



SLS
SKMA
Slovenská lekárska spoločnosť
Slovak Medical Association

SK SaPA
Slovenská komora sestier
a pôrodných asistentiek

 **SLOVENSKÁ SPOLOČNOSŤ
PALIATÍVNEJ MEDICÍNY**

 **Slovenská Komora
Medicínsko Technických Pracovníkov**

 **MINISTERSTVO
ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ REPUBLIKY**



**INŠTITÚT
PALIATÍVNEJ
MEDICÍNY**

9.

SLOVENSKÁ KONFERENCIA PALIATÍVNEJ MEDICÍNY

**AKÚTNÁ PALIATÍVNA
STAROSTLIVOSŤ**



**Program
a zborník abstraktov**

**7. november 2025
Hotel Senec**

Slnečné jazerá – Sever, Senec



9. Slovenská konferencia paliatívnej medicíny

Odborný garant:

MUDr. Andrea Škripeková, PhD.

MUDr. Kristína Križanová

Programový a organizačný výbor:

MUDr. Andrea Škripeková, PhD.

MUDr. Kristína Križanová

Mgr. Martina Šeršeňová

Mgr. Andrea Spišáková

Ing. Zuzana Feriancová

Podujatie je určené všetkým záujemcom o problematiku paliatívnej starostlivosti - zdravotníkom (lekárom a zdravotným sestram), pomáhajúcim profesiám, aj študentom. Podujatie je zaradené do kontinuálneho medicínskeho vzdelávania a má pridelené kredity CME (SLK), SKMTP a SKSaPA.

Účastnícky poplatok:

Lekár člen SSPM	45 €
Lekár nečlen SSPM	50 €
Sestra člen SKSaPA	20 €
Sestra nečlen SKSaPA	40 €
SKMTP a ostatní účastníci	25 €
Študenti – zdarma	

Prvý autor prednášky neplatí účastnícky poplatok.

Iné poplatky

Obed 7. 11. 2025	25 €
------------------------	------

Spôsob platby

- platobné inštrukcie obdržíte pri vytvorení online registrácie
- online registrácia nutná vopred
- účastnícky poplatok a obed je potrebné mať objednaný a uhradený pred konferenciou
- registrácia možná najneskôr do 28. 10. 2025
- účastnícke poplatky sú nevratné

Prihlasovanie na konferenciu: www.eventix.sk

Organizačný sekretariát:

EVENTIX team s.r.o.

Email: kongres@eventix.sk

Tel.: 0905 993 675

Podujatie je zaradené do kontinuálneho medicínskeho vzdelávania a má pridelených **6 kreditov CME a SKSaPA**. Potvrdenia o účasti sa vydávajú na záver podujatia.

Registračné poplatky a obed je potrebné mať objednané a uhradené do 28. 10. 2025 na základe online registrácie cez stránku www.eventix.sk.

Registrácia na mieste a zakúpenie obeda v deň konferencie je možné len v obmedzenom počte – platba na mieste bude možná iba cez QR kód (treba mať nainštalovanú v mobilnom telefóne aplikáciu svojej banky). Platba v hotovosti nie je možná.

Parkovanie na hotelovom parkovisku resp. na parkovisku pri aquaparku je spoplatnené v sume 1,50 €/1 h. Pri parkovaní v časovom horizonte 5 hodín a dlhšie platí jednotné parkovné 7,50 €.

Organizátor podujatia: IVP, o. z.

Spoluorganizátor podujatia: Slovenská spoločnosť paliatívnej medicíny o. z.
Slovenskej lekárskej spoločnosti



7:30 – 9:00 **Registrácia**

8:45 **Otvorenie konferencie a príhovory hostí**

Kamil Šaško, MSc.

minister zdravotníctva SR

MUDr. Andrea Škripeková, PhD.

hlavná odborníčka pre paliatívnu medicínu MZSR

9:00 – 10:00

BLOK I. Paliatívna medicína v akútnej zdravotnej starostlivosti

Predsedníctvo:

doc. MUDr. MgA. Kateřina Rusinová, PhD.

doc. MUDr. Martin Demeš, PhD., MPH

1. **doc. MUDr. MgA. Kateřina Rusinová, PhD. (CZ):** Podporné konziliárne tímy v nemocniciach v ČR
2. **doc. MUDr. Ľubomír Skladaný, PhD.:** Gravitácia a milosť: Paliácia v akútnej interne
3. **doc. MUDr. Martin Demeš, PhD., MPH:** Relevancie zomierania v nefrológii
4. **MUDr. Vladimír Hudák, PhD.:** Relevancia zomierania na ICU

10:00 – 11:15

BLOK II. Emergencie v MOHO a KAHO

Predsedníctvo:

Prim. MUDr. Regina Slámová, MHA

MUDr. Leona Šóthová

1. **MUDr. Jana Boboková:** Akútna dýchavičnosť v MOHO
2. **MUDr. Andrea Sysáková:** Krvácavé stavy v MOHO a KAHO
3. **Ing. Mgr. Simona Večerková (CZ):** Pilotní projekt paliatívni péče v prostředí záchranné služby
4. **Prim. MUDr. Regina Slámová, MHA (CZ):** Role specializované a obecní paliatívni péče v pobytových zařízeních sociálních služeb
5. **MUDr. Martina Mikesková:** Emergencie v detskej paliatíve

11:15 – 11:30 **Prestávka**

11:30 – 12:45

BLOK III. Medicínska vôľa, potrebujeme ju?

Predsedenstvo:

MUDr. Peter Stachura, MBA

MUDr. Andrea Škripeková, PhD.

1. **doc. MUDr. Jozef Firment, PhD., MUDr. JUDr. Peter Firment, PhD.:**
Potreba medicínskej vôle na ICU
2. **MUDr. Peter Stachura, MBA:** Aplikácia medicínskej vôle v zahraničí,
legislatíva v rámci EU
3. **ThLic. Ján Viglaš:** Etické aspekty medicínskej vôle
4. **doc. MUDr. Roman Škulec, PhD.:** Potreba medicínskej vôle na
urgentnom príjme

12:45 – 13:45 Obed

13:45 – 14:45

BLOK IV. Farmakoterapia v paliatívnej medicíne

Predsedenstvo:

MUDr. Ondřej Sláma, PhD.

MUDr. Lucia Dzurillová

1. **MUDr. Ondřej Sláma, PhD. (CZ):** Psychodeliky asistovaná terapie v léčbě
deprese a existencionalního distresu onkologických pacientů
2. **PharmDr. Hajnalka Komjáthy, PhD.:** Depreskripcia – menej je viac?
3. **MUDr. Miriam Jarčušková, PhD., MUDr. Dominika Jarčušková, PhD.:**
Nutričné úskalía v paliatívnej medicíne
4. **MUDr. Andrea Škripeková, PhD.:** Racionalizácia farmakoterapie na konci
života
5. **MUDr. Lucia Dzurillová:** Ako odkomunikovať ukončenie chemoterapie
na konci života

14:45 – 17:00

BLOK V. Multidisciplinárne tímy v paliatívnej starostlivosti

Predsedníctvo:

prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc., PhD.

MUDr. Jana Boboková

1. **MUDr. Barbora Slabá:** Vznik paliatívneho tímu v rámci OUSA
2. **Mgr. Lucia Jánošová:** Psychológ v multidisciplinárnom tíme
3. **JUDr. Ivana Šarlinová:** Sociálny pracovník v multidisciplinárnom tíme
4. **Mgr. František Skonc:** Duchovný v multidisciplinárnom tíme

16:00 – 16:15 Prestávka

5. **MUDr. Zuzana Štrbová :** Naratívna medicína v paliatívnej starostlivosti
6. **MUDr. Zuzana Hajster Vozárová:** Krízová intervencia príbuzných v MOHO
7. **Mgr. et Mgr. Katarína Maťová:** Dobrovoľníci v multidisciplinárnom tíme
8. **MUDr. Danica Caisová:** Význam intímneho života pre psychiku nielen pacientov, ale aj partnerov a ich zvládanie v nastalej situácii

17:00 – Záver konferencie

Súčasťou odborného programu budú aj odborné workshopy.

Účast' na jednom workshope je spoplatnená sumou 20 € / os.

Na workshopy je potrebné sa prihlásiť vopred – registrácia prebieha online na stránke www.eventix.sk do naplnenia kapacity.

