

Časná integrace paliativní péče (nejen) v onkologii

Miroslav Žiaran¹, Kateřina Nechvátalová²

¹Komplexní onkologické centrum Pardubického kraje, Pardubice

²Oblastní charita Chrudim, Domácí hospicová péče, Chrudim

Časná integrace paliativní péče v onkologii se dostala do popředí zájmu pro svůj potenciál zlepšit kvalitu života pacientů s nádorovým onemocněním. Tento přístup poskytuje komplexní podporu pacientům od okamžiku diagnózy, řeší fyzické a emoční potřeby současně s protinádorovou léčbou. Dostupná data zdůrazňují výhody tohoto přístupu. Mimo zvýšenou kvalitu života je to i lepší zvládnutí symptomů, snížení nákladů na zdravotní péči a v některých případech prodloužení celkového přežití. I přes tato známá data o přínosech integrace paliativní péče praktické kroky velmi zaostávají. Důvodem jsou nízká informovanost poskytovatelů zdravotní péče, omezený přístup pacientů k paliativní péči či stigma, které s sebou pojem paliativní péče může nést. Časná paliativní péče upřednostňuje péči zaměřenou na pacienta, která respektuje individuální preference a umožňuje pacientům aktivně se podílet na rozhodování o léčbě. Tento přístup představuje transformativní model onkologické péče, který nabízí multidisciplinární podporu během celé protinádorové léčby i po jejím ukončení.

Klíčová slova: paliativní péče, onkologie, časná integrace.

Early integration of palliative care (not only) in oncology

Early integration of palliative care in oncology has gained traction for its potential to improve the quality of life of patients with cancer. This approach provides comprehensive support from the moment of diagnosis, addressing both physical and emotional needs alongside anticancer treatment. Available data highlight the advantages of this approach. Beyond enhancing quality of life, it also improves symptom management, reduces healthcare costs and, in some cases, extends overall survival. Despite these well-documented benefits of integrating palliative care, practical implementation remains significantly far behind. The reasons include low awareness among healthcare providers, limited patient access to palliative care, and the stigma attached to palliative care. Early palliative care prioritizes patient-centred care, respecting individual preferences and enabling patients to actively participate in treatment decisions. This approach represents a transformative model of oncology care, offering multidisciplinary support throughout the entire course of anticancer treatment and beyond.

Key words: palliative care, oncology, early integration.

Úvod

Časná integrace paliativní péče v onkologii získává v posledních letech na významu díky mnoha výhodám pro pacienty, zdravotnický personál i zdravotnické systémy. Přelomovou studií na téma tohoto sdělení byla práce Temelové a spol., kteří v roce 2010 prokázali významné zlepšení kvality života pacientů s metastatickým nádorem plic (1). Včasné za-

hájení paliativní péče zlepšuje management symptomů vyvolané nevléčitelnou nemocí či protinádorovou léčbou, což u pacientů zvyšuje adherenci k léčbě (2). Časná paliativní péče usnadňuje komunikaci mezi pacienty, rodinami a poskytovateli zdravotní péče. Pomáhá pacientům a jejich rodinám lépe porozumět jejich prognóze a informovaně se rozhodovat o své léčbě (3). Studie ukázaly, že časná integrace pa-

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest and financial disclosures:

None.

Funding/Support:

None.

Cit. zkr: *Onkologie*. 2025;19(3):119-123

<https://doi.org/10.36290/xon.2025.023>

Článek přijat redakcí: 16. 3. 2025

Článek přijat k tisku: 15. 4. 2025

MUDr. Miroslav Žiaran

ziaran.miroslav@gmail.com

liativní péče může snížit náklady na zdravotní péči tím, že předchází zbytečným hospitalizacím či agresivním a marným terapeutickým intervencím (4). Vhodně načasované zahájení paliativních intervencí může vést k prodloužení celkového přežití pacientů se zhoubnými nádory (5). V případě zapojení paliativních týmů se pacientům i rodinám dostává emoční a psychosociální podpory, což jim pomáhá zvládat psychologické a existenciální výzvy, které nádorové onemocnění přináší (6). Další výhodou je péče zaměřená na pacienta s důrazem na cíle, hodnoty a preference pacienta. To vede k personalizovanějšímu přístupu v průběhu života v nemoci (7). A nakonec pacienti a jejich rodiny hlásí vyšší spokojenost s péčí v případě, že je paliativní péče integrována časně (8).

