

Spolupráce hemato-onkologa s paliatrem: kazuistické sdělení

Collaboration between a hemato-oncologist and a palliative care specialist: a case report

MUDr. Prokop Vodička¹, MUDr. Kateřina Benešová, CSc.¹,
doc. MUDr. MgA. Kateřina Rusinová, Ph.D.², prof. MUD. Marek Trněný, CSc.¹

¹I. interní klinika – klinika hematologie 1. LF UK a VFN v Praze

²Klinika paliativní medicíny 1. LF UK a VFN v Praze

Souhrn

Přinášíme kazuistiku mladé pacientky s terapeuticky refrakterním difúzním velkobuněčným B-lymfomem s důrazem na spolupráci mezi hemato-onkology a lékaři paliativního týmu ve Všeobecné fakultní nemocnici (VFN) v Praze. Na konkrétním příkladu demonstrujeme roli hemato-onkologa, který s pacientem probírá terapeutický plán a možné komplikace léčby, a také mapuje rodinné zázemí konkrétního nemocného, a přínos paliativního týmu u pacientky ve složité sociální situaci a non-compliantní k terapii. Přínos paliativního týmu u pacientky ve složité sociální situaci a non-compliantní k terapii spočíval v efektivní intervenci, která nejen vytvořila důvěru mezi pacientkou, paliativním týmem a ošetřujícími hemato-onkology, ale sekundárně přispěla k celkově zlepšené komunikaci, vyšší adhezenci k léčbě, účinné sociální podpoře a péči, která byla v souladu s hodnotami a preferencemi pacientky.

Abstract

We present a case study of a young patient with therapeutically refractory diffuse large B-cell lymphoma, emphasizing the collaboration between hemato-oncology and palliative care physicians at the General University Hospital (VFN) in Prague. Using a specific example, we illustrate the role of the hemato-oncologist, who discusses the therapeutic plan and potential treatment complications with the patient, while also assessing the family background of the patient. Additionally, we highlight the contribution of the palliative care team in managing a patient in a complex social situation and non-compliance with therapy. The contribution of the palliative care team for the patient in a complex social situation and non-compliant with therapy was effective. This intervention not only built trust between the patient, the palliative team, and the hemato-oncologists but also secondarily contributed to overall improved communication, higher treatment adherence, effective social support, and care aligned with the values and preferences of the patient.

Korespondující autor:

MUDr. Prokop Vodička, I. interní klinika – klinika hematologie 1.LF UK a VFN v Praze, U nemocnice 2, 128 00 Praha 2, e-mail: prokop.vodicka@vfn.cz

Klíčová slova: difúzní velkobuněčný B-lymfom, non-compliance, mezioborová spolupráce, paliativní péče

Key words: diffuse large B-cell lymphoma, non-compliance, interdisciplinary collaboration, palliative care

Úvod

Incidence lymfomů v České republice má dlouhodobě mírně rostoucí trend s přibližně 1500 nově diagnostikovanými případy ročně. Větší část tvoří non-hodgkinské lymfomy (NHL), z nichž je na prvním místě difúzní velkobuněčný B-lymfom (DLBCL), zahrnující 40 % případů B-buněčných NHL [1].

Jedná se o léčitelné onemocnění s 60-70% pravděpodobností úzdravy v první linii léčby v režimu R-CHOP (rituximab, cyklofosamid, vinkristin, doxorubicin, prednison) a nově v režimu Pola-R-CHP (polatuzumab vedotin, rituximab, cyklofosamid, doxorubicin, prednison) [2,3,4]. Zbývajících 30–40 % nemocných na terapii dobře nezareaguje, anebo u nich dojde k relapsu lymfomu (relabující/refrakterní lymfom; R/R).

Ve druhé linii jsou pacienti léčeni tzv. „záchrannými“ (salvage) indukčními chemoimunoterapeutickými režimy, většinou na základě platinového chemoterapeutika (cisplatina nebo karboplatina) [5]. V rámci následné konsolidace je indikována vysokodávkovaná chemoterapie a autologní transplantace kostní dřeně (auto-SCT); asi u poloviny pacientů s R/R DLBCL není možné provést auto-SCT možné vzhledem k vyššímu věku, komorbiditám, či dalším faktorům. Z indikovaných pacientů téměř polovina ke konsolidaci nedospěje pro nedostatečnou odpověď na záchranný indukční režim, a část nemocných může mít relaps lymfomu i po auto-SCT. Nově je ve 2. linii pro primárně progredující či časně relabující, a tedy prognosticky nepříznivý DLBCL, schválena imunoterapie pomocí CAR (chimérický antigenní receptor) T-cell [6,7].