Workshopy:

11:30 – 12:45 Workshop 1

MUDr. Kateřina Rusinová (CZ): Komunikačné zručnosti zamerané na hodnotovú anamnézu (maximálna kapacita: 20 ľudí)

13:45 – 15:00 Workshop 2

Prim. MUDr. Regina Slámová, MHA (CZ): Role špecializované a obecné paliatívnej péče v pobytových zariadeniach sociálnych služieb (maximálna kapacita: 20 ľudí)

Ďakujeme všetkým partnerom
za podporu podujatia.

Hlavní partneri:



Partneri:



Vystavovatelia:



Jedinou pozitívnu stránkou bolesti je jej úľava



doreta
tramadol/paracetamol

Doreta – flexibilná liečba bolesti ^(1,2)

- Kombinácia **tramadolu a paracetamolu** pre liečbu stredne silnej až silnej bolesti.
- Možnosť individuálneho nastavenia dávky podľa potreby pacienta.



doreta SR
tramadol/paracetamol

Doreta SR – kombinovaná analgézia s predĺženým účinkom ⁽³⁾

- Predĺžené uvoľňovanie umožňuje **nižšiu frekvenciu dávkovania**.
- Vhodná vo fáze, kde je potrebná **kontinuálna úľava bez častého zásahu**.

Vhodné aj pre pacientov v paliatívnej starostlivosti, kde je prioritou komfort a stabilná analgézia.⁽⁵⁾



Apeneta
tapentadol

Apeneta – opioidná analgézia pre chronickú bolesť ⁽⁴⁾

- Obsahuje **tapentadol** – opioid s duálnym mechanizmom účinku.
- Určená na **liečbu silnej chronickej bolesti**, kde je potrebná opioidná terapia.
- Vhodná pri **dlhodobej liečbe bolesti** (nociceptívnej aj neuropatickej).

Možnosť využitia aj v paliatívnej starostlivosti ^(6,7) – dávkovanie dvakrát denne znižuje záťaž pre pacienta aj ošetrojúci personál.⁽⁴⁾

KRKA HOVORÍ BOLESTI NIE

SPC Doreta



SPC Doreta SR



SPC Apeneta



Pred predpisanim lieku sa oboznámte s úplným znením súhrnu charakteristických vlastností liekov Doreta, Doreta SR, Apeneta. SPC týchto liekov si môžete na vyžiadanie získať od zástupcov spoločnosti Krka alebo naďenovaním QR kódu. SPC liekov Doreta, Doreta SR, Apeneta je dostupné na internetovej stránke Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv www.sukl.sk po zadaní názvu lieku do políčka vyhľadávacia. Táto informácia o lieku je určená osobám opísaným predpisovať alebo vydávať lieky. Vydaj lieky je viazaný na lekárske predpis.

Literatúra: 1. SPC Doreta 37,5 mg/325 mg filmom obalené tablety; 2. SPC Doreta SR 75 mg/650 mg; 3. SPC Doreta SR 75 mg/650 mg tablety s predĺženým uvoľňovaním; 4. SPC Apeneta; 5. Huot S, Jac S, Matic S. Efficacy and Safety of a Fixed Combination of Tramadol and Paracetamol (Acetaminophen) as Pain Therapy Within Palliative Medicine. *Mater Sociomed*. 2015 Feb; 27(1): 42–47; 6. Dale, Rebecca et al. "Opioid risk assessment in palliative medicine." *The Journal of community and supportive oncology* vol. 14, 3 (2016): 94–100. doi:10.12788/jcs.o.0229; 7. National Institute for health and care excellence. *Palliative care for adults: strong opioids for pain relief*. London: NICE, 2016. Clinical guideline [CG140]. Dostupné na: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg140>. [cit. 2025-09-05].

Dátum prípravy materiálu: 09/2025.

Úplnú informáciu o lieku získate na adrese:

KRKA Slovensko, s.r.o., Karadžičova 8, 821 08 Bratislava,
Tel. (02) 571 04 501, E-mail: info.sk@krka.biz, www.krka.sk

AKÚTNÁ DÝCHAVIČNOSŤ V MOHO

MUDr. Jana Boboková

Onkologický ústav sv. Alžbety, Heydukova 10, 812 50 Bratislava

Mobilný hospic Simeon Centrum, Medená 18, 811 02 Bratislava

Abstrakt: Akútna dýchavičnosť rozvinutá v priebehu minút alebo hodín, definovaná ako subjektívny pocit nemožnosti komfortne dýchať, je jeden z najstresujúcejších symptómov tak pre zdravotníckych pracovníkov ako aj pre pacienta a jeho rodinných príslušníkov. Prevalencia stredne závažnej až závažnej dýchavičnosti (ESAS skóre 4-10) v poslednom týždni života u pacientov v terminálnom štádiu rakoviny prevyšuje prevalenciu bolesti, anxiety, depresie a nevoľnosti. V starostlivosti mobilným hospicom sa nachádzajú pacienti u ktorých je príčina dýchavičnosti často neriešiteľná a je potrebné sa sústrediť exkluzívne na zabezpečenie komfortu, avšak identifikácia možných reverzibilných zhoršujúcich komponentov a ich ovplyvnenie môže byť pre komfort kľúčové. Refraktérna dýchavičnosť je druhou najčastejšou príčinou terminálnej paliatívnej sedácie po refraktérnej bolesti. Na príklade niekoľkých kazuistík je v príspevku popísaná problematika predvídateľnosti akútneho vzniku alebo akútneho zhoršenia dýchavice, príprava a poučenie o aplikácii záchrannej medikácie a záchranných postupov, možnosti akútnej konzultácie tímu mobilného hospicu, RZP s následným vývojom a vyústením situácie.

Kľúčové slová: akútna dýchavičnosť, mobilný hospic, paliatívna starostlivosť

RELEVANCIE ZOMIERANIA V NEFROLÓGII: TÉZY

doc. MUDr. Martin Demeš, PhD., MPH

Interná ambulancia 1. I. internej kliniky. UNB Nemocnica akademika Ladislava Dérera, Pažítková 4, 821 01 Bratislava

Vynútená a dobrovoľná

Fenomén kyvadla v slovenskej nefrológii za posledných 35 rokov:

1. Extrém vľavo – veľa pacientov – málo strojov

- Vytvárali sa rámce na to, aby lekári „mohli“ odmietnuť INDIKOVANÝCH pacientov do HD programu
- Vytvorili sa rámce vekové a diagnostické na rozhodnutie o zaradení do aktívnej DH liečby resp zaradení do paliatívnej liečby. „Zlatý vek paliatívnej efrológie“
- Z dnešného pohľadu zomierali indikovaní pacienti

2. Extrém vpravo – veľa pacientov – veľa strojov

- Vytvárame legislatívne rámce na to, aby lekári „mohli“ odmietnuť, nezaradiť NEINDIKOVANÝCH pacientov do MEL (HD) programu

- V západnej Európe dialyzujeme aj neidnikovaných pacientov, resp. aj takých, pre ktorých by konzervatívna liečba bola prospešnejšia
3. Hľadáme medicínsky a eticky ustálenie pohybu kyvadla, alebo iba jeho malé exkurzie od ustálenej strednej osi.

Otázky, úvahy:

Komplexný dialyzačno-transplantačný program

Premisa: optimálna – každý zaradený pacient do MEL by mal byť zaradený do WL.

Realita: 3300 pacientov v MEL/ 300 pacientov na WL

Je MEL paliatívna liečba? Ak áno tak každá?

Tá čo vedie k preklenutiu času ku KTx – nie (300 pacientov)

Tá čo nevedie k preklenutiu ku KTx – áno (3000 pacientov)

Ako je to u akútneho zlyhania obličiek a MEL?