Vývoj a etablování paliativní péče v onkologii

V šedesátých letech 20. století vzniklo moderní hospicové hnutí, jehož průkopnicí byla Cicely Saundersová. Svou knihou „The Management of Terminal Illness“ publikovanou v roce 1967 položila základy paliativní a hospicové péče. Práce zahrnuje klíčové poznatky a principy týkající se péče o pacienty s pokročilým a terminálním onemocněním. Saundersová zde formuluje svou vizi komplexního a soucitného přístupu k péči o pacienty blížící se ke konci života. Představuje koncept „total pain“ a zdůrazňuje, že pacienti prožívají fyzické, emocionální, sociální a duchovní utrpení. Prosazuje zřízení hospiců jako specializovaných zařízení pro poskytování péče na konci života. Považuje hospice za místa, kde pacienti mohou získat holistickou péči, léčbu bolesti a emoční podporu. Zdůrazňuje důležitost péče zaměřené na pacienta respektující přání, hodnoty a preference (9).

V roce 1988 byla založena European Association for Palliative Care (EAPC) s cílem rozšířit paliativní péči v Evropě a působit jako centrum pro všechny, kteří pracují nebo mají zájem o oblast paliativní péče na vědeckých i klinických pracovištích (10). V tom samém roce vznikla podobná organizace i v USA pod názvem „The Academy of Hospice Physicians“, dnes známá jako „American Academy of Hospice and Palliative Medicine“ (11).

Zpočátku byla paliativní péče primárně určená pro pacienty v terminálním stadiu

onemocnění. Postupně se ale integrovala do časnějších fází onkologického onemocnění. V roce 2002 Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, WHO) zavedla formální definici paliativní péče zdůrazňující její důležitost v managementu život ohrožující nemoci v dokumentu „National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines, 2nd edition.“ Paliativní péči definuje jako přístup k nemocnému, který zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin v situaci život ohrožující nemoci prostřednictvím prevence a úlevy od utrpení prostředky časně identifikace a bezchybného zhodnocení a léčby bolesti a ostatních fyzických, psychosociálních a spirituálních problémů. Tato publikace také zmiňuje kontinuitu péče, kdy potřeba paliativní péče vzrůstá, jak se pacient blíží ke konci života, a naopak, potřeba léčby, která modifikuje průběh nemoci v čase, klesá (Tab. 1, Obr. 1) (12).

Na základě doporučení WHO byla vypracována doporučení paliativní péče specifická pro onkologii, která poskytují rámec pro integraci paliativní péče v průběhu protinádorové terapie. Americká „National Comprehensive Cancer Network“ vydala poslední aktualizované doporučení pro paliativní péči v onkologii v listopadu 2024 (13). Poslední aktualizace evropské „European Society for Medical Oncology“ pro paliativní péči vyšla roce 2023 (14).

V roce 2008 vznikla Česká společnost paliativní medicíny, jako klíčová organizace, která sdružuje odborníky a zdravotnické pracovníky v oblasti paliativní péče. Společnost se podílí na vzdělávání zdravotnického personálu i laické veřejnosti, zvyšování dostupnosti paliativní péče a standardizaci postupů (15). Nevyléčitelné nemocní onkologičtí pacienti mají k dispozici 18 lůžkových hospiců a cca 50 týmů mobilní specializované paliativní péče (16).

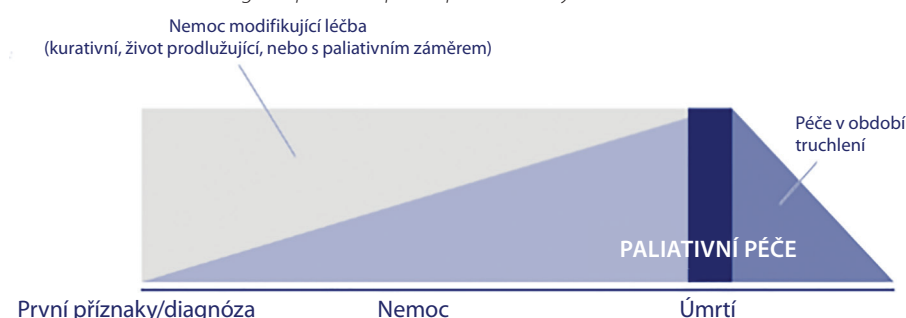
Tab. 1. Tradiční chápání časně paliativní péče