Mezi další recentní inovativní léčebné modality patří tzv. bispecifické protilátky. Tato terapie ovšem v čase léčby naší pacientky nebyla v ČR k dispozici mimo experimentální studie. Výběr chemoterapeutických režimů třetí a další léčebné linie se v klinické praxi značně liší, a pacienti mají vesměs špatnou prognózu.

Paliativní péče hraje důležitou roli při zvládnání významné symptomové zátěže u pacientů s lymfomy. Výrazná únava, jako trvalý a výrazně obtěžující symptom, může přetrvávat i u pacientů v kompletní remisi. Kromě toho se objevují další symptomy, včetně emocionálního a fyzického stresu a často se vyskytující toxicity léčby u agresivních forem onemocnění, spojené s významným využíváním péče, zejména v závěrečných fázích života, včetně hospitalizace na jednotce intenzivní péče. Konzultace paliativního týmu často probíhá až v pokročilých stádiích nemoci, a pacienti s lymfomy v menší míře využívají péči mobilního hospice či hospice [8].

Kazuistika pacientky, kterou uvádíme níže, popisuje průběh léčby R/R DLBCL v letech 2018–2019, spolupráci mezi hemato-onkology a lékaři paliativního týmu ve VFN a diskutuje úskalí a výzvy, které hemato-onkologická onemocnění přináší.

Kazuistika

U 29leté ženy, matky samoživitelky vychovávající dva nezletilé syny a žijící s partnerem, který nebyl otcem dětí a s péčí o ně pomáhal velmi omezeně, se v lednu 2018 objevily subakutní bolesti v epigastriu. Na rentgenovém snímku plic (provedeném pro pocit tíhy na hrudi a občasně bolesti v oblasti pravé lopatky) byl detekován rozsáhlý tumor mediastina.

Pacientka byla odeslána na I. interní kliniku 1. LF UK a VFN v Praze. Pro zvažovanou diagnózu lymfomu byla provedena bronchoskopie s transbronchiální biopsií, nález ale nebyl výtěžný a na stagingovém PET/CT vyšetření se pacientka třikrát nedostavila z důvodu péče o děti. Posléze CT-navigovaná biopsie mediastinálního tumoru prokázala DLBCL. Následná stagingová vyšetření prokázala nadbrániční lymfadenopatii, bulky tumor mediastina (13 cm po nejdelší ose), perikardiální výpotek, fluido-thorax a infiltraci kaudy pankreatu.

Výsledkem terapeutické rozvahy byla indikace 6 cyklů chemoimunoterapeutického režimu 1. linie R-CHOP od února 2018 s restagingovým PET/CT vyšetřením po 3 a 6 cyklech a následnou radioterapií mediastina. Jedná se o ambulantní léčebný režim podávaný jednou za tři týdny. Dva cykly léčby byly odloženy o několik dní, neboť se pacientka k aplikaci nedostavila. Sama si později byla vědoma, že tento přístup k léčbě ji staví do situace „nespolupracujícího“ pacienta, nicméně absolutní prioritou pro ni byla péče o její děti.

Od začátku léčby probíhala intenzivní komunikace mezi pacientkou a ošetřující hemato-onkoložkou formou vyslechnutí a motivačního rozhovoru ve snaze o podporu v tíživé zdravotní a sociální situaci. Nicméně koncem června 2018 pacientka nepřišla k vstupnímu plánování radioterapie na Onkologickou kliniku VFN, protože se nikdo nemohl starat o její děti a ze stejného důvodu se nemohla dostavit ani v náhradním termínu.

Podle restagingového PET/CT vyšetření po 6 cyklech R-CHOP koncem července 2018 bylo dosaženo kompletní remise onemocnění. Pacientku jsme telefonicky kontaktovali k domluvě o další péči včetně naplánování nového termínu radioterapie a ambulantní hematologické kontroly, avšak opakovaně telefon pokládala nebo nebyla dostupná.