Sú pravidlá kedy ÁNO, sú pravidlá kedy NIE a medzi tým šedá zóna – „liečba na skúšku“

AKO ODKOMUNIKOVAŤ UKONČENIE CHEMOTERAPIE NA KONCI ŽIVOTA

MUDr. Lucia Dzurillová

Oddelenie paliatívnej medicíny, Národný onkologický ústav, Klenová 1, 833 10 Bratislava

Pri zdieľaní nepriaznivých správ je možné využiť rôzne komunikačné modely ako je zdieľané rozhodovanie alebo komunikácia zameraná na pacienta, kedysi používané paternalistické rozhodovanie sa už neodporúča^(1, 3). Ukončenie podávania protinádorovej liečby z dôvodu progresie ochorenia a blížiaceho sa konca života je situácia náročná na komunikáciu pre lekára aj pre pacienta a jeho blízkych. Aj keď o ukončení chemoterapie by mal pacienta v prvom rade informovať ošetrojúci onkológ, následne sú potrebné ďalšie rozhovory s paliatívnym špecialistom o klinickej situácii a ďalšom pláne liečby.^(2,4)

Úskalia komunikácie nepriaznivých správ na strane pacienta spočívajú jednak v nesprávnej interpretácii cieľa protinádorovej liečby, v rôznej miere porozumenia ochoreniu a liečbe, v nerealistických očakávaniach, v snahe zachovať si nádej na uzdravenie, v rôznom sociálnom a kultúrnom zázemí. Dôležité je zistiť aké hodnoty a ciele sú pre pacienta dôležité v danej situácii, ako si praje byť informovaný a akým spôsobom si praje robiť rozhodnutia.⁽⁴⁾

Pre lekára je výzvou aktívne počúvať, zistiť mieru pochopenia situácie zo strany pacienta, pri zdieľaní zlých správ komunikovať pravdivo zložené informácie spôsobom, ktorý je pre pacienta pochopiteľný a prijateľný a zároveň empaticky reagovať na negatívne emócie, ktoré vyvolá. Náročné je zohľadniť aj prognostickú neistotu komplexného zdravotného stavu pacienta. V priebehu rozhovoru by sa mal lekár snažiť podporiť liečivé vzťahy, výmenu informácií, reagovať na emócie, zmierniť neistotu, pomôcť pri rozhodovaní a umožniť pacientovi istú mieru autonómie.⁽⁴⁾

Rozhovor o ukončení protinádorovej liečby by mal viesť ku uisteniu, že pacient dostal všetku zmysluplnú liečbu daného ochorenia, vyhnúť sa neprimeranému predžovaniu umie-

rania, zmierneniu záťaže rodiny, dosiahnutiu pocitu určitej kontroly nad situáciou, posilneniu vzťahov medzi blízkymi, umožneniu komunikácie s paliatívnym tímom, umožneniu dosiahnutia pocitu naplnenia.⁽¹⁾ Komunikácia by mala viesť ku plánom ďalšej starostlivosti zameranej na zlepšenie kvality života, zmiernenie symptómov ochorenia, a zisteniu preferencií starostlivosti na konci života.^(1, 2)

Kvalitná komunikácia prináša pacientovi a jeho rodine väčšiu satisfakciu s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou, znižuje riziko konfliktov a sťažností, vedie k liečbe konkordantnej s pacientovými preferenciami a znižuje mieru využitia neefektívnej intenzívnej liečby na konci života.^(1,2) Pre paliatívny tím patrí efektívna komunikácia s pacientom a jeho rodinou medzi účinné stratégie znižovania rizika vyhorenia a zvyšovania spokojnosti s vykonanou prácou.

Kľúčové slová: *zdieľané rozhodovanie, komunikácia zameraná na pacienta, prechod z onkologickej do paliatívnej starostlivosti*

Referencie:

1. Jackson VA, Arnold RM, Givens J. The initial interview in palliative care consultation, UpToDate, Literature review current through: Aug 2025. This topic last updated: Jun 20, 2024. https://www.uptodate.com/contents/the-initial-interview-in-palliative-care-consultation?search=communication%20transition%20from%20oncology%20to%20palliative%20care&source=search_result&selectedTitle=8~150&usage_type=default&display_rank=8
2. LeBlanc TW, Tulsy J, Block SD, Givens J. Discussing goals of care, UpToDate Literature review current through: Aug 2025. This topic last updated: May 19, 2025. <https://www.uptodate.com/contents/discussing-goals-of-care?source=bookmarks>
3. Back LA, Anderson WG, Bunch L et al. Communication about cancer near the end of life Cancer. 2008 October 1; 113(7 Suppl): 1897–1910. doi:10.1002/cncr.23653.
4. Communication in Cancer Care (PDQ®)—Health Professional Version <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/adjusting-to-cancer/communication-hp-pdq>

POTREBA MEDICÍNSKEJ VÔLE NA ICU

doc. MUDr. Jozef Firment, PhD.¹,

MUDr. JUDr. Peter Firment, PhD.²

¹ I. klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny, UPJŠ – Lekárska fakulta a UNLP Košice, Trieda SNP 1, 040 11 Košice

² námestník riaditeľa pre liečebno-preventívnu starostlivosť pre chirurgické odbory, FNSP J. A. Reimana Prešov, Jána Hollého 5898/14, 081 81, Prešov

Moderná medicína z historického pohľadu dokáže takmer zázraky. Najmä v intenzívnej liečbe máme veľa prostriedkov, ako pacientovi upraviť krvný obeh, nahradiť dýchanie, funkcie obličiek, či upraviť vnútorné prostredie a pod. Všetky tieto procedúry sú vyvinuté na to, aby sme pacientovi pomohli **preklenúť kritické obdobie ochorenia**. Cieľom je vrátiť pacienta do bežného života alebo aspoň do prijateľnej kvality života po prepustení z nemocnice. Je

to podobné, ako keď pri operačnom výkone pacienta uvedieme do celkovej anestézie (narkózy), umelej straty vedomia, a následne pacienta zobudíme a vrátime do jeho denných aktivít. Podobne aj pri regionálnej anestézii spôsobíme dočasné zablokovanie prenosu nervových vzruchov bolesti a po výkone sa v prijateľnom čase citlivosť vráti.

Možno teda na základe vyššie uvedeného zostručniť, že pre človeka nie samotný život je najvyššou hodnotou, ale jeho kvalita.

Nie zriedka sa v intenzívnej medicíne stáva, že sa ochorenie pacienta dostane do úrovne, kedy došlo k **vyčerpaniu terapeutických možností** a je preto potrebné prejsť na postupy nerozširovania, resp. ukončovania intenzivistických procedúr. Tieto postupy majú svoje prísne pravidlá a zásady, ktoré boli publikované aj v časopise Slovenskej spoločnosti anesteziológie a intenzívnej medicíny v roku 2014¹. Pacienti podstupujúci invazívne liečebné aktivity v intenzívnej medicíne sú veľmi často **v bezvedomí a neschopní vyjadriť** svoju postoj k následným krokom v liečbe. Najbližší príbuzní sú o vývoji stavu a liečbe pacienta, svojho príbuzného, ošetrovujúcim tímom informovaní, ale v takomto prípade tu predsa len nejde o informovanie a rozhodovanie samotného pacienta o sebe.

Snahou zdravotníckych tímov poskytujúcich liečbu a ošetrovanie kriticky chorých je, aby sme **aspoň** čiastočne poznali postoje **a vôľu liečeného pacienta**, ktoré by vyjadril ešte v stave lucídneho uvažovania predtým, ako sa dostal do kritického stavu. Užitočné by bolo **pri prijímaní pacienta do nemocnice** jeho vyjadrenie k postupom, ktoré často nie sú plánované, ale v procese liečby sa môže dospieť k situácii, že je treba rozhodnúť sa pre určitý invazívny krok. Pacient by mohol v prípade, že by sa **dostal** do takého zdravotného **stavu**, v ktorom by **nebol schopný** vysloviť súhlas alebo nesúhlas s poskytovaním zdravotných služieb a spôsobu ich poskytovania, tento súhlas alebo nesúhlas **dopredu vysloviť**².

V mnohých nemocniciach v zahraničí sa má pacient pri prijímaní do nemocnice, napr. na operačný výkon, možnosť vyjadriť, či v prípade zmeny jeho zdravotného stavu, keď vtedy nebude schopný vyjadriť sa, bude súhlasiť s endotracheálnou intubáciou, zavedením výživovej sondy do žalúdka, s katetrizáciou centrálného žilového systému a artérie, s parenterálnou výživou, uskutočnením hemodialýzy, podaním krvnej transfúzie, s KPR, napojením na ECMO, zaradením do výskumnej úlohy, ktorá v danej nemocnici beží u kriticky chorých a pod. (tzv. living will, advance directive, či dispozície pacienta³). Takéto vopred vyslovené prianie by však muselo spĺňať prísne formálne právne náležitosti. Podľa aktuálnej právnej úpravy je však tento inštitút u nás nepoužiteľný. Z hľadiska zvyšovania autonómie pacienta by ho bolo vhodné zaviesť aj do nášho právneho poriadku. Z blízkyh krajín ho majú napr. v Českej republike alebo Rakúsku.

Ocenili by sme aj včasnejšie získavanie postojov pacientov, ktoré by boli zisťované všeobecným lekárom a boli by **zapísané** v osobnej **zdravotnej karte pacienta**. Samozrejme, pacient by mal možnosť svoje postoje priebežne aktualizovať. To by malo slúžiť **pre akútne stavy**, pre ktoré by bol pacient prijímaný do nemocnice bez schopnosti vyjadriť svoju vôľu, napríklad v bezvedomí alebo v ťažkom šokovom stave s narušením lucidity, adekvátnej komunikácie a pod.