Poskytuje úlevu od bolesti a jiných symptomů
Považuje život a umírání za přirozené procesy
Neurychluje ani neoddaluje smrt
Integruje psychologické a spirituální aspekty v péči o pacienta
Poskytuje podpůrný systém, který umožňuje pacientům žít tak aktivně, jak je to možné až do smrti
Poskytuje podpůrný systém pro rodinu v průběhu pacientovy nemoci a v truchlení
Používá týmový přístup
Zlepšuje kvalitu života a může také pozitivně ovlivnit průběh nemoci
Je aplikovatelná časně v průběhu nemoci ve spojení s jinými terapiemi, které mají za cíl prodloužení života, jako například chemoterapie nebo radioterapie

Tab. 2. Časná paliativní péče v moderní personalizované onkologii (upraveno dle Petrillo et al.)

Léčba symptomů vyvolaných nádorem	Pravidelné přehodnocování přínosů a rizik symptomové léčby, např. dlouhodobé léčby opioidy pro chronickou nádorovou bolest
Psychosociální podpora	Podpora ve zvládání nejistoty a adaptaci na změny identity, mezilidských vztahů a funkčních schopností, včetně schopnosti pracovat, které jsou spojené s pokročilým nádorovým onemocněním
Prohlubování porozumění nemoci	Rozvíjení prognostického uvažování a uvědomění v kontextu nejistých a vysoce variabilních výsledků léčby, včetně výjimečných odpovědí na léčbu
Personalizace medicínského rozhodování a přechodů v péči	Podpora rozhodování zaměřeného na pacienta v otázkách onkologické léčby, hospitalizací a využití hospicové péče
Management nežádoucích účinků léčby	Spolupráce s týmem onkologů na identifikaci a řešení akutních, pozdních a dlouhodobých toxicit spojených s protinádorovou léčbou

Obr. 1. WHO model integrace paliativní péče v průběhu nevyléčitelného onemocnění



V onkologické komunitě je paliativní péče stále víc uznávána jako základní součást onkologické léčby. V České republice je paliativní péče integrální součástí téměř všech komplexních onkologických center. V zahraničí je kladen stále větší důraz na časnou integraci paliativní péče. Tento posun v myšlení má za cíl mimo lepší kontrolu symptomů zajistit také emocionální podporu a zlepšení kvality života již v době diagnózy nevyléčitelného nádorového onemocnění, ne až v jeho terminálním stadiu (17).

V rámci pilotního projektu Ministerstva zdravotnictví ČR v letech 2019 až 2021, který se zaměřil na zavedení konziliárních týmů paliativní péče (KTPP) v nemocnicích, bylo ošetřeno více než čtyři tisíce pacientů. Z těchto pacientů tvořili 55 % onkologičtí pacienti, přičemž přibližně polovina všech pacientů dostala péči v samotném závěru života. Zavedení KTPP v nemocnicích přineslo zlepšení kvality života pro nemocné a jejich rodiny, a to i přes nepříznivý průběh nemoci. Týmy získaly respekt mezi lékaři a dalšími zdravotníky v nemocnicích. Dotazníkové šetření u zaměstnanců ukázalo, že stojí o podporu a konzultaci paliativních týmů.

V roce 2025 je v České republice paliativní péče pevně etablovanou součástí zdravotnictví. Je poskytována pacientům s pokročilým nevyléčitelným onemocněním onkologickým i neonkologickým. Samostatná právní úprava pro paliativní péče neexistuje. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách vyjmenovává druhy zdravotní péče, mimo jiné je zahrnuta i péče paliativní a v §5 definována jako péče za účelem zmírnění utrpení a zachování kvality života u pacientů s nevyléčitelnou nemocí (18).