Časová osa (Obr. 1) znázorňuje přehled kontaktů pacientky se zdravotnickým týmem, hospitalizaci, průběh onemocnění a terapie.

1. relaps onemocnění

Ke kontrole na hematologickou ambulanci pacientka přišla až po dvou měsících, v září 2018. Stěžovala si na pocity píchání na hrudi vpravo od sterny od začátku srpna, ale protože děti měly prázdniny a ona se o ně musela starat, neřešila své zdravotní problémy. Podle PET/CT vyšetření v listopadu 2018 byl nález uzavřen jako časný relaps DLBCL s postižením v původní lokalitě mediastina, nadbrániční lymfadenopatií a postižením prsu.

Pacientka byla indikována k záchrannému režimu čtyř cyklů R-ESHAP (rituximab, etoposid, methylprednisolon, cytarabin a cisplatin). Jedná se o čtyřdenní chemoterapeutický režim s nutností hospitalizace. Následně dle tolerance léčby, odpovědi na terapii a compliance pacientky jsme zvažovali konsolidaci vysokodávkovanou chemoterapií a auto-SCT, případně ještě následnou radioterapii.

V rámci hospitalizace proběhla před podáním léčby konzultace terapeutického plánu mezi lékaři lůžkového oddělení a pacientkou. Vzhledem k obtížné adaptaci na onemocnění a léčbu, s častým odkládáním kontrol a nedodržováním předchozího léčebného plánu, a při složité sociální situaci byl pozván paliativní tým VFN, který se v té době v nemocnici etabloval. Hemato-onkologové měli s paliativním týmem opakovaně dobrou zkušenost, indikace se však v počátcích této mezioborové spolupráce objevovala v pozdějších fázích onemocnění, často s ukončením specifické onkologické léčby. U této pacientky se jednalo o časnou indikaci podpory multidisciplinárním paliativním týmem.

První konzilium mapovalo standardně porozumění pacientky nemoci, léčbě i prognóze, osobu důvěry, hodnoty a preference a další potřeby (sociální, psychologické a spirituální). Pacientka si byla vědoma, že je vnímána jako obtížně spolupracující, ve svém adaptačním procesu oscilovala mezi nutností pokračovat v léčbě a možnostmi od léčby ustoupit s vědomím, že se jí zkrátí život. Velké obavy vyjádřila ohledně péče o děti, které byly aktuálně umístěny v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc „Klokánek“, a pro něž byla tato situace velmi složitá. Přínosem konzilia bylo lepší nastavení vzájemné komunikace, lepší porozumění rodinnému kontextu a zajištění podpory psycholožkou paliativního týmu. Naplánovalo se návazné setkání pacientky, ošetřujících hemato-onkologů a paliativního týmu.

Druhý cyklus léčby vycházel v prosinci 2018 přes Vánoce. Pacientka se však k hospitalizaci opět nedostavila, aby mohla být s dětmi doma. Také ke 3. cyklu léčby se pacientka dostavila s několikátýdenním zpožděním. Během této hospitalizace v únoru 2019 proběhlo další paliativní konzilium: pacientka uvedla, že lépe vychází s personálem, a také rodina chápe její situaci, má oporu ve svém příteli a v dalším kamarádovi, kteří ji jen neutešují, ale i konkrétně pomáhají. V tomto smyslu byl efekt spolupráce s paliativním týmem pozitivní. Nadále ovšem u pacientky přetrvával pocit, že se dětem v „Klokánku“ nedaří optimálně, ráda by pro ně byla dobrou matkou i během léčby. Hematologové opakovaně zdůrazňovali důležitost správného načasování cyklů chemoterapie, aby byl efekt terapie co největší.

2. *progrese onemocnění*

O měsíc později restagingové vyšetření PET/CT prokázalo další progresi onemocnění, proto jsme indikovali

paliativní třídní chemoterapii 3. linie R-GIFOX (gemcitabin, ifosfamid, oxaliplatin a rituximab).

Pacientka po 2 dnech léčby podepsala negativní reverz, proto bylo voláno statimové konzilium paliativního týmu. Největší subjektivní stížnosti pacientky se týkaly doprovodných symptomů základního onemocnění a léčby, zejména únava a nauzea, které ji znemožňují péči o děti (již byly z „Klokánku“ zpět v domácím prostředí). Také vzhledem k výsledkům PET/CT vyšetření vyjádřila pochybnosti nad účinností terapie, což bylo důvodem podepsání negativního reverzu.