Odporúčanie postupu pri zmene intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť u dospelých pacientov, ktorí nie sú schopní o sebe rozhodovať v terminálnej fáze ochorenia. *Anesteziol. intenzívna med.*, 2014; 3(1): 34–36. verzia prijatá výborom SSAIM dňa 20. 05. 2014.

Ust. § 36 ods. 1 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotných službách, Česká republika.

Maček B.: Konečná stanica, vystupovať! alebo Ako si prajem zomrieť. Branislav Maček, 2014, 60 s.

RELEVANCIA ZOMIERANIA NA ICU

MUDr. Vladimír Hudák, PhD.¹,

MUDr. Tomáš Pallas²,

MUDr. Adam Fabian²

¹ LF UPJŠ - Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta, 1. KAİM - I. klinika anesteziológie a intenzívnej medicíny UPJŠ LF a UNL, Trieda SNP 1, 040 11 Košice

² Lekárska fakulta a UNLP Košice, Trieda SNP 1, 040 11 Košice

Problematika zomierania na klinikách a oddeleniach anesteziológie a intenzívnej medicíny je v súčasnosti absolútne relevantná. A to po všetkých stránkach našej spoločnosti: po medicínskej, etickej, psychologickej, ekonomickej a spoločenskej. Štatistiky úmrtí v jednotlivých zariadeniach a ich oddeleniach sú pre nás určitým spôsobom užitočné a odzrkadľujúce úroveň našej zdravotníckej starostlivosti, ale čísla samotné nás neinformujú nás o spôsobe a adekvátnej starostlivosti na konci života. Zomrel pacient dôstojne, bez neadekvátneho trápenia? Boli naplnené pacientove očakávania a posledné realizovateľné želania či túžby? Rozvoj tejto oblasti medicíny je nanajvýš aktuálny a v našej krajine relevantný. Výskum tejto oblasti taktiež výraznou mierou prispieva k humanizácii zdravotnej starostlivosti a lepšej podpore pacientov aj rodín v tých najťažších chvíľach.

Z medicínskeho pohľadu sú oddelenia intenzívnej medicíny miestom kde sú hospitalizovaní najťažšie chorí pacienti a preto riziko úmrtia je tu vysoké. Ide o poslednú možnosť na zvrátenie fatálneho priebehu zdravotného stavu pacienta agresívnou liečbou ktorá je vysoko technicky náročná a pre pacienta mnohokrát veľmi nepríjemná. Zdravotníci by si preto stále mali uvedomovať či pacient bude mať úžitok z takej liečby a či nebude tento manažment kontraproduktívny a preto vhodnejší by bol paliatívny prístup.

Etické hľadisko je najkomplikovanejšie. Do úvahy je potrebné brať autonómiu pacienta, jeho vôľu, kultúrne a náboženské rozdiely. Je potrebné nevynechať z tejto problematiky aj samotných zdravotníkov, ktorí rozhodujú o pokračovaní intenzívnej liečby alebo jej limitácii či ukončení. Komunikácia v týchto situáciách nie je jednoduchá.

Právne a legislatívne aspekty sú na Slovensku stále nevyriešené. Je potrebné definovať postupy pri ukončovaní liečby, zaistiť práva pacienta a rešpektovanie jeho vôle a dokumentovať rozhodnutia v súlade so zákonom.

Z ekonomického hľadiska je umieranie na jednotkách intenzívnej starostlivosti ak intenzívna liečba nemala byť indikovaná plytvaním limitovaných zdrojov.

Psychologické rozmery sú bezbrehé. Na strane pacienta ide o stratu dôstojnosti a pohodlia, na strane zdravotníka hrozí syndróm vyhorenia a etický stres z rozhodovania. Je nutná potreba psychologickkej podpory a dohľadu zdravotníkov. Hľadisko príbuzných zahŕňa emocionálnu záťaž a smútok. Je potrebné doplniť veľké medzery vo vzdelávaní vyššie spomenutých aspektov zomierania. Nakoniec v prípade zavedenia všetkých relevancií zomierania v nemocniciach a na intenzívnych lôžkach bude potrebná kontrola dodržiavania pravidiel, prehodnocovanie procesov a spôsob zomierania a zaradiť ich medzi indikátory kvality zdravotníckej starostlivosti.

PSYCHOLÓG V MULTIDISCIPLINÁRNOM TÍME

Mgr. Lucia Jánošová

Filozofická fakulta, Trnavskej univerzita v Trnave, Hornopotočná 23, 918 43
Trnava

Paliatívna starostlivosť predstavuje komplexný prístup k pacientom s pokročilým a život ohrozujúcim ochorením, ktorého cieľom je zmierňovanie utrpenia a zlepšovanie kvality života. Opiera sa o bio-psycho-sociálno-spirituálny model, ktorý predpokladá úzku spoluprácu viacerých odborníkov – lekárov, sestier, ošetrovateliek, sociálnych pracovníkov, duchovných a psychológov.

Práca psychológa v multidisciplinárnom tíme paliatívnej starostlivosti je zameraná na viaceré roviny. U pacienta identifikuje a spracúva prejavy úzkosti, depresívne symptómy, pocity viny, existenciálne krízy či otázky zmyslu a dôstojnosti v závere života. Pomáha pacientovi udržať si pocit autonómie, identity a vnútorných zdrojov, či reprioritizovať životné hodnoty. Využíva krátke intervencie, terapeutické rozhovory, či logoterapeutické postupy.

Nemenej dôležitou súčasťou práce psychológa je sprevádzanie rodiny. Podporuje ju v procese anticipačného smútenia, pomáha zvládať záťaž spojenú s poskytovaním starostlivosti a zmierňuje riziko komplikovaného smútenia. Psychológ môže taktiež pôsobiť ako facilitátor komunikácie medzi pacientom, rodinou a ostatnými členmi multidisciplinárneho tímu.

Treťou významnou rovinou je podpora samotného tímu. Psychológ prispieva k prevencii syndrómu vyhorenia, ponúka priestor na supervíziu, reflexiu a spracovanie emočne náročných situácií. Môže sa taktiež podieľať na vzdelávaní zdravotníckeho personálu v oblasti komunikácie, psychologických aspektov paliatívnej starostlivosti, či základov psychohygiény.

Cieľom príspevku je bližšie priblížiť rôznorodé úlohy psychológa v paliatívnej starostlivosti a poukázať na jeho význam pre pacienta, rodinu aj celý tím. Integrácia psychológa do multi-

disciplinárneho tímu zvyšuje kvalitu poskytovanej starostlivosti, podporuje holistický prístup a napĺňa základný cieľ paliatívnej starostlivosti – zmierňovať utrpenie a zachovávať dôstojnosť človeka až do jeho prirodzeného konca.

NUTRIČNÉ ÚSKALIA V PALIATÍVNEJ MEDICÍNE

MUDr. Miriam Jarčušková, PhD.¹,

MUDr. Dominika Jarčušková, PhD.²

¹ Vysokošpecializovaný odborný ústav geriatrický sv. Lukáša v Košiciach n.o, Strojárska 13, 040 01, Košice, 055/6824321, miriamjar@gmail.com

² I. psychiatrická klinika Univerzitnej nemocnice L. Pasteura a Univerzity Pavla Jozefa Šafárika, 040 01, Košice

Abstrakt: Výživa v paliatívnej medicíne predstavuje komplexnú a často kontroverznú tému, ktorá si vyžaduje individuálny prístup ku každému pacientovi. Cieľom nie je predĺžovanie života za každú cenu, ale zlepšenie kvality zostávajúceho času a minimalizácia utrpenia. Medzi hlavné nutričné úskalia patrí správne vyhodnotenie nutričného stavu, schopnosti u pacientov rozoznať malnutríciu, kachexiu a sarkopéniu, ako aj dilemy spojené s umelou výživou a hydratáciou. Rozhodovanie o nutričnej podpore musí brať do úvahy aktuálny klinický stav, prognózu a želania pacienta. Osobitnou skupinou sú pacienti s onkologickým ochorením. Tento príspevok sumarizuje najčastejšie výzvy v nutričnom manažmente pacientov v paliatívnej starostlivosti a ponúka odporúčania pre ich praktické zvládanie. Súčasťou príspevku je aj popísanie vyhodnotenia nutričnej problematiky a jej následný manažment formou kazuistiky.

Kľúčové slová: malnutrícia, kachexia, sarkopénia, umelá výživa, paliatívna starostlivosť

DEPRESKRIPCIA – MENEJ JE VIAC?

PharmDr. Hajnalka Komjáthy, PhD.