Prínosy časně integrace paliativní péče v onkologii

V roce 2010 Temelová a spol. publikovali přelomovou práci „Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer“, která představuje milník v oblasti onkologie a paliativní péče. Práce řeší otázku načasování paliativní péče u pacientů s metastatickým nemalobuněčným karcinomem plic. Představila nový přístup k integraci paliativní péče, kdy tato byla zahájena od okamžiku diagnózy spolu se standardní onkologickou léčbou. Primárním cílem bylo posoudit dopad

tohoto přístupu na kvalitu života pacientů, na zvládání symptomů a emoční pohodu. Pacienti, u kterých byla paliativní péče zahájena časně, uváděli nejen zlepšení kvality života, ale také lepší náladu a lepší kontrolu symptomů ve srovnání s těmi, kteří dostávali samotnou protinádorovou léčbu. Bylo dosaženo prodloužení celkového přežití v experimentálním rameni o 3 měsíce (1).

Na základě práce Davida Hui a spol. ASCO uznala potřebu integrovat paliativní péči do standardní péče o pacienty se zhoubnými nádory. Včasné zahájení paliativní péče zlepšilo management symptomů vyvolané nevyléčitelnou nemocí či protinádorovou léčbou, což u pacientů zvýšilo adherenci k léčbě (2).

Zavedení paliativní péče při stanovení diagnózy nevyléčitelného nádorového onemocnění usnadňuje komunikaci mezi pacienty, jejich rodinami a zdravotníky. Tím je podporováno lepší porozumění prognóze a posílena schopnost informovaného rozhodování. V roce 2009 se komunikaci u pacientů s nádorovým onemocněním na konci života zabýval Back a spol. (3). Poskytuje několik doporučení (Tab. 2).

Včasné zahájení paliativní péče u onkologických pacientů může vést ke snížení nákladů na zdravotní péči tím, že předchází zbytečným hospitalizacím a agresivním, neúčinným léčebným zásahům. Tomuto tématu se věnovala randomizovaná kontrolovaná studie ENABLE III. Studie srovnávala pacienty, kteří dostávali časnou paliativní péči spolu se standardní onkologickou léčbou, s těmi, u kterých byla paliativní péče zařazena později v průběhu onemocnění. Kromě zvýšení kvality života, snížení depresivních symptomů, lepšího zvládnutí stresu spojeného s rakovinou či léčbou odhalila studie trend směrem k potenciálním úsporám nákladů ve skupině s časnou paliativní péčí. Snížení nákladů bylo dosaženo především snížením počtu hospitalizací a snížením agresivních, často marných, intervencí (5).

Tématem přínosu nemocničních paliativních týmů se zabývala metaanalýza od Liu a spol. Výsledky naznačují pozitivní dopad nemocniční paliativní péče na zvládání symptomů, kvalitu života i emocionální pohodu pacientů. Při zapojení nemocničních paliativních týmů pacienti hlásili lepší zkušenost s hospitalizací. Metaanalýza ukazuje, že pacienti, kteří byli v péči paliativních týmů, měli kratší hospitalizaci, a také naznačuje sníženou nemocniční úmrtnost na JIP i na standardních odděleních (19).

Ve studii Wright et al. pacienti, kteří se zapojili do diskuze o konci života, zaznamenali zlepšení svého duševního zdraví. Tyto diskuze byly spojeny se sníženou mírou deprese a úzkosti u pacientů se život ohrožujícím onemocněním. Pacienti, kteří měli tyto diskuze, s větší pravděpodobností obdrželi lékařskou péči, která respektovala jejich preference a přání. Rozhovory pozitivně ovlivnily emocionální a psychickou pohodu pečujících osob během období truchlení, sníženo bylo také riziko komplikovaného truchlení (8).

Navzdory uvedeným výhodám praktické kroky k implementaci časně paliativní péče do onkologické praxe zaostávají. V rámci Komplexních onkologických center v České republice jsou běžně dostupné paliativní ambulance i konziliární týmy paliativní péče (KTPP), pacienti mají k dispozici návaznou specializovanou paliativní péči ve formě kamenné či mobilní hospicové péče. Bylo by tedy možné očekávat pevné etablování časně paliativní péče do onkologie. Situace je ale v onkologické komunitě neutěšená. Tým českých autorů (33) inicioval elektronický dotazník Survivo 2024 k hodnocení spolupráce paliatrů a onkologů, který zahrnoval 8 otázek pro onkology. Návratnost dotazníku byla 5,3 %, což vypovídá mnohé. U onkologů, kteří dotazník vyplnili, lze předpokládat bližší vztah k paliativní péči.