Společně s pacientkou a paliatrem jsme probrali jednotlivé možnosti další paliativní a podpůrné léčby, včetně úpravy souběžné symptomatické medikace. Paliativní tým nabídl podporu rodiny a telefonické kontaktování partnera pacientky, psychologickou podporu pro děti, a kontakt na sociální pracovníci. Pacientce byla nabídnuta možnost účastnit se experimentální studie s inovativní terapií pomocí bispecifické protilátky [9].

Po dvou týdnech jsme pacientku akutně přijali na lůžkové oddělení pro dušnost při progredujícím flui-dothoraxu. Za hospitalizace byl konzultován paliativní tým ke zmapování zázemí, vhodnosti a připravenosti pacientky se zúčastnit plánované studie. Pacientka účast ve studii nadále zvažovala, nicméně její zázemí toho času nebylo příliš podporující, na svého partnera se nemohla plně spolehnout, a její okolí očekávalo, že se po dimisi bude schopna plně starat o domácnost. Pokud by se stav dále horšil a onemocnění progredovalo navzdory léčbě, bylo by pro pacientku prioritou setrvat v domácím prostředí s podporou domácí péče nebo mobilní hospicové péče.

3. *progrese chemorezistentního onemocnění a úmrtí*

V dalším průběhu pacientka podepsala souhlas se vstupem do studie s bispecifickou protilátkou. Před zahájením terapie se ale výrazně zhoršila dušnost s bolestí na hrudi při další progresi flui-dothoraxu s přetlakem mediastina. Byla provedena hrudní drenáž, následně pro pneumonii v tomto terénu podána antibiotická terapie, restagingové vyšetření prokázalo další fulminantní progresi onemocnění a pacientčin celkový stav již neumožňoval její zařazení do lékové studie.

Ošetřující hemato-onkologové ve spolupráci s paliativním týmem zajistili domácí hospicovou péči a kontaktovali odbor sociálně-právní ochrany dětí. Po 10 dnech v domácím prostředí s postupně progredujícími dechovými obtížemi a celkovým zhoršováním stavu pacientka zemřela začátkem května 2019 ve věku 30 let.

Diskuse

Léčba DLBCL doznala za posledních 50 let značného vývoje, v poslední dekádě se objevují inovativní léčebné přístupy, které výrazně rozšířily terapeutické spektrum pro pacienty s R/R DLBCL, a tím zlepšily jejich přežití, např. léčba pomocí CAR T-cell nebo bispecifické

protilátky. Z původně smrtelné nemoci se tak stalo onemocnění vyléčitelné u většiny pacientů, ale i tak existuje skupina nemocných s DLBCL, kteří opakovaně relabují, a jejichž choroba je rezistentní k léčbě, tak jako tomu bylo v případě naší pacientky. V letech 2018-2019 navíc byla výše uvedená inovativní léčba pouze experimentální, a pacientce mohla být nabídnuta jen v rámci klinické studie při splnění vstupních kritérií.

