím i k obnovení pracovní schopnosti. Takový postup je nejen v souladu s právní úpravou, ale má také příznivé vlivy na psychiku onkologicky léčeného nemocného, neboť udržuje pozitivní motivaci k návratu do zaměstnání.

Článek VIII
Posuzování invalidity

Při posuzování zdravotního stavu, poklesu pracovní schopnosti a invalidity onkologicky nemocných platí, že samotné stanovení diagnózy, popř. zahájení léčby nevede k poklesu pracovní schopnosti a invaliditě. Pokles pracovní schopnosti a invalidita jsou způsobeny v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a prokázaného snížení/poklesu tělesných, smyslových nebo duševních schopností ve smyslu § 39 odst. 3 ZDP, při postižení orgánových funkcí nádorovým onemocněním nebo dopady léčby (vedlejšími nebo pozdními účinky), následky chirurgického zákroku (např. amputace, stomie), popř. psychickými dopady. Teprve po proběhlé léčbě, vyhodnocení jejích výsledků onkologem a stabilizaci zdravotního stavu a funkčního postižení na určité úrovni, lze zhodnotit dlouhodobé nepříznivé dopady na pracovní schopnost, stanovit, které schopnosti a v jakém rozsahu a tíži jsou postiženy, zhodnotit skutečnosti uvedené v § 39 odst. 4 ZDP (stabilizaci, adaptaci, schopnost rekvalifikace, schopnost využití zachované pracovní schopnosti), stanovit odpovídající pokles pracovní schopnosti a tomu odpovídající stupeň invalidity.
Současně musí mít LPS na mysli, že díky pokrokům, včasné diagnostice a úspěchům onkologické léčby existují případy, kdy dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav:
- nemá vliv, popř. má jen nepodstatný vliv na schopnost využívat „kvalifikační potenciál" (§ 4 odst. 1 vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity),
- je stabilizovaný nebo je pojištěnec adaptován na své zdravotní postižení (§ 4 odst. 2 citované vyhlášky).
V důsledku toho je pokles pracovní schopnosti pojištěnce menší, než odpovídá dolní hranici míry poklesu pracovní schopnosti rozhodující příčiny dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, v takových případech je na místě tuto dolní hranici snížit až o 10 procentních bodů.

Termín kontrolní lékařské prohlídky se stanoví jen v případech a v termínu, kdy lze reálně očekávat (na základě prognózy ošetřujícího lékaře onkologa) zlepšení zdravotního stavu, odeznění vedlejších účinků léčby, stabilizaci stavu, obnovení (částečné nebo úplné) pracovní schopnosti, adaptaci na zdravotní postižení nebo v případech, kdy ze zjištění LPS vyplynou poznatky o příznivých změnách v oblasti kvalifikačního potenciálu (např. dokončení přípravy pro pracovní uplatnění, rekvalifikace), které pojištěnci umožní setrvání nebo návrat na trh práce.

V případech s trvalým těžkým funkčním postižením, vysoce nepříznivou prognózou, se zhoršováním stavu, selháváním onkologické léčby, rozvojem komplikací a pozdních následků léčby, se termín kontrolní lékařské prohlídky nestanovuje.

Článek IX
Přehled průměrné doby a typu léčby u nejfrekventovanějších zhoubných nádorů

a) Karcinom ledviny C64

Pro **lokalizované onemocnění** stadium I., II., ev. operabilní st. III. je základem chirurgická léčba. Při radikální nefrektomii bez komplikací je předpokládaná délka léčby 4 - 6 týdnů, následná rekonvalescence se předpokládá do 6 - 8 týdnů. Při hodnocení pracovní schopnosti nemocného se solitární ledvinou je třeba vycházet z prognózy konkrétního onemocnění, výše rizika, funkce zbylé ledviny a konkrétního pracovního zařazení nemocného.
Základem léčby **generalizovaného onemocnění** je léčba paliativní, individualizovaná. Zahrnuje částečné operační výkony na ledvině, selektivně metastazektomie. Systémová biologická cílená léčba je podávána trvale. Vyskytují se četnější nežádoucí účinky. V případě diseminace nádoru je indikace paliativní radioterapie kostních metastáz, orgánových metastáz a metastáz CNS, systémová léčba bisfosfonáty, Jedná se o těžké postižení, prognóza vážná, nepříznivá.

b) Karcinom plic C34

V době stanovení diagnózy je bohužel většina nádorů plic v pokročilém stadiu.

Nemalobuněčný karcinom

Stadium I.