Tab. 3. Doporučení ke zlepšení komunikace s pacienty a mezi zdravotníky (upraveno dle Back et al.)

Otevřená a upřímná komunikace s respektem, empatií a citlivostí
Emocionální podpora a vytváření prostředí, kde pacienti mohou vyjadřovat své obavy a naděje
Sdílené rozhodování s podporou ve vyjadřování svých hodnot a preferencí
Vzdělávání zdravotníků v efektivní komunikaci
Mezioborová spolupráce lékařů, sester, sociálních pracovníků, psychologů a duchovních
Vedení dokumentace se záznamy o preferencích pacientů
Kulturní kompetence

Bariéry a námitky v paliativní péči (nejen) onkologických pacientů

Bariéry

- Omezený přístup k paliativní péči – nedostatečná infrastruktura v rámci zdravotnictví, geografická (ne)dostupnost, nedostatečné povědomí laické a odborné veřejnosti o možnostech paliativní péče (20).
- Stigma – mylná představa, že paliativní péče se rovná „vzdání se“, nebo že je určena výhradně terminálním pacientům (21).
- Nedostatek odborníků v oblasti specializované paliativní péče – od zdravotníků je vyžadováno nejen hluboké porozumění principům paliativní péče, ale také dovednosti a citlivost k jejich aplikaci ve správném čase na správném místě (22).
- Sdílené rozhodování – začlenění hodnot pacienta do rozhodovacího procesu není obvykle běžnou součástí onkologické péče, pacienti by se neměli stávat jenom pasivními příjemci péče, ale měli by být aktivními účastníky rozhodovacího procesu (23).

Námitky

Paliativní péče může být chápána jako rezignace na kurativní léčbu

- Paliativní péče není alternativou onkologické léčby, jde o komplementární přístup, pacienti mohou být léčeni všemi dostupnými modalitami protinádorové léčby.
- Paliativní péče se zaměřuje na poskytování úlevy od symptomů vyvolaných nádorem a také zmírňování nežádoucích účinků onkologické léčby, a zároveň se zabývá emocionálními a psychologickými aspekty pacientovy zkušenosti.
- Některé studie kromě výše uvedeného prokázaly i prodloužení celkového přežití pacientů, když byla paliativní péče zahájena časně (1, 5, 24).

Paliativní péče přidává další vrstvu péče a zvyšuje zátěž zdravotnického systému

- ASCO a ESMO zdůrazňují, že paliativní péče by měla být bezproblémově integrována do kontinua péče o pacienty s rakovinou.
- Včasná paliativní intervence může vést k efektivní alokaci zdrojů.

- Poskytováním péče zaměřené na pacienta a ne jen nemoc je možné vyhnout se zbytečným, neúčelným či marným intervencím.
- Intervence paliativních týmů může vést ke snížení agresivity léčby, zvýšené adherence k léčbě a snížené potřebě nákladných či invazivních intervencí.

Časná paliativní péče může pacientům způsobit psychické obtíže

- Při sdělení závažné zprávy může dojít k přechodnému zhoršení psychického stavu. Špatné zprávy jsou často složité, nepředvídatelné, jejich vnímání je subjektivní a jejich chápání se rozvíjí v čase. Schopnost vnímání pacientů v průběhu sdělování závažné zprávy je omezená (36).
- Onkolog může nastalou situaci mírnit či řešit strukturovaným rozhovorem, komunikací přizpůsobenou schopnostem a stavu pacienta, zapojením empatie a podpory emocí, zapojením vizuálních či psaných pomůcek, prozkoumáním potřeb pacienta, podporováním naděje („step-by-step pairing“) (36).
- Komplexní přístup tedy může v čase snížit psychické potíže tím, že pacientům poskytne nástroje, jak se s jejich nemocí vyrovnat.
- Pocit zvýšené kontroly nad situací, který je dosažen sdíleným rozhodováním také může snížit úzkost a mírnit psychické potíže.
- Součástí týmu paliativní péče jsou psychologové, lékaři a sestry. Jsou školeni v základech psychologické a emoční podpory a aplikují přístup zaměřený na pacienta.