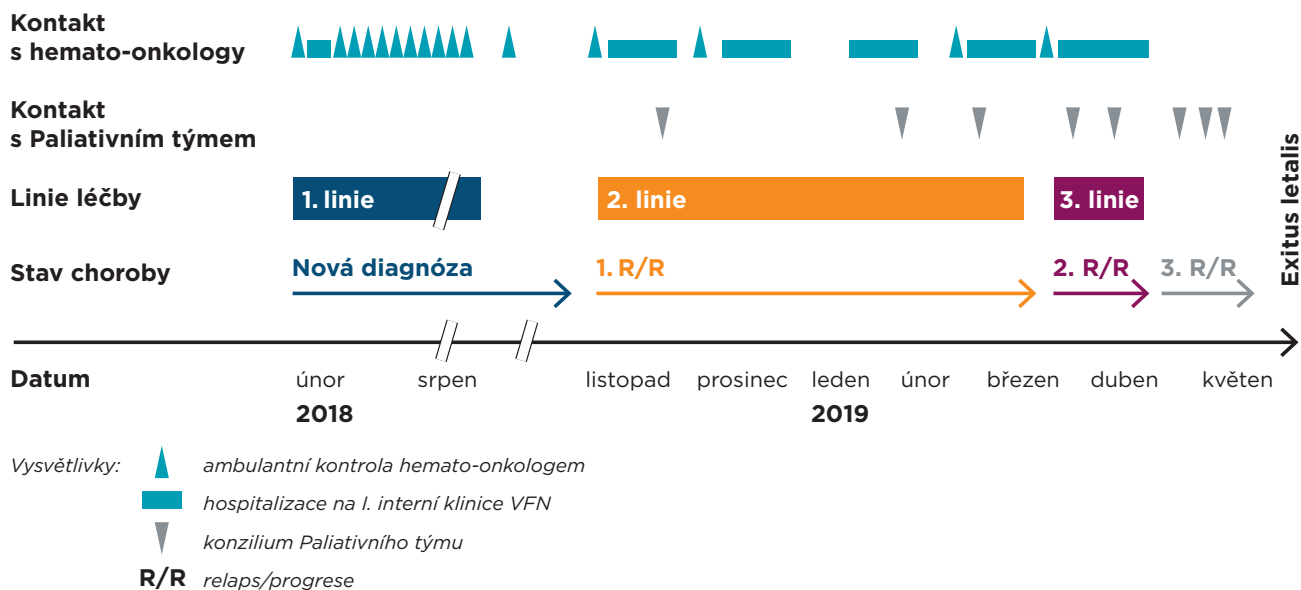
Spolupráce mezi hemato-onkology a paliativním týmem ve VFN se neustále vyvíjí. Na začátku bylo cílem spolupráce poskytování podpůrné péče pacientům v terminální fázi onemocnění, kteří si potřebovali srovnat hodnoty a priority, ujasnit si, co by si do konce života přáli nebo potřebovali zvládnout. Postupně se spolupráce začala rozšiřovat do stále časnějších fází nemoci a v současné době již můžeme pro intervenci identifikovat pacienty, kteří by péči paliativního týmu potřebovali nebo by z ní profitovali při stanovení diagnózy onemocnění, přestože se většinou jedná o onemocnění léčitelné.

Hemato-onkologičtí pacienti s agresivními lymfomy nebo akutními leukémiemi vyžadují rychlou iniciální terapeutickou i podpůrnou intervenci [10,11]. Klíčem ke komunikaci s pacientem je ošetřující hemato-onkolog, který s pacientem probírá terapeutický plán a možné komplikace léčby, a také mapuje sociální a rodinné zázemí konkrétního nemocného. Při identifikaci komplexních tělesných příznaků a psycho-sociálních či spirituálních potřeb indikuje konzilium podpůrné a paliativní péče. Často se jedná o indikaci u pacientů ve složité sociální situaci, non-compliantní k terapii, u osobnostně akcentovaných osob.

Nemocní s hematologickými malignitami mají z povahy průběhu choroby s opakovanými relapsy více „křížovatek“ vyžadujících re-intervenci podpůrného týmu. Můžeme jen spekulovat, jestli by případ naší pacientky dopadl jinak, pokud by byla v péči paliativního týmu od úplného začátku onemocnění. Mohli bychom tímto způsobem lépe pochopit její náhled na léčebný proces, identifikovat příčiny non-compliance, a tím zlepšit komunikaci mezi zdravotnickým týmem, pacientkou, a jejími blízkými. To jistě vede k lepší spolupráci během léčby a potenciálně i snížení komplikací, jejich včasné řešení, a především zlepšení kvality života nemocného.

Na druhou stranu, 1. linie terapie probíhala u pacientky ambulantně bez větších komplikací, a i vzhledem k povaze nemocné nebyla jednoznačná indikace k intervenci paliativního týmu. Výsledek léčby je tak zapotřebí posuzovat nejen z pohledu účinnosti terapie, ale i z pohledu spokojenosti pacienta (kvality života), která může mít u některých pacientů stejný nebo i větší význam než prodloužení délky života [12].