Operační léčba v délce 5 - 7 týdnů s následnou rekonvalescencí 4 - 6 měsíců. Radioterapie u nemocných s kontraindikací operace v délce 5 - 7 týdnů, následná rekonvalescence 4 – 6 měsíců. Častými vedlejšími účinky jsou: do 3 měsíců postradiační pneumonitida, dysfagie, vývoj fibrotizace plic do 3 - 9 let, kardiotoxicita, která se může projevit v průběhu prvního měsíce i několik let po ukončení léčby.

Stadium II. a III. A operabilní

Operační léčba v délce 5 - 7 týdnů, následuje adjuvantní chemoterapie po dobu 3 měsíců, ev. sekvenční radioterapie 5 - 6 týdnů. Rekonvalescence od ukončení trvá cca 6 měsíců. Nežádoucí účinky jsou dány typem operace a druhem následné onkologické léčby.

Stadium III. B + III. C

Radikální operační léčba dle vybraných indikací, podmínkou je dobrý klinický stav. U ostatních neradikální léčebný záměr. Kombinovaná chemoradioterapie v délce 4 - 5 měsíců, následná rekonvalescence 6 měsíců. Nežádoucí účinky terapie nejčastěji vlivem hematotoxicity a neurotoxicity, časné a pozdní pneumonitidy, s těžkým funkčním postižením.

Stadium IV.

Stadium IV. - paliativní systémová léčba, chemoterapie, ev. biologická cílená léčba a imunoterapie, trvání léčby podle efektu a tolerance, paliativní radioterapie, vedlejší reakce podle léčebných modalit. Jedná se o nevyléčitelný stav s těžkým funkčním postižením.

Malobuněčný karcinom
Jedná se o nádorové onemocnění s agresivním průběhem, vážnou prognózou a vysokým rizikem diseminace. Používá se systémová léčba, chemoterapie, paliativní radioterapie nádoru, radioterapie CNS - preventivní a při meta postižení.

Lokalizovaná choroba (LD local disease)
Operační léčba v délce 5 - 7 týdnů, následná rekonvalescence do 6 měsíců. Vedlejší funkční postižení podle typu operace. Chemoradioterapie 4 - 5 měsíců s rekonvalescencí cca 6 měsíců.
Preventivní ozáření mozku při stabilizaci onemocnění, délka léčby 2 týdny, rekonvalescence do 2 měsíců. Velmi často dochází postupně k rozvoji poruchy kognitivních funkcí a projevům organického psychosyndromu.
Pokročilá choroba (ED extended disease)
Selektivně indikace k chemoterapii, délka léčby cca 4 měsíce. Vždy se jedná o těžké funkční postižení se závažnou prognózou a omezenou dobou přežití.

c) Karcinom prostaty C61
Stadium I.
Radikální prostatektomie, léčba v délce 6 týdnů, rekonvalescence 8 - 12 týdnů (dle stupně inkontinence). Další možností léčby je kurativní radioterapie v délce 8 týdnů, rekonvalescence 3 - 6 měsíců; nežádoucí účinky - postradiační proktitis a cystitis, ev. pozdní rozvoj inkontinence.
Stadium II.
Chirurgická léčba viz stadium I., s následnou rekonvalescencí do 3 měsíců. Kurativní radioterapie viz I. stadium. Neoadjuvantní hormonální léčba v délce 3 - 6 - 9 měsíců, následuje 2 měsíční radioterapeutická léčba, rekonvalescence 3 - 6 měsíců. High riziko léčba obsahuje protokol neoadjuvantní léčby a radioterapeutické léčby (viz výše) a následuje hormonální léčba po dobu 2 - 3 let.
Lokálně pokročilé stadium III.
Radioterapie s následnou androgen deprivační hormonoterapií v délce 2 - 3 roky, rozvoj pozdních následků (metabolický syndrom, bolestivá gynekomastie).
Stadium IV.
Metastatický karcinom – jedná se o těžké funkční postižení, léčba paliativní (kastrace, androgen deprivační hormonoterapie, chemoterapie, radioterapie metastáz).

d) Karcinom prsu C50
Karcinom prsu je značně heterogenní skupina nemocných s různou biologickou aktivitou nádoru, tudíž s rozdílnou léčbou i prognózou. Histologicky se jedná nejčastěji o nádory duktální, lobulární, inflamatorní typ je značně agresivní. Podmínkou léčby je stanovení genetické exprese HER2 mutace a hormonálních receptorů.
Individuálně je třeba řešit situace, kdy nemocná podstupuje rekonstrukční operace prsu. Při posuzování zdravotního stavu je nutné zhodnotit profesní a pracovní zátěž dominantní horní končetiny s ohledem na nežádoucí účinky onkologické léčby (lymfedém).
Zvláštní pozornost vyžaduje skupina nemocných, u kterých je diagnostikována přítomnost genetických mutací především BRCA 1/2. Onkologicky nemocné s BRCA1/2 mutací i jinými genetickými vadami podstupují preventivní operace prsů a vaječníků: bilaterální ovariektomii, bilaterální mastektomii, následně rekonstrukční výkony prsů. Jsou selektivně adeptkami pro možnost prodlužování DPN.