Nemocnica AGEL Komárno, Nemocničná lekáreň

Depreskripčia je štruktúrovaný prístup k ukončeniu liečby. Ide o proces rekonštrukcie viacnásobného užívania liekov pomocou preskúmania a analýzy a ktorý sa končí úpravou dávky, nahradením alebo elimináciou niektorých liekov alebo pridaním liekov.

Hlavným cieľom depreskripcie je odstránenie lieku (liekov), ktoré sa u daného pacienta považujú za nežiaduce, najmä u starších pacientov s viacerými komorbiditami alebo u pacientov trpiacich chronickým ochorením. Taktiež u pacientov v domovoch sociálnych služieb a u pacientov v terminálnom štádiu. Zistilo sa, že odstránenie takýchto liekov znižuje výskyt

nežiaducich účinkov liekov a zlepšuje mieru adherencie k liekom, čím sa znižuje ekonomická záťaž pre pacienta, ako aj pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Pomocou depreskripce sa systematicky vysadzujú tzv. nevhodné lieky u starších, znižuje sa riziko pádov, zlepšujú alebo udržiavajú sa kognitívne funkcie, znižuje sa počet rehospitalizácií a v neposlednom rade sa zvyšuje kvalita života.

Medzi najčastejšie skupiny liekov, ktoré sú vhodné na depreskripciu, sú inhibítory protónovej pumpy, antipsychotiká, antidiabetiká, inhibítory cholinesterázy a benzodiazepíny s dlhým biologickým polčasom, nesteroidné antiflogistiká a kyselina acetylsalicylová v prevencii kardiovaskulárnych príhod. U pacientov na konci života sa doporučuje zväžiť podávanie antihypertenzív, statínov, antidiabetík, inhibítorov protónovej pumpy a vitamínov. Podanie resp. nepodanie kortikosteroidov, antidepresív a antikoagulancií je nutné osobitne prehodnotiť.

Informované rozhodovanie je nevyhnutné pre úspešnú depreskripciu a malo by zahŕňať zosúladenie cieľov a preferencií pacienta. Efektívna komunikácia je potrebná nielen medzi pacientmi a lekármi, ale aj medzi zdravotníkymi pracovníkmi.

DOBROVOLNÍCI V MULTIDISCIPLINÁRNOM TÍME – PRAX A VÝZVY Z POHLADU OZ VÝBY

Mgr. et Mgr. Katarína Maťová

Výby, občianske združenie, Bratislava

Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti už v roku 2006 definovala ako súčasť multidisciplinárneho tímu aj dobrovoľníkov. V praxi je však ich rola často prehliadaná a potenciál dobrovoľníkov zostáva nevyužitý. Cieľom príspevku je predstaviť skúsenosti občianskeho združenia Výby, ktoré dlhodobo realizuje dobrovoľnícky program v nemocničnom prostredí s dôrazom na kvalitu a jasne definovaný systém práce a priniesť praktický uhol pohľadu na zmenu v tejto oblasti.

Výby už viac ako 20 rokov pôsobia v Národnom onkologickom ústave a Onkologickom ústave sv. Alžbety v Bratislave, kde vyškolení a odborne vedení dobrovoľníci poskytujú pacientom laickú psychosociálnu podporu – formou rozhovorov, vypočutia, tichého spoluzdieľania, tvorivých aktivít, hudobných zážitkov a iných činností. Ich prítomnosť zmierňuje pocity osamelosti, zlepšuje psychickú pohodu chorých, odbremeňuje zdravotnícky personál od psychosociálnych požiadaviek pacientov a prispieva k plnohodnotnému poskytovaniu komplexnej zdravotnej starostlivosti.

Organizácia kladie dôraz na kvalitu činnosti. Má zavedený systém výberu, prípravy, supervízií a podpory dobrovoľníkov, ktorý je zachytený v etickom kódexe a štandardoch a tvorí základ dlhodobej praxe. Kľúčová je bezpečnosť tak pacientov ako aj dobrovoľníkov. V roku 2024 získali Výby akreditáciu Ministerstva vnútra SR.

Skúsenosť občianskeho združenia Vríby potvrdzuje, že školení a odborne vedení dobrovoľníci majú svoje miesto v multidisciplinárnom tíme. Považujeme preto za dôležité zdôrazniť potrebu vytvárania vhodných podmienok pre pôsobenie dobrovoľníkov v zdravotníctve – osobitne v nemocničnej paliatívnej a hospicovej starostlivosti – ktoré by pomohli adekvátnej systémovej zmene ich statusu ako členov tímu.

EMERGENCIE V DETSKEJ PALIATÍVE

MUDr. Martina Mikesková

Klinika detskej hematológie a onkológie, LF UK a DFNSP, Bratislava, Limbová 1, 833 40 Bratislava

Abstrakt: Urgentné situácie v detskej paliatívnej starostlivosti predstavujú často kritické momenty, ktoré si vyžadujú okamžitú a efektívnu intervenciu na zmiernenie utrpenia dieťaťa a podporu rodiny. Medzi najčastejšie symptómy, ktoré vyžadujú urgentnú intervenciu, patria bolesť, kŕče, dušnosť, zvracanie, krvácanie a nepokoj na konci života. Tieto symptómy môžu náhle eskalovať a výrazne zhoršiť kvalitu života dieťaťa aj jeho rodiny, čo si vyžaduje komplexný a zároveň citlivý multidisciplinárny prístup k liečbe. V rámci paliatívnej starostlivosti je kľúčové nielen znižovať fyzické utrpenie, ale aj riešiť emocionálne a psychologické potreby rodiny, ktorá sa ocitá v náročnej situácii. Správne zvládnutie týchto kritických momentov môže zásadne zlepšiť kvalitu života dieťaťa a zároveň znížiť napätie a stres v rodine. Téma urgentných situácií v detskej paliatívnej starostlivosti preto zahŕňa nielen klinické a terapeutické zásahy, ale aj citlivú komunikáciu a psychosociálnu podporu.

Kľúčové slová: bolesť, kŕče, dušnosť, zvracanie, nepokoj, úzkosť rodiny, detská paliatívna starostlivosť, urgentné situácie, psychosociálna podpora

Abstract: Emergencies in pediatric palliative care are often critical moments that require immediate and effective intervention to alleviate the child's suffering and support the family. The most common symptoms that require urgent intervention include pain, cramps, dyspnea, vomiting, bleeding, and restlessness at the end of life. These symptoms can suddenly escalate and significantly worsen the quality of life of the child and his family, which requires a comprehensive and sensitive multidisciplinary approach to treatment. In palliative care, it is crucial not only to reduce physical suffering, but also to address the emotional and psychological needs of the family, which finds itself in a difficult situation. Proper management of these critical moments can fundamentally improve the child's quality of life and at the same time reduce tension and stress in the family. The topic of emergencies in pediatric palliative care therefore includes not only clinical and therapeutic interventions, but also sensitive communication and psychosocial support.

Keywords: pain, cramps, dyspnea, vomiting, restlessness, family anxiety, pediatric palliative care, emergency situations, psychosocial support

PODPORNÉ KONZILIÁRNE TÍMY V NEMOCNICIACH V ČR

Doc. MUDr. MgA. Kateřina Rusinová, Ph.D.,

Klinika paliatívnej medicíny 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Abstrakt: Nemocniční paliativní týmy v České republice se rozvíjejí nerovnoměrně a často v provizorních podmínkách. Akademická centra v tomto procesu zauímají zvláštní roli – jsou místem koncentrace pacientů s vysokou komplexitou potřeb, prostorem pro vzdělávání mediků a mladých lékařů a zároveň institucemi, které čelí výraznému tlaku na výkon a vědeckou produkci. V přednášce budou diskutovány hlavní bariéry zavádění a fungování paliativních týmů: nedostatečné personální kapacity, nejisté financování, nejasné ukotvení v organizační struktuře nemocnice a omezená podpora ze strany vedení. Významným tématem zůstává mezioborová spolupráce a hledání rovnováhy mezi paliativním a kurativním či intenzivním přístupem u pacientů v pokročilých stádiích onemocnění.

Zkušenosti z českých akademických center budou zasazeny do širšího mezinárodního kontextu. Představena budou data a poznatky z evropského projektu EPIC (Enhancing Palliative Care in ICU), který propojuje klinickou praxi, výzkum a vzdělávání s cílem systematicky rozvíjet integraci paliativní péče v nemocnicích a zejména v prostředí intenzivní medicíny. Akademická centra tak představují klíčové prostředí, kde se bude rozhodovat o budoucí podobě nemocniční paliativní péče v České republice i v rámci evropského prostoru.