Specifika paliativní péče v moderní onkologii

Narůstající počet linií protinádorové léčby

European Academy of Cancer Sciences si dala v roce 2020 za cíl dosáhnout desetileté přežití u pacientů se zhoubnými nádory v Evropské unii na úrovni 75 % (25). Ilustrativním příkladem možností léčby je metastatický renální karcinom, kdy v současné době můžeme volit imunoterapii a cílenou léčbu. K dispozici je celkem sedm tyrozín-kinázových inhibitorů, dva mTOR inhibitory a 3 imunoterapeutika. Možné je nasazení třetí a vyšší linie (26). Výjimkou v nejsou ani pacienti

s pěti liniemi paliativní léčby a mnohaletým přežitím v terénu generalizovaného nádorového onemocnění.

Protinádorová léčba v posledních 30 dnech života

Pokroky v protinádorové léčbě posledních dvaceti let přinesly kromě prodloužení celkového přežití i možnost hlubokých a dlouhotrvajících odpovědí na léčbu, prozatím bez specifického markeru, který by umožňoval selektovat pacienty, kteří této odpovědi dosáhnou. V důsledku uvedeného se rozhodovací proces, který se týká zahájení, pokračování či ukončení protinádorové léčby, stal složitější. Vyžaduje pečlivé zvážení povahy nádorového onemocnění, dostupných dat, očekávání pacienta a rodiny.

První zpráva o úmrtnosti pacientů léčených protinádorovou léčbou v posledních 30 dnech života byla publikována v roce 2008 – National Confidential Inquiry into Patient Outcome and Death (NCEPOD) ve Spojeném království. Hlášena byla míra úmrtnosti v posledních 30 dnech při probíhající protinádorové léčbě na úrovni 2 % (27). Od té doby byla zveřejněna data z několika center, kde se míra úmrtnosti pohybovala od 1 % v Austrálii do 38 % v Německu (28).

Imunoterapie

Prvním schváleným léčivem z této skupiny byl v roce 2011 ipilimumab v léčbě generalizovaného maligního melanomu (29). Od té doby pronikla imunoterapie do neoadjuvantní, adjuvantní i paliativní léčby mnoha zhoubných nádorů. Specifikem imunoterapie je dosažení fáze plateau v Kaplan-Meirově křivce celkového přežití u metastatických nádorů. Například u metastatického maligního melanomu v 5 letech přežívá 52 % pacientů, kteří podstoupili duální imunoterapii a křivka přežití je již ve fázi plateau (30). V současnosti neexistuje široce používaný marker s dostatečnou prediktivní schopností, který by umožnil selektovat pacienty, u kterých dojde k trvalým odpovědím. Z toho vyplývá vyšší míra léčby imunoterapií v posledních 30 dnech života (28). Moderní metody léčby vedou k větší míře prognostické nejistoty. Jak bylo zmíněno výše, této skutečnosti je třeba přizpůsobit komunikaci s pacienty a připustit, že v současné onkologii léčba pokročilých nádorových onemocnění v posledním měsíci života nemusí být známkou neadekvátní péče.

„Cancer survivorship“

Kombinace stárnoucí populace, efektivnějších a rozšířenějších preventivních programů a pokroků v protinádorové léčbě vede k vyšší prevalenci pacientů v dlouhodobé remisi nádorového onemocnění (31). Je nutné více zvažovat dopady rozhodnutí související s léčbou na kvalitu života pacientů. Aby bylo možné účinně uspokojit potřeby přeživších, je nezbytná multidisciplinární spolupráce mezi onkology, paliatry, geriatry a poskytovateli primární péče (32).