Lokalizované onemocnění
Prodloužení DPN je indikované u nemocných s časným nebo lokálně pokročilým karcinomem prsu, kteří absolvovali kurativní terapii, mají vysokou naději na dosažení remise a s ohledem na míru vedlejších účinků a snášení léčby je reálný předpoklad, že se budou moci vrátit do

práce. Prodloužení DPN jim umožní dokončit v některých případech delší léčebný plán a potřebnou dobu rekonvalescence, pokud to individuální situace vyžaduje.

Stadium I.

Mastektomie, ev. prs šetřící výkony, exstirpace sentinelové uzliny, ev. exenterace axily, délka operační léčby 4 - 6 týdnů, adjuvantní radioterapie 5 - 6 týdnů, rekonvalescence cca 4 - 6 měsíců.

Stadium II.

Délka operační léčby 4 - 6 týdnů, radioterapie 5 - 6 týdnů, adjuvantní chemoterapie 3 - 4 měsíce. Rekonvalescence cca 6 měsíců. V případě pozitivity mutací antiHER2 léčba 1 rok. Další variantou je shodný léčebný postup s následnou adjuvantní hormonální léčbou 5 - 10 let.

Stadium III.

Neoadjuvantní chemoterapie v délce cca 21 týdnů, operační léčba do 4 – 6 týdnů, následná rekonvalescence cca 6 měsíců. V případě pozitivity mutací antiHER 2 léčba trvá 1 rok. U hormonální dependence hormonální léčba 5 - 10 let. Přítomnost nepříznivých závažnějších reakcí je u toho stadia četnější; současně představuje vyšší psychickou zátěž.

Metastatický karcinom - stadium IV.

Jedná se o diseminaci onemocnění do viscerálních orgánů, mozku, skeletu.

Systémová paliativní léčba - chemoterapie, biologická léčba, hormonoterapie, radioterapie, kombinace onkologických metod, bisfosfonáty. Podpůrná léčba, psychologické intervence. U nemocných s pozitivitou hormonálních receptorů je indikována adjuvantní hormonoterapie 5 - 10 let. Vybraná léčba je podávána do doby efektu léčby a její tolerance s ovlivnitelnou mírou vedlejších účinků léčby. V průběhu léčby může dojít i k jejímu přerušení. Vedlejší účinky chemoterapie a biologické léčby jsou vyššího stupně v souvislosti s typem léčebných režimů chemoterapie (kardiotoxicita, polyneuropatie) a cílené biologické léčby. Jedná se o těžké postižení.

e) Karcinom kolorekta C18-C20

Jedná se o karcinom rekta, sigmatu a tračníku. Histologicky jde o adenokarcinomy. Adenomové polypy jsou považovány za prekancerózní stavy. Po kurativní resekci kolorektálního karcinomu v časném (nemetastatickém) stadiu dochází později k relapsu u 30 - 50% nemocných. K relapsu dochází nejčastěji v prvních 3 letech po operaci, po 5 letech jsou relapsy vzácnější. Založení stomie může vést k výskytu zánětů, stenóz, vyprazdňovacích obtíží, krvácení, psychických důsledků. U onkologicky nemocných s trvalou stomií, která je stabilizovaná a bez komplikací, je třeba v rámci hodnocení pracovní schopnosti/neschopnosti mít na mysli, že i když je pracovní schopnost zachována, nemohou vykonávat některá zaměstnání (s ohledem na pracovní podmínky a pracovní prostředí). Nezanedbatelnou stránkou věci je psychický stav.

Kolon

Stadium I.

Operační léčba v délce 4 - 6 týdnů, rekonvalescence 3 - 4 měsíce. Komplikace podle typu a rozsahu operace a hojení, platí i u dalších stadií.

Stadium II.

Operační léčba v délce 4 - 6 týdnů, při vyšším riziku adjuvantní chemoterapie 3 - 6 měsíců, rekonvalescence cca 6 měsíců.