SOCIÁLNY PRACOVNÍK V MULTIDISCIPLINÁRNOM TÍME

JUDr. Ivana Šarlinová

Národný onkologický ústav, Klenová 1, 833 10 Bratislava

Úloha sociálneho pracovníka v multidisciplinárnom tíme nemocnice predstavuje kľúčový prvok pri zabezpečovaní holistickej starostlivosti o pacienta. Sociálny pracovník sprostredkúva premostenie medzi zdravotnou starostlivosťou a sociálnym prostredím pacienta, vrátane komunitných služieb.

Obsahom prezentácie je definovanie práce sociálneho pracovníka v zdravotníckom kontexte, vrátane jeho kompetencií a možnosti sociálnej pomoci pacientom. Sociálny pracovník v nemocnici sa podieľa na koordinácii komunikácie medzi pacientom, rodinou a zdravotníckym personálom, čím podporuje pacientovo porozumenie o jeho zdravotnom stave, plánovanému termínu ukončenia hospitalizácie, následnej zdravotnej starostlivosti, zároveň sprostredkováva komunitné služby a pomáha pri hľadaní možností na riešenie nepriaznivej finančnej pomoci.

V tíme spolupracuje s lekármi, sestrami, psychológom, duchovným, čím prispieva k vytvoreniu komplexného liečebného plánu.

Základom práce sociálneho pracovníka je kvalitatívny rozhovor s pacientom, jeho príbuznými, ako aj s odborníkmi praxe, na základe ktorého vytvára individuálny sociálny plán pre pacienta, resp. jeho príbuzných pri riešení krízovej životnej situácie pacienta.

DUCHOVNÝ V MULTIDISCIPLINÁRNOM TÍME

Mgr. František Skonc

katolícky kňaz z rehole Redemptoristov pôsobiaci vo viacerých nemocnicach: Nemocnica akademika Ladislava Dérera, Národný ústavu detských chorôb (NÚDCH), Národný onkologický ústavu (NOÚ) na onkológiu, Národný ústav srdcových a cievnych chorôb (NÚSCH)

Úloha duchovného v multidisciplinárnom tíme paliatívnej medicíny je súčasťou komplexnej starostlivosti o pacienta a jeho rodinu. Paliatívna medicína sa zameriava nielen na zmierňovanie fyzického utrpenia, ale aj na napĺňanie psychických, sociálnych a spirituálnych potrieb človeka v závere života.

Duchovný poskytuje podporu pri hľadaní zmyslu, zmierení, spracovaní existenčných otázok a pomáha pri zvládaní úzkosti, smútku či pocitu osamelosti. Spoluprácou s lekármi, psychológmi, sestrami, sociálnymi pracovníkmi a ďalšími odborníkmi prispieva k individualizovanej starostlivosti orientovanej na kvalitu života. Prítomnosť duchovného v tíme zároveň otvára priestor pre rešpektovanie hodnôt, viery a presvedčenia pacienta, čím podporuje dôstojné prežívanie posledných dní.

V tomto kontexte nadobúda úloha duchovného osobitnú dôležitosť: presahuje tradične chápanú pastoračnú službu a zahŕňa systematickú podporu duchovných potrieb pacientov, ich rodinných príslušníkov a aj samotných členov tímu. Duchovný sa podieľa na formulovaní individuálnych plánov starostlivosti, na riešení etických dilem súvisiacich s koncom života a prispieva k budovaniu komunikačného mosta medzi pacientom, rodinou a zdravotníckym personálom.

RACIONALIZÁCIA FARMAKOTERAPIE NA KONCI ŽIVOTA

MUDr. Andrea Škripeková, PhD.

Katedra paliatívnej medicíny a onkológie SZU, Bratislava

Farmakoterapia na konci života predstavuje komplexný proces, ktorý si vyžaduje zohľadnenie prognózy pacienta, jeho preferencií a etických aspektov medicínskeho rozhodovania. Prednáška sa venuje princípom racionalizácie liečby v záverečnom období života s cieľom minimalizovať polypragmáziu, predchádzať neprospešným alebo potenciálne škodlivým zásahom a sústrediť sa na kontrolu symptómov a kvalitu zostávajúceho života.

Diskutované sú postupy depreskripcie preventívnych liekov (statíny, antihypertenzíva, PPI, betablokátory, antidiabetiká, bisfosfonáty), racionálne indikácie pre transfúzie, antikoagulanciá, antibiotiká a nutričné intervencie. Zvláštna pozornosť je venovaná problematike parenterálnej hydratácie, výžive a manažmentu infekcií, ktoré často predstavujú klinické dilemy medzi predlžovaním života a komfortom pacienta.

Prednáška prezentuje kazuistiku pacienta s pokročilým onkologickým ochorením, ktoré ilustruje potrebu multidisciplinárnej spolupráce medzi onkológom a paliatívnym tímom. Zároveň poukazuje na úlohu farmaceutov pri optimalizácii farmakoterapie, znižovaní rizika nežiaducich účinkov a podpore rozhodovania založeného na hodnotách pacienta.

Cieľom je zdôrazniť, že racionalizácia farmakoterapie na konci života nie je iba klinickou, ale aj etickou otázkou, ktorá sa musí opierať o otvorenú komunikáciu s pacientom a jeho blízkymi, rešpektovanie autonómie a dôstojnosti, ako aj o medicínsky realizovateľné a prospešné intervencie. Myslieť v racionálnom kontexte relevancie blížiacej sa smrti nám umožní nielen zachovať princípy medicíny založenej na dôkazoch v tejto situácii, ale aj v situácii, ktorá môže byť pre pacienta aj život zachraňujúca, ako je to demonštrované v druhej kazuistike.

VZNIK PALIATÍVNEHO TÍMU V RÁMCI OÚSA

MUDr. Barbora Slabá

Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava

Rozvoj paliatívnej starostlivosti predstavuje kľúčový predpoklad pre poskytovanie kvalitnej zdravotnej starostlivosti pacientom s onkologickými ochoreniami. V Onkologickom ústave sv. Alžbety (OÚSA) sa špecializovaná paliatívna starostlivosť začala poskytovať v októbri 2017 po príchode paliatívnej lekárky, ktorej hlavným zameraním bolo zabezpečenie domácej paliatívnej starostlivosti pre pacientov po ukončení protinádorovej liečby. Významným míľnikom bol vznik konziliárneho tímu podpornej a paliatívnej starostlivosti v júni 2023.

Prednáška priblíži proces formovania paliatívneho tímu v prostredí, kde je paliatívna medicína stále málo známa a prijímaná nielen laickou verejnosťou, ale aj samotnými zdravotníkmi. Predstaví náplň práce jednotlivých členov tímu, ako aj úskalia a výzvy, s ktorými sa v každodennej praxi stretávajú. Osobitná pozornosť bude venovaná najčastejším intervenciám lekárov, psychológa, sociálneho poradcu, nutričného terapeuta a duchovného zameraným na podporu pacientov s paliatívnymi potrebami.

Príspevok zároveň načrtne ďalšie plány a priority rozvoja paliatívnej starostlivosti v OÚSA – doplnenie chýbajúcich profesií do konziliárneho tímu, spustenie činnosti paliatívnej ambulancie, vznik samostatného lôžkového oddelenia, rozšírenie konziliárnych služieb na všetky oddelenia nemocnice a systematickú edukáciu zdravotníckeho personálu v oblasti paliatívnej starostlivosti.

ROLE PSYCHEDELIK V LÉČBĚ DEPRESE A EXISTENCIÁLNÍHO DISTRESU V PALIATIVNÍ PÉČI

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

Centrum paliativní péče. Masarykův onkologický ústav, Brno, Česká republika.

Cíl: Shrnutí aktuální důkazy o účinnosti a bezpečnosti psychedelik (psilocybin, ketamin) při zmírnění deprese, úzkosti a existenciálního distresu u pacientů v paliativní péči.

Metody: Přehled recentních randomizovaných studií, otevřených kohort a systematických přehledů (2019–2025) zaměřených na onkologické a jiné život limitující diagnózy, s důrazem na protokoly zahrnující psychoterapeutickou přípravu a integraci.

Výsledky: Psilocybin v kombinaci s podpůrnou psychoterapií opakovaně prokázal rychlý a klinicky významný pokles deprese a úzkosti, často přetrvávající týdny až měsíce po jednorázové či dvojité dávce; efekt souvisí s intenzitou „mystické“ zkušenosti a zlepšeným smyslem pro propojení. Ketamin nabízí rychlý, avšak kratší účinek, potenciálně vhodný pro symptomatickou úlevu a překlenutí. Bezpečnostní profil je při pečlivém screeningu (psychóza, kardiovaskulární rizika), monitoringu a multidisciplinárním rámci příznivý; nejčastější nežádoucími účinky jsou přechodná úzkost, nauzea a změny krevního tlaku. Dostupná data naznačují zlepšení kvality života a spirituální pohody pacientů.