LITERATURA

1. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *New England Journal of Medicine*. 2010;363(8):733-742.
2. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol*. 2017;35(1):96-112. doi: 10.1200/JCO.2016.70.1474. Epub 2016 Oct 28. PMID: 28034065.
3. Back AL, Anderson WG, Bunch L, et al. Communication about cancer near the end of life. *Cancer*. 2008;113(7 Suppl):1897-1910. doi: 10.1002/cncr.23653. PMID: 18798531; PMCID: PMC3123252.
4. Stephens S. Hospital-based palliative care: cost-effective care for patients with advanced disease. *J Nurs Adm*. 2008;38(3):143-145. doi: 10.1097/01.NNA.0000310724.20419.12. PMID: 18327063.
5. Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, et al. Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2015;33(13):1438-1445. doi: 10.1200/JCO.2014.58.6362. Epub 2015 Mar 23. PMID: 25800768; PMCID: PMC4404422.
6. Chochinov HM. Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ*. 2007;335(7612):184-187. doi: 10.1136/bmj.39244.650926.47. PMID: 17656543; PMCID: PMC1934489.
7. Epstein RM, Street RL Jr. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med*. 2011;9(2):100-103. doi: 10.1370/afm.1239. PMID: 21403134; PMCID: PMC3058655.
8. Wright AA, Zhang B, Ray A, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA*. 2008;300(14):1665-1673. doi: 10.1001/jama.300.14.1665. PMID: 18840840; PMCID: PMC2853806.
9. Saunders C. The Management of Terminal Illness: First published by Hospital Medicine Publications London:1967:1-29. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198570530.003.0016>.
10. Radbruch L, Ling J, Hegedus K, et al. European Association for Palliative Care: forging a vision of excellence in palliative care in Central and Eastern European and former Soviet Union countries. *Journal of pain and symptom management*. 2018;55(2):S117-S120.
11. Lupu D, Dale. American Academy of Hospice and Palliative Medicine Workforce Task Force. Estimate of current hospice and palliative medicine physician workforce shortage. *J Pain Symptom Manage*. 2010;40(6):899-911. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.07.004. PMID: 21145468.
12. World Health Organization. National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines (2nd ed.). Geneva: World Health Organization; 2002.
13. NCCN [online]. [Accessed 9 March 2024]. Available from: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf.

Nové toxicity spojené s imunoterapií

Imunoterapie, která se stala významnou součástí onkologické léčby, přináší nové výzvy v podobě imunitně podmíněných nežádoucích účinků (irAE, immune-related adverse events), které mohou postihnout kterýkoliv orgán či tkáň. IrAE mohou být závažné a vyžadovat zcela nové přístupy k symptomové péči (37).

Závěr

Paliativní péče v onkologii prošla v posledních letech hlubokou transformací. Stala

se integrální součástí onkologické léčby, neomezují se tedy pouze na podporu na konci života. Zaměřuje se kromě fyzických i na emocionální, psychologické a duchovní potřeby pacientů a jejich rodin. Podobně jako se onkologie v současnosti posouvá ke stále větší personalizaci protinádorové léčby, je vhodné přistupovat ve stejném duchu k pacientům a jejich potřebám i v rámci časné paliativní péče, což může nejen zlepšit zkušenost pacienta, posilnit vztah pacienta a lékaře, ale také přispět k efektivnější a informovanější spolupráci.

14. ESMO. ESMO clinical practice guidelines: Supportive and palliative care. ESMO [online]. [Accessed 9 March 2024]. Available from: <https://www.esmo.org/guidelines/guidelines-by-topic/supportive-and-palliative-care>.
15. Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP. Česká společnost paliativní medicíny [online]. [Accessed 9 March 2024]. Available from: <https://www.paliativnimedicina.cz/>.
16. Fórum mobilních hospiců [online]. [Accessed 9 March 2024]. Available from: <https://www.mobilnihospice.cz/>.
17. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol*. 2017;35(1):96-112. doi: 10.1200/JCO.2016.70.1474. Epub 2016 Oct 28. PMID: 28034065.
18. 372/2011 Sb. Zákon O zdravotních službách. Zákony pro lidi [online]. [Accessed 9 March 2024]. Available from: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.
19. Liu X, Dawod Y, Wonnapharhown A, et al. Effects of hospital palliative care on health, length of stay, and in-hospital mortality across intensive and non-intensive care units: A systematic review and metaanalysis. *Palliat Support Care*. 2017;15(6):741-752. doi: 10.1017/S1478951516001164. Epub 2017 Feb 15. PMID: 28034065.
20. Hui D, Kim YJ, Park JC, et al. Integration of oncology and palliative care: a systematic review. *The oncologist* 2014-0312. Epub 2014 Dec 5. PMID: 25480826; PMCID: PMC4294615.
21. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, et al. Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers. *CMAJ*. 2016;188(10):E217-E227. doi: 10.1503/cmaj.151171. Epub 2016 Apr 18. PMID: 27091801; PMCID: PMC4938707.
22. Centeno C, Garralda E, Carrasco JM, et al. The palliative care challenge: analysis of barriers and opportunities to integrate palliative care in Europe in the view of national associations. *J Palliat Med*. 2017;20(11):1195-1204. doi: 10.1089/jpm.2017.0039. Epub 2017 May 16. PMID: 28509657.
23. Vranceanu AM, Cooper C, Ring D. Integrating patient values into evidence-based practice: effective communication for shared decision-making. *Hand Clin*. 2009;25(1):83-96. vii. doi: 10.1016/j.hcl.2008.09.003. PMID: 19232919.
24. Sochor M, Sláma O, Loučka M. Časná integrace paliativní péče do standardní onkologické péče – benefit, limitace, bariéry a druhy paliativní péče [Early Integration of Palliative Care into Standard Oncology Care - Benefits, Limitations, Barriers and Types of Palliative Care]. *Klin Onkol*. 2015;28(3):171-176. Czech. doi: 10.14735/amko2015171. PMID: 26062618.
25. Berns A, Ringborg U, Celis JE, et al. Towards a cancer mission in Horizon Europe: recommendations. *Mol Oncol*. 2020;14(8):1589-1615. doi: 10.1002/1878-0261.12763. PMID: 32749074; PMCID: PMC7400777.