Stadium III.

Operační léčba v délce 4 - 6 týdnů, adjuvantní chemoterapie 3 - 6 měsíců, rekonvalescence cca 6 měsíců.

Stadium IV.

Paliativní záměr léčby podle konkrétního stavu onemocnění a stavu nemocného jsou indikovány různé modality léčby - chirurgická, intervenční radiologie, radioterapie, chemoterapie, biologická léčba. V indikovaných případech metastazectomie a poté systémová léčba, ev. operace primárního nádoru. Vedlejší reakce se vyskytují v souvislosti s konkrétní léčbu i jejich kombinacemi. Jedná se o těžké postižení.

Rektum

Stadium I.

Operační léčba v délce 4 - 6 týdnů, rekonvalescence 3 - 4 měsíce. Komplikace podle typu a rozsahu operace a hojení, platí i u dalších stadií.

Stadium II., III.

Operační léčba v délce 4 - 6 týdnů. Neoadjuvantní chemoradioterapie v délce 5 týdnů, za cca 8 - 12 týdnů od operace, ev. adjuvantní chemoterapie 3 - 6 měsíců. Rekonvalescence po ukončení léčby cca cca 6 měsíců.

Stadium IV.

Paliativní výkony, radioterapie, systémová léčba chemoterapie, biologická léčba, imunoterapie. Jedná se o těžké postižení.

Část II.

Onkologická onemocnění u dětí (osob do 18 let věku) z hlediska potřeby každodenní mimořádné péče

Článek I
Výskyt nádorových onemocnění u dětí

V ČR je ročně diagnostikován zhoubný nádor/nádorové onemocnění u cca **200 osob** dětského věku a u několika desítek dětí dojde k relapsům nádorového onemocnění. Nejedná se o frekventní problematiku, ale výskyt nádorového onemocnění v dětském věku je spojen s posudkově významnými dopady.
Za zhoubné nádory jsou považovány i některé nádory, které z pohledu biologie zhoubné nejsou; největší skupiny tvoří nízce maligní (low grade) gliomy /LGG/- mozkové nádory, které díky své lokalizaci mohou nemocného ohrožovat na životě a které jsou, pokud není možné radikální chirurgické odstranění, léčeny i chemo a/nebo radioterapií. LGG tvořily 9 % ZN.
Přehled nejčastějších diagnóz onkologických onemocnění dětí (procenta jsou z dat výskytu v ČR v posledních letech):
Leukémie 30 % z toho ALL 22 % AML 4 %
Nádory CNS 21 % z toho 9 % LGG
Lymfomy 13 % Hodgkinův 7 % non-Hodgkinské 6%
Neuroblastom 7 %
Sarkomy měkkých tkání 6 %
Nádory ledvin (převažuje nefroblastom) 4 %
Germinální nádory 4 %
Osteosarkom 3 %
Ewingův sarkom a PNET 3 %
Retinoblastom 2 %
Většina z těchto nádorů patří mezi vysoce maligní nádory, výjimku tvoří LGG, neuroblastom nízkého rizika a některé vzácné nádory.

Článek II
Léčba a její délka

Léčba dětských onkologických onemocnění zahrnuje zpravidla **operační léčbu (s výjimkou leukémií), chemoterapii a často i radioterapii. Část nemocných je léčena i léčbou cílenou (biologickou)** a tato skupina stále roste.
Délka chemoterapie se liší u jednotlivých nádorů, ale i v závislosti na klinickém stadiu (u některých nádorů závisí i na jiných prognostických faktorech) a **zpravidla se pohybuje mezi 4 až 24 měsíci.** Chemoterapie probíhá většinou v cyklech – krátké podání cytostatik (1 - 5 dní), zpravidla v průběhu hospitalizace a různě dlouhá pauza (ve většině případů 1 - 3 týdny), kdy je dítě většinou doma. Někteří nemocní léčení chemoterapií jsou v pauze ohroženi různými komplikacemi, a proto jsou i v mezidobí často hospitalizováni.
Délka léčby nejčastějších nádorů podle v současnosti užívaných protokolů trvá u:
ALL 2 roky, AML 2 roky,
Hodgkinův lymfom 4 - 6 měsíců, v případě že není dosaženo kompletní remise, po úvodní chemoterapii následuje radioterapie,
non-Hodgkinské lymfomy lymfoblastické 2 roky včetně udržovací terapie, ze zralých B lymfocytů - velmi intenzivní chemoterapie 1 - 4 měsíce,
meduloblastom, standardního rizika 50 týdnů, s generalizací 60 týdnů,
gliomy vysokého stupně malignity - 46 týdnů,
gliomy nízkého rizika, pokud nebyla možná radikální operace, je indikována radioterapie cca 6 týdnů nebo chemoterapie (děti do 8 let vzhledem k pozdním následkům radioterapie podle