Závěr: Psychedelicky asistovaná terapie představuje slibnou doplňkovou intervenci pro depresivní a existenciální utrpení v paliativní medicíně. Implementace vyžaduje jasné indikace, školený tým, etické a právní ukotvení a integraci do standardů péče. Autor bude v závěrečné části svého sdělení také komentovat vlastní zkušenosti a klinicko etické kontroverze, které v některých kruzích psychedelicky asistovaná terapie vyvolává.

ROLE SPECIALIZOVANÉ A OBECNÍ PALIATIVNÍ PÉČE V POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Prim. MUDr. Regina Slámová, MHA

Primárka Centra paliativní péče Brno, Sdružení zdravotnických zařízení II Brno, příspěvková organizace, Zahradníková 494/2, Veverí, 602 00 Brno

Abstrakt: Integrace paliativního přístupu do pobytových zařízení sociálních služeb vyžaduje systémovou změnu zahrnující vzdělávání personálu, vytváření podpůrné kultury a efektivní spolupráci mezi obecnou a specializovanou péčí. Kvalitní paliativní péče v těchto zařízeních významně přispívá ke zlepšení kvality života klientů v závěru života a podpoře jejich blízkých.

Kontext a východiska: Pobytová zařízení sociálních služeb v ČR se stále častěji starají o křehké, polymorbidní klienty s pokročilým onemocněním, u nichž je pravděpodobný vznik komplexních potřeb na konci života. Paliativní přístup se tak stává integrální součástí kva-

lity péče v těchto zařízeních. Přednáška představí ucelený rámec, jak rozvíjet paliativní kulturu, jak oddělit a zároveň propojit obecnou a specializovanou paliativní péči, a jak nastavit roli koordinátora paliativní péče a praktického lékaře.

Cíle prezentace: Cílem je charakterizovat základní témata související s poskytováním paliativní péče. Pro paliativní přístup v zařízeních jsou prioritní sdílené hodnoty a praxe, které normalizují rozhovor o pokročilosti onemocnění, podporují důstojnost, autonomii a plánování péče. Zahrnuje systematické vzdělávání, reflexi případů a podporu zaměstnanců. Obecná paliativní péče je poskytována personálem zařízení v rámci běžné péče. Zahrnuje včasnou identifikaci potřeb, management symptomů, komunikaci o cílech péče, podporu rodiny a koordinaci péče. Opírá se o týmové kompetence, standardy a kontinuitu. Specializovaná paliativní péče je indikována u klientů s komplikovanými symptomy, složitou rozhodovací situací či psychosociální/spirituální zátěží. Realizuje se formou konzilií ambulance paliativní medicíny nebo převzetí do péče mobilní specializovanou paliativní péčí (mobilním hospicem). Tato péče se nazývá sdílenou péčí a má svá specifika.

Důležitým tématem poskytování paliativní péče je plánování péče v závěru života. Jedná se o strukturovaný proces s klientem a rodinou, dokumentovaný a pravidelně revidovaný. Zahrnuje preference místa péče/umírání, rozsah péče při komplikacích, postup při akutním zhoršení, kontakty a individuální rituály.

Závěr: Integrace obecné a specializované paliativní péče do běžného chodu pobytových zařízení je v českém prostředí dosažitelná, pokud je podpořena jasnými rolmi (koordinátor, praktický lékař), systematickým plánováním péče v závěru života a kultivací paliativní kultury napříč týmem. Přednáška nabídne konkrétní postupy a nástroje, které lze uplatnit v praxi.

MUDr. Regina Slámová, MHA, vedoucí lékař Centra paliativní péče Brno, Sdružení zdravotnických zařízení Brno, příspěvková organizace

PREDCHÁDZAJÚCE PRIANIE PACIENTA

MUDr. Peter Stachura, MBA

poslanec Národnej rady SR za KDĽ, prezident Asociácie zdravotníckych pracovníkov v zahraničí, anesteziológ v Univerzitnej nemocnici St. Pölten v Rakúsku

Predchádzajúce prianie predstavuje významný nástroj ochrany autonómie a práva pacienta na sebaurčenie v situáciách, keď už nie je schopný vyjadriť svoju vôľu. Tento nástroj je úzko spätý s úsilím rešpektovať ľudskú dôstojnosť aj v kontexte modernej medicíny, ktorá disponuje množstvom život predlžujúcich prostriedkov, ktoré nemusia rešpektovať vôľu pacienta.

Medzinárodným rámcom je Dohovor o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny, ktorý Slovenská republika ratifikovala v roku 1997. Dohovor zaväzuje prihliadať na vopred vyslovené priania, no ich legislatívna implementácia na Slovensku doposiaľ absentuje. V zahraničí sú pritom právne postupy jasne defi-

nované a sú v prospech tak rešpektovania vôle pacienta, ako aj právnej istoty poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Vo väčšine krajín sa predchádzajúce prianie uplatňuje vtedy, keď pacient trpí nevyliciteľnou chorobou s krátkou prognózou prežitia. Súčasťou princípu je aj jeho podmienené rešpektovanie – predchádzajúce prianie je možné dotknutou osobou kedykoľvek odvolať a zároveň lekár musí zvážiť aktuálny zdravotný stav a okolnosti. Nerešpektovanie predchádzajúceho priania pacienta je prípustné v prípade, ak by viedlo k aktívnemu spôsobeniu smrti alebo k ohrozeniu iných osôb.

Diskusia o predchádzajúcich prianiach preto poukazuje na potrebu ich jednoznačného legislatívneho zakotvenia aj v slovenskom právnom poriadku. Zavedenie jasných pravidiel by mohlo významne prispieť k rešpektovaniu vôle pacienta, aj v prípade nepredvídaných situácií, kedy pacient už nevie svoju vôľu vyjadriť. Zároveň by to prispelo k humanizácii zdravotnej starostlivosti a k lepšej dôvere medzi pacientami a lekármi. Zároveň by sa zvýšila právna istota pre zdravotníkov, ktorí musia prijímať závažné rozhodnutia rešpektujúce vôľu pacienta.

Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotných službách a podmínkách jejich poskytovaní (zákon o zdravotných službách), Česká republika.

Dohovor o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny (Oviedo, 4. apríla 1997), ETS č. 164, článok 9.

NARATÍVNA MEDICÍNA V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

MUDr. Zuzana Štrbová

Klinika pneumológie a ftizeológie, LF Univerzity Komenského, Bratislava

Medicína je remeslo, na ktoré sa študenti pripravujú rokmi náročného štúdia, následného pozorovania ľudí a overovania nadobudnutých poznatkov v praxi. Dobrý lekár sa naučí určovať najčastejšie vzorce ochorení a používať diferenciálne algoritmy, aby rozpoznal to, čo do očakávaného obrazu neseď. Ale pacienti sú ľudia, ktorí predsa nie sú len sumou subjektívnych ťažkostí a objektívnych príznakov, laboratórnych výsledkov a zobrazovacích vyšetrení. Otázku „Akorobiť medicínu dlhodobo a zostať pri tom ľudský?“ som si položila hneď na začiatku mojej klinickej praxe a odpoveď na ňu dozrela po dlhej ceste rozmanitých životných skúseností. Môj postoj k medicíne zmenil pohľad, že ako lekár mám veľké privilégium vstupovať do ľudských príbehov. Snaha dať si dokopy príbeh pomáha stanoviť diagnózu konkrétnemu človeku a uznáva jeho individualitu. Práca lekára dáva vďaka tomu zmysel a nešťastné príbehy sa dajú ľahšie odložiť, ako keď dočítate knihu. Veľkým objavom bolo, že podobnou cestou už dávno prešli aj iní, dokonca existuje významné hnutie obohacujúce medicínu o humanitné vedy.

Naratívna medicína je prístup dívajúci sa na klinickú prax lekára ako na vnímanie, porozumenie, interpretovanie a reagovanie na príbeh (naratív), ktorý so sebou na vyšetrenie prináša pacient. Môže byť obohatením medicíny založenej na dôkazoch, ktorá sa snaží o vyt-

vorenie štruktúrovanej anamnézy tým, že navyše zohľadňuje emócie, očakávania a potreby pacienta. Tento nástroj vedie k holistickému prístupu v diagnostickom a terapeutickom procese, čo pomáha budovať dôveru vo vzťah lekára a pacienta.