26. Česká onkologická společnost ČLS JEP. Modrá kniha [online]. [Accessed 15 September 2023]. Available from: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/personalizovana-onkologie/modra-kniha-cos/aktualni-vydani-modre-knihy/>.
27. Mordt D, Lansdown M, Smith N, et al. For better, for worse? a review of the care of patients who died within 30 days of receiving systemic anti-cancer therapy. *The National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death*. 2008.
28. Nguyen M, Sean Ng YK, Shum E, et al. Anticancer therapy within the last 30 days of life: results of an audit and re-audit cycle from an Australian regional cancer centre. *BMC palliative care*. 2020;19(1):1-10.
29. Hodi FS, O'Day SJ, McDermott DF, et al. Improved survival with ipilimumab in patients with metastatic melanoma. *N Eng J Med*. 2010;363(8):711-723.
30. Larkin J, Chiarion-Sileni V, Gonzalez J, et al. Five-year survival with combined nivolumab and ipilimumab in advanced melanoma. *N Eng J Med*. 2019;381(16):1535-1546.
31. SVOD Analýza [online]. [Accessed 28 February 2024]. Available from <https://www.svod.cz/>.
32. Bluethmann SM, Mariotto AB, Rowland JH. Anticipating the „Silver Tsunami“: Prevalence Trajectories and Comorbidity Burden among Older Cancer Survivors in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2016;25(7):1029-1036. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-16-0133. PMID: 27371756; PMCID: PMC4933329.
33. Vokurka S, Rusonová K, Sláma O, et al. Jak je vnímán význam paliativní péče a spolupráce s paliatry z pohledu českých onkologů? Paliativní medicína. 2024;5(4):1-5.
34. Pettrillo LA, Jones KF, El-Jawhri A, et al. Why and how to integrate early Palliative Care into cutting-Edge Personalized Cancer Care. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2024;44(3):e100038. doi: 10.1200/EDB_100038. PMID: 38815187.
35. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Pilotní projekt paliativní péče v nemocnicích přinesl základy pro standardizaci a rozvoj paliativní péče v ČR [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2023 [cit. 14. 4. 2025]. Available from: <https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/pilotni-projekt-paliativni-pece-v-nemocnicich-prinesl-zaklady-pro-standardizaci-a-rozvoj-paliativni-pece-v-cr/>.
36. Stiefel F, Bourquin C, Salmon P, et al. Communication and support of patients and caregivers in chronic cancer care: ESMO Clinical Practice Guideline ESMO Open. 2024;9(7):103496. doi: 10.1016/j.esmoop.2024.103496. Epub 2024 Jun 18. PMID: 39089769; PMCID: PMC11360426.
37. Kroschinsky F, Stölzel F, von Bonin S, et al. New drugs, new toxicities: severe side effects of modern targeted and immunotherapy of cancer and their management. *Crit Care*. 2017;21(1):89. doi: 10.1186/s13054-017-1678-1. PMID: 28407743; PMCID: PMC5391608.