rozsahu nádorového rezidua), která trvá 79 týdnů, kdy součástí chemoterapie je konsolidační chemoterapie v šestitýdenních intervalech,
ependymomy 32 týdnů u dětí starších 3 let věku, 54 týdnů u dětí mladších 3 let (není možná radioterapie),
neuroblastom vysokého rizika vlastní léčba včetně udržovací léčby 13-cis retinovou kyselinou téměř 1 rok, součástí je i autologní transplantace, proto lze očekávat akutní komplikace i déle než dva roky po ukončení léčby,
nefroblastom 10 týdnů 1. klinické stadium, 10 měsíců 4. klinické stadium při špatné odpovědi na předoperační chemoterapii,
sarkomy měkkých tkání-rabdomyosarkom 25 týdnů méně rizikové formy, 1 rok více rizikové formy, „nonrabdomyosarkomy" podle rozsahu (od pouze chirurgické léčby po 30 týdnů intenzivní chemo a radioterapii),
Ewingův sarkom 65 týdnů u generalizovaného onemocnění (může být zařazena i autologní transplantace, proto lze očekávat akutní komplikace i déle než dva roky po ukončení léčby),
osteosarkom 29 - 40 týdnů podle odpovědi na iniciální terapii, v některých případech je podáván ještě interferon dalších 17 měsíců.

V řadě případů je skutečná délka terapie o něco delší, protože u řady dětí je léčba přerušována pro komplikace. Často je součástí léčby i radioterapie, která trvá většinou několik týdnů a probíhá zpravidla za hospitalizace. Pro průběh léčení jsou charakteristické opakované hospitalizace dětí, při nich je velmi vhodná přítomnost jednoho z rodičů.

Článek III
Komplikace, rekonvalescence a pozdní následky

Nejčastějšími **akutními komplikacemi** v průběhu protinádorové léčby jsou:

- **útlum krvetvorby vedoucí k poruše imunity** provázený ohrožením infekcemi, nutností vyloučení návštěvy kolektivních předškolních a školních zařízení a nutností nepoužívání prostředků hromadné dopravy,
- **nauzea a zvracení**, které se většinou daří zvládat antiemetickou terapií, ale častým problémem je nechutenství, které vyžaduje individuální přístup k výživě při hospitalizaci i během pobytu doma; včetně potřeby podávání nízkobakteriální stravy,
- specifické, méně často se vyskytující, **nežádoucí účinky jednotlivých cytostatik** jako je nefrotoxicita, pneumotoxicita, kardiotoxicita apod.

Za období s výskytem akutních komplikací léčby lze tedy považovat období v průběhu chemo a/nebo radioterapie a dva roky od ukončení.

Zotavení po ukončení onkologické terapie – **rekonvalescence**, je individuální, ale u většiny dětských pacientů je **návrat k normě** dosažen zpravidla **do dvou let po ukončení terapie první linie, pokud se podařilo navodit remisi**. V té době je také možné postupně doplnit očkování, které může chybět pro kontraindikaci vakcinace v průběhu protinádorové léčby.
V případě, že nádor na léčbu neodpovídá, došlo k jeho progresi nebo recidivě, je dětský pacient léčen více liniemi léčby a lze očekávat pomalejší zotavení – zpravidla tři roky.

Pozdní následky se ve větší či menší míře vyskytují u většiny vyléčených a mohou vzniknout od **několika měsíců po desítky let od ukončení léčby**.
Časté jsou endokrinní poruchy, předčasný rozvoj ateroskleróza, a to i při řádné životosprávě, skolióza jako následek po rozsáhlé laparotomii nebo thorakotomii nebo po ozáření, po operaci páteře, různě závažné poruchy sluchu po chemoterapii cisplatinou (používá se u řady nádorů), nefropatie po terapii cisplatinou, hepatopatie různého stupně po terapii metotrexátem, cisplatinou a/nebo ozáření oblasti jater. Nejobávanější jsou sekundární nádory – k nejčastějším patří karcinom štítné žlázy po ozáření krku, karcinom prsu po ozáření hrudníku, sarkomy

v ozařovaném poli, myelodysplastický syndrom nebo akutní myeloidní leukémie po chemoterapii inhibitory topoisomerázy II, meningeomy po ozáření krania. Řada dalších pozdních následků neovlivňuje stav tak, aby vždy vyžadoval zvýšenou péči, např. neplodnost, přetrvávající alopecie, zvýšená kazivost zubů, i když nepříznivě ovlivňují kvalitu života.