Integrácia naratívnej medicíny do kurikula výučby medikov pomáha k rozvoju dôležitých zručností, ako je empatia, komunikácia, profesionalita a schopnosť sebareflexie. Súčasne poskytuje nástroje, ktoré pomáhajú študentom lepšie spracovať emocionálne náročné situácie a predchádzať vyhoreniu v klinickej praxi. Používané metódy zahŕňajú pozorné čítanie literárnych textov, reflexívne písanie a skupinové diskusie. Kurzy naratívnej medicíny, ktoré boli začlenené do učebných osnov medicínskeho vzdelávania, viedli v kvalitatívnych štúdiách k zlepšeniu schopnosti študentov poskytovať starostlivosť zameranú na pacienta a porozumieť jedinečným príbehom pacientov.

Študenti hodnotia kurzy naratívnej medicíny pozitívne a považujú ich za prínosné pre svoju prax, avšak výzvou je ich začlenenie do časovo náročného rozvrhu medicínskeho vzdelávania a dostupnosť lektorov s naratívnu kompetenciou.

Charon R. The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. JAMA. 2001 Oct 17;286(15):1897-902.

Charon R. At the membranes of care: stories in narrative medicine. Acad Med. 2012 Mar;87(3):342-7.

Greenhalgh T. Narrative based medicine: narrative based medicine in an evidence based world. BMJ. 1999 Jan 30;318(7179):323-5.

Leijenaar et al., "An invitation to think differently": a narrative medicine intervention using books and films to stimulate medical students' reflection and patient-centeredness.", BMC medical education (2023).

Milota M. M., G. J. M. W. van Thiel & J. J. M. van Delden (2019) Narrative medicine as a medical education tool: A systematic review, Medical Teacher, 41:7, 802-810

Tsevat et al., "Implementation and Evaluation of a Pilot Narrative Medicine Curriculum for Internal Medicine Residents.", Cureus (2024).

KRVÁCAVÉ STAVY V MOHO A KAHO

MUDr. Andrea Sysáková

Oddelenie paliatívnej medicíny, Národný onkologický ústav, Klenová 1,
833 10 Bratislava

Krvácanie patrí medzi najviac stresujúce komplikácie tak pre pacienta, jeho blízkych ako aj pre zdravotnícky personál. Vedie ku strachu a úzkosti – niekedy dlhodobej, keď je to príznak, ktorý sa očakáva. Napriek tomu pacienti ani ich blízki častokrát nie sú na tak závažnú komplikáciu dostatočne pripravení, čo len naďalej zhoršuje vnímanie beztak náročnej situácie. Práve preto je nevyhnutné riziká krvácania v starostlivo odhadnutej miere komunikovať s pacientom a jeho rodinou.

Klinicky významné krvácanie sa vyskytuje približne u 6-10 % pacientov s pokročilým nádorovým ochorením. Manažment krvácania je preto relevantnou otázkou v paliatívnej medicíne.

Klinické prejavy sa odlišujú podľa príčiny krvácania, veľkosti krvácajúcej cievy, rozsahu poškodenia tkanív či koagulačnej poruchy.

Prístup ku krvácaniu sa u pacientov v paliatívnej medicíne výrazne odvíja od cieľov a plánu ďalšej liečby, od prognózy a samozrejme preferencií a prání pacienta.

PILOTNÍ PROJEKT PALIATIVNÍ PÉČE V PROSTŘEDÍ ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY

Ing. Mgr. Simona Večerková, DiS.

Centrum paliativní péče, Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje, p.o., Česká republika

Zdravotnická záchranná služba (ZZS) je v řadě případů prvním zdravotnickým kontaktem u pacientů v závěru života. Každoročně v České republice umírá významná část nemocných s nevyléčitelným, život omezujícím nebo zkracujícím onemocněním v nemocnicích, ačkoliv převoz a hospitalizace často nepřinášejí klinický benefit a nejsou v souladu s přáním pacientů ani jejich rodin. Projekt „Paliativní péče v prostředí ZZS“ usiluje o systémovou změnu tohoto přístupu.

Klíčovým okamžikem je identifikace pacientů s nízkým benefitem z akutní hospitalizace a zvýšenou potřebou paliativní péče. Součástí projektu je také vzdělávání zdravotnických pracovníků prostřednictvím kurzu PEACE, budování sítě paliativních ambasadorů ZZS a spolupráce s poskytovateli specializované paliativní péče. Situační analýza výjezdů ZZS k pacientům v závěru života umožňuje pochopit rozsah problematiky a připravit metodická doporučení pro podporu změn v praxi.

Projekt směřuje k posílení kvality péče v závěru života, respektování přání pacientů a zároveň k ekonomickým úsporám omezením neefektivních hospitalizací nebo opakovaných výjezdů bez jasného cíle. Do roku 2026 je cílem šířit tento model napříč kraji ČR a systematicky podpořit paliativní přístup v urgentní medicíně.

ETICKÉ ASPEKTY MEDICÍNSKEJ VÔLE

ThLic. Ján Viglaš

rektor Kňazského seminára sv. Františka Xaverského v Banskej Bystrici,
Biskupstvo Banská Bystrica, Námestie SNP 19, 975 90 Banská Bystrica

Abstrakt: Otázka medicínskej vôle alebo vopred vyslovených prání pacienta vyvstala ako logický následok prelomových zmien v medicíne v 20. storočí, ktoré umožňujú neraz predlžovanie života pacienta v terminálnom štádiu, zmeny paternalistického modelu prístupu k pacientovi na partnerský model, a rovnako aj ako dôsledok zvýšeného právneho povedo-

mia pacientov i zdravotníckeho personálu. Vzhľadom na to, že v našom právnom systéme inštitút medicínskej vôle nie je zatiaľ ani terminologicky ustálený, ani legislatívne ukotvený, je potrebná etická reflexia nad aspektmi, ktoré s medicínskou vôľou a jej možným právnym zavedením súvisia. Ide najmä o dôsledné rozlíšenie medzi a rozhodnutím nepredlžovať liečbu, ktorá začína byť márna alebo neprimeraná, paliatívnou starostlivosťou a pasívnou eutanáziou. Rovnako si etickú reflexiu zaslúži možné riziko depersonalizovného právnického prístupu k pacientovi na základe jeho prianí a oslabenie individuálneho personalistického prístupu k pacientovi v jeho konkrétnej situácii.

KRÍZOVÁ INTERVENCIA PRÍBUZNÝCH V MOBILNOM HOSPICI

MUDr. Zuzana Hajster Vozárová

Oddelenie paliatívnej medicíny, Národný onkologický ústav, Klenová 1, 833 10
Bratislava

mobilný hospic Most domov o.z., Trnavský samosprávny kraj

Domáca starostlivosť o nevyliciteľne chorého pacienta v rámci mobilného hospicu prináša nielen benefity prostredia domova, ale aj vysokú mieru zodpovednosti na strane príbuzných, ktorí sa často ocitajú v úlohe neformálnych opatrovateľov.

Táto nová rola kladie značné emocionálne, fyzické a psychické nároky na príbuzných, ktorí sa často ocitajú v akútnej krízovej situácii. Tieto situácie môžu u príbuzných vyvolať krízovú reakciu – paniku, dezorientáciu, nesprávne vyhodnotenie stavu pacienta alebo neprimerané rozhodnutia, ako je volanie záchrannej služby napriek dohodnutému paliatívnemu plánu.

V práci sa zameriavame na identifikáciu stresových faktorov, ktoré môžu viesť k psychickému kolapsu, na formy a ciele krízovej intervencie, ako aj na úlohu zdravotníckeho a podporného tímu pri poskytovaní emocionálnej stability. Krízová intervencia je kľúčovým nástrojom v podpore príbuzných, pomáha zmierňovať následky psychickej záťaže a prispieva k dôstojnému prežívaní záverečnej fázy života ich blízkeho. Dôraz bude kladený na predchádzanie kríz prostredníctvom edukácie príbuzných, vytváranie akčných plánov pre predvídateľné komplikácie a potrebu interdisciplinárnej spolupráce lekára, sestry a psychológa. Cieľom prednášky je poskytnúť zdravotníkom nástroje na zvládanie akútnych stavov v teréne tak, aby bola zachovaná kontinuita paliatívnej starostlivosti a zároveň minimalizovaný psychický dopad na rodinu pacienta.

Paliatívna starostlivosť, mobilný hospic, rodinní príbuzní, krízová intervencia, multidisciplinárny tím.

Poznámky

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