Transplantace kostní dřeně je ročně provedena u několika desítek dětských pacientů; je to velmi specifická problematika **zatížená ještě více komplikacemi než konvenční protinádorová léčba**. Proto je vždy nutno postupovat individuálně. Pokud je součástí léčebného postupu transplantace kostní dřeně, je doba trvání celodenní mimořádné péče o dítě nejméně dva roky od propuštění z transplantační jednotky, zpravidla však vzhledem k podávání imunosuprese a řady komplikací delší.
Pokud je transplantace prováděna pro maligní nádorové onemocnění (transplantace kostní dřeně se provádí i pro některé nenádorové poruchy krvetvorby, některé imunodeficity a některé vrozené metabolické vady) je zařazována na konec komplexní léčby; pouze u neuroblastomu ještě následuje udržovací biologická léčba.

Článek IV
Posudkové konsekvence

LPS vychází z nálezu praktického lékaře pro děti a dorost a z nálezů ošetřujícího onkologa.
Nález praktického lékaře obsahuje stupeň psychomotorického vývoje dítěte, jeho premorbidní zdravotní stav a informace o výsledcích provedených lékařských vyšetření.
Onkologický nález musí obsahovat informace o typu zhoubného nádoru, hodnocení TNM klasifikace, klinické stadium, u generalizace - lokalizace a rozsah metastáz a informace o zvoleném způsobu léčby (léčebném protokolu), předpokládané době léčby a prognóze. Pokud bylo již k léčbě přikročeno, jsou potřebné informace onkologa o průběhu léčby, event. o přítomnosti nežádoucích účinků onkologické léčby (akutních komplikací), o dosažení remise, riziku relapsu, diseminaci procesu, účinku léčby. V průběhu léčby je nutné sledovat celkový zdravotní stav dítěte a jeho vývoj v čase (psychiku, prospívání, růst, výživu, kvalitu života apod.). V případě, že by zpráva ošetřujícího onkologa neobsahovala příslušné údaje, je třeba si je dožádat nebo je vhodné ošetřujícího onkologa vždy osobně kontaktovat.

Při posuzování zdravotního stavu a stupně závislosti LPS:

- vychází ze zdravotního stavu dítěte doloženého lékařskými nálezy poskytovatelů zdravotních služeb,
- z úrovně biopsychosociálního vývoje dítěte
- z výsledku funkčních vyšetření, popř. výsledku vlastního vyšetření dítěte,
- z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb dítěte,
- přihlíží k odborným informacím o předpokládané délce léčby, očekávaným akutním komplikacím léčby, době rekonvalescence a pozdním následkům,
- hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na funkční schopnosti dítěte a potřebu každodenní mimořádné péče.

Při posuzování potřeby každodenní mimořádné péče se posuzující lékař zaměřuje zejména na ty základní životní potřeby, které jsou v průběhu onkologického léčení a rekonvalescence nejčastěji dotčeny a dítě v nich zpravidla vyžaduje každodenní mimořádnou péči.

Článek V
Potřeba každodenní mimořádné péče

Rozsah, intenzita a náročnost péče – každodenní mimořádné péče je ve své podstatě u **kurabilních onkologických onemocnění dětí srovnatelná**. Děti vyžadují:

- soustavný dohled při péči o zdraví dítěte, nad dodržováním stanoveného léčebného režimu a režimových opatření (zvl. podávání medikace, ošetřování), opakované kontroly ve zdravotnických zařízeních;
- přípravu a podávání nízkobakteriální stravy, dohled nad příjmem tekutin a množstvím stravy;
- pomoc při tělesné hygieně (s ohledem na zavedený centrální žilní katetr, cévku, sondu apod.), zvýšené nároky při péči o dutinu ústní (soor), péči o kůži (sekundární infekty),
- péči v oblasti mobility - potřebu individuální dopravy z důvodu režimu nařízeného odborným lékařem poskytujícím onkologickou péči (vysoké riziko ohrožení infekcemi při poruše imunity);
- péči v oblasti osobních aktivit (nemožnost návštěvy školky, individuální učební plán, upuštění od volnočasových aktivit nebo jejich podstatné omezení, nutnost domácí výuky apod.).

Rozsah, frekvence a náročnost mimořádné péče o dítě s onkologickým onemocněním, trvá nejen **v průběhu léčby**, ale také řadu měsíců po jejím ukončení, **po dobu rekonvalescence** a zpravidla odpovídá **stupni závislosti II - středně těžká závislost**.
V případě mladistvých ve věku 16 - 18 let, vzhledem ke stupni jejich biopsychosociálního vývoje, nemusí být s ohledem na povahu onkologického onemocnění, způsob léčení a celkový zdravotní stav (pokud je stabilizován), v některých případech prokázána potřeba každodenní mimořádné péče ve všech výše citovaných oblastech života.

Doba platnosti posudku se stanovuje zpravidla v rozmezí 2 - 3 let, s ohledem na individuální skutečnosti případu, typ a rozsah nádoru, způsob, délku a výsledky léčby, prognózu stavu; přihlíží i k věku a době potřebné rekonvalescence.

Pokud se onkologické onemocnění dostane do fáze **zlomu** (dekompenzace) a **nastává preterminální a terminální fáze** a nevratné zhoršování stavu (stav trvá zpravidla řadu týdnů popř. i několik měsíců), selhává onkologická léčba, rozvíjí se komplikace, významně se zhoršuje stav dítěte, prognóza je vysoce nepříznivá, narůstá rozsah a objem péče a potřeba paliativní péče, jde zpravidla již o **stupeň závislosti III-těžká závislost** nebo stupeň **závislosti IV- úplná závislost.** V uvedených případech se doba platnosti posudku nestanoví. Vzhledem ke křehkosti stavu v případech, kdy se onkologické onemocnění dostane do fáze zlomu, preterminální a terminální fáze, je třeba **vypracovat posudek neprodleně** a zohlednit rychlou progresi stavu.

Část III.

Posuzování stupně závislosti u nemocných s pokročilým onkologickým onemocněním

Článek I
Klinická stádia nádorových onemocnění

Určení klinického stádia nádoru (tzv. staging) má zcela zásadní význam pro stanovení optimálního léčebného postupu. U většiny nádorů je klinické stádium také významný prognostický faktor. Čím vyšší klinické stádium, tím nižší pravděpodobnost dosažení dlouhodobé léčebné odpovědi a tím kratší je doba celkového přežití.
Klinické stádium se určuje na základě rozsahu primárního nádoru (velikost nádoru a jeho vztah k okolním tkáním) a přítomnosti metastáz. U většiny nádorů se stanovuje na základě tzv. TNM klasifikace (zpravidla se používá dělení na stádia I až IV). Specifické klasifikační systémy se používají ke stanovení klinického stádia v hematoonkologii. Jako pokročilé onkologické onemocnění obvykle označujeme stavy lokálně pokročilého onemocnění (obvykle klinické stádium III) a diseminované (generalizované) onemocnění (klinické stádium IV). Pro účely metodiky označujeme jako pokročilé onkologické onemocnění stav, kdy je zřejmé, že nádorové onemocnění není prostředky současné medicíny vyléčitelné (nelze dosáhnout trvalé kompletní remise).

Článek II
Dělení protinádorové léčby z hlediska záměru

Jako protinádorovou léčbu označujeme všechny léčebné modality, kterými se snažíme ovlivnit velikost a aktivitu nádorové nemoci. Do této skupiny patří operační postupy (chirurgie), radioterapie a systémová protinádorová léčba: hormonoterapie, chemoterapie, cílená léčba, imunoterapie atd. Jednotlivé modality protinádorové léčby se v průběhu léčby různým způsobem kombinují (tzv. multimodální protinádorová léčba).
Z hlediska léčebného záměru lze všechny modality protinádorové léčby dělit na **kurativní a paliativní (nekurativní).** Cílem **kurativní protinádorové léčby** je navodit dlouhodobou kompletní remisi. Termínem kompletní remise označujeme situaci, kdy žádnou dostupnou vyšetřovací metodou nelze zjistit přítomnost nádorové nemoci v těle. Cílem **paliativní (nekurativní) protinádorové léčby** je zmenšení nádoru, zpomalení jeho růstu a šíření a zmírnění projevů, které působí. Paliativní protinádorová léčba nevede k vyléčení (dlouhodobé kompletní remisi). V závislosti na typu nádoru ale může vést k prodloužení života o několik měsíců až o řadu let. U části nemocných léčených primárně s kurativním záměrem dochází po určité době k relapsu (návratu) onkologického onemocnění. Podle charakteru a rozsahu je relaps léčen kurativní nebo paliativní protinádorovou léčbou. Podávání paliativní protinádorové léčby je obvykle dlouhodobé. Nemocní jsou postupně (sekvenčně) léčeni několika liniemi léčby. V průběhu kurativní i paliativní (nekurativní) protinádorové léčby je nemocným poskytována **komplexní podpůrná péče**. Cílem podpůrné péče je mírnit a řešit projevy a důsledky nádorové nemoci (např. bolest, dušnost, poruchy výživy) a komplikace protinádorové léčby (např. nevolnost, zvracení, infekční komplikace, imunologické komplikace). Nedílnou součástí podpůrné péče je psychologická podpora/psychoterapie nemocných i jejich blízkých, sociální poradenství a duchovní péče. U všech nemocných léčených paliativní (nekurativní) protinádorovou léčbou dochází po určité době k progresi nádoru a zhoršení celkového klinického stavu, kdy podání další protinádorové léčby není možné nebo není pro nemocného prospěšné, nebo si ho nepřeje. Nemocný je z onkologického hlediska dále léčen symptomaticky (léčba je zaměřená výhradně na mírnění projevů-symptomů pokročilé nádorové nemoci). Komplexní podpůrná péče v této fázi onemocnění bývá označována jako **paliativní péče.** Cílem paliativní péče je udržet nejvyšší možnou kvalitu života i v jeho závěrečné fázi.

Období **symptomatické paliativní péče** u onkologicky nemocných trvá obvykle několik týdnů až několik měsíců (výjimečně několik let). Z hlediska organizačního zajištění péče jsou nemocní v této fázi v péči poskytovatelů obecné paliativní péče (praktický lékař, ambulantní onkolog, domácí zdravotní péče - home care) nebo specializované paliativní péče (mobilní nebo lůžkový hospic, konziliární tým paliativní péče atd.)

Článek III
Posudkové konsekvence

Pokročilé onkologické onemocnění, kdy je onkologicky nemocný léčen paliativní (nekurativní) protinádorovou léčbou nebo je mu poskytována symptomatická paliativní péče, svou nepříznivostí a dlouhodobostí naplňuje kritéria dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (DNZS).

U nemocných léčených paliativní protinádorovou léčbou je léčba podávána dlouhodobě (řadu měsíců až řadu let). V závislosti na léčebné odpovědi je často s krátkými přestávkami systémová léčba podávána trvale. Obvykle nedochází k úplnému vymizení příznaků onemocnění. Přestože dochází k přechodným parciálním remisím a stabilizacím nádorového onemocnění, nemocní většinou trpí jedním a více symptomy pokročilého nádorového onemocnění (bolest, námahová dušnost, nevolnost, nechutenství, úbytek svalové hmoty, kachexie, únava, úzkost, deprese, stavy zmatenosti, poruchy spánku) a nežádoucími účinky protinádorové léčby (únava, nauzea, zvracení, bolesti svalů a kloubů, periferní senzorická a senzoricko-motorická neuropatie, výrazné imunodeficity), které mohou významným způsobem snižovat jejich schopnost zvládat základní životní potřeby (ZŽP). Funkční stav (performance status - PS dle ECOG nebo Karnofského) dle hodnocení ošetřujícího lékaře bývá v průběhu paliativní protinádorové léčby v rozmezí 0 - 2 (KI 100 – 70 %). Řada nemocných s PS 1 a 2 má ale vzhledem k výše popsaným symptomům celkovou schopnost zvládat ZŽP významně sníženou.

Při posuzování zdravotního stavu a stupně závislosti osob s onkologickým onemocněním, kteří jsou léčeni paliativní protinádorovou léčbou, je proto třeba kromě informace o funkčním stavu (PS) ze zdravotnické dokumentace, zohlednit dopady symptomové zátěže plynoucí z nádorového onemocnění a jeho léčby a zjištění učiněná při sociálním šetření.

U nemocných **léčených v rámci symptomatické paliativní péče** dochází v důsledku progrese onkologického onemocnění k postupnému zhoršování celkového funkčního stavu, narůstající symptomové zátěži a výraznému omezení soběstačnosti.

Dynamika zhoršování stavu je individuální. Vzhledem k limitované prognóze přežití (týdny až měsíce), křehkosti klinického stavu a rychle narůstajícímu rozsahu a objemu potřebné péče je **u onkologicky nemocných v rámci symptomatické paliativní péče třeba vypracovat posudek neprodleně.**