Správné načasování podpůrné a paliativní péče závisí na řadě okolností na straně pacienta (osobnost, přístup k životu, sociální a rodinné zázemí) i na straně choroby (typ a rozsah postižení, konkrétní fáze léčby, očekávaná prognóza) [13]. Na základě těchto faktorů se snaží ošetřující hemato-onkologové identifikovat nemocné, kteří jsou v konkrétní životní situaci, kdy by pro ně péče paliativního týmu mohla přinést prospěch. V případě naší pacientky sehrál důležitou roli nejen nepříznivý typ onemocnění s časným relapsem, ale také nepříliš dobré sociální zázemí matky samoživitelky s nutností starat se o nezletilé děti. Péče o děti byla pro



Obrázek 1. Časová osa znázorňující přehled kontaktů pacientky se zdravotnickým týmem, hospitalizaci, průběh onemocnění a terapie.

ni absolutní prioritou, na svůj zdravotní stav a nutnost terapie kladla menší důraz. To však vedlo k non-compliance k diagnostickému procesu a léčebnému procesu.

Naše kazuistika je příkladem toho, jak mezioborová spolupráce (zde hemato-onkologa s paliatrem) pomáhá více zaměřit pohled na priority nemocných a jejich rozhodování v přístupu k léčbě. Rozhodnutí pacienta může v určitou chvíli snižovat šanci na jeho přežití a z pohledu lékaře tak může být vnímáno, jako že „není správné“; nicméně z etického i z právního pohledu má vždy přednost volba pacienta [14]. Pro naši pacientku byla konzistentně jasnou prioritou péče o děti. A dětem následně přizpůsobovala celý léčebný proces. Respekt k autonomii pacientů a k jejich volbě (za předpokladu dobrého porozumění a kompetence k rozhodování) má vždy přednost, a to i před nejlepší léčebnou modalitou dle evidence-based medicine. Pro hemato-onkology je v tomto směru velmi důležitá spolupráce s paliatry, kteří precizně hodnotové otázky explorují a dokumentují [15-17]. Léčba poté lépe odpovídá konceptu přiměřenosti [18], propojuje na jedné straně strategii léčby danou molekulární charakteristikou daného lymfomu a na druhé straně hodnoty a preference pacientů.

Závěr

Systematické rozvíjení znalostí o principech podpůrné a paliativní péče mezi lékaři, ale také již v pregraduální výuce mediků včetně implementace znalostí o odběru hodnotové anamnézy, je důležité pro další mezioborovou spolupráci a pomoc pacientům v tíživé situaci diagnózy maligního onemocnění. Klíčem ke správnému načasování intervence zůstává komunikace mezi nemocným a ošetřujícím hemato-onkologem, který u daného pacienta rozezná potřebu podpůrné péče.

Při časně podpůrné a paliativní péči u pacienta se spolupráce posouvá z jednorázové intervence na konci života nemocného k průběžné spolupráci, která probíhá paralelně s kauzální hemato-onkologickou léčbou. Tato dlouhodobá intervence a vzniklá důvěra mezi naší pacientkou, paliativním týmem a ošetřujícími hemato-onkology sekundárně vedla k lepší komunikaci a adherenci k léčbě. Kontinuita péče je v současné době podpořena i nově vzniklými ambulantními prostory Kliniky paliativní medicíny v ambulantním traktu VFN v blízkosti hemato-onkologických ambulancí. To dále usnadňuje spolupráci v rámci nehospitalizační péče.

I přes velký pokrok v mezioborové spolupráci mezi hemato-onkology a paliatry zůstává hlavním úskalím správné načasování paliativní péče. Osvojení si základního (obecného) paliativního přístupu v každodenní hematologické praxi může přispět k lepšímu porozumění a užší spolupráci s paliatry.

Poděkování:

Tento projekt byl podpořen grantem MZ ČR-RVO-VFN64165 v rámci institucionální podpory.

Konflikt zájmů:

Autoři deklarují, že v souvislosti s textem nemají žádný relevantní konflikt zájmů.

Reference:

1. Alaggio R, Amador C, Anagnostopoulos I, et al. The 5th edition of the World Health Organization Classification of Haematolymphoid Tumours: Lymphoid Neoplasms. *Leukemia*. 2022;36:1720-1748.
2. Tilly H, Morschhauser F, Sehn LH, et al. Polatuzumab Vedotin in Previously Untreated Diffuse Large B-Cell Lymphoma. *N Engl J Med*. 2022;386:351-363.
3. Coiffier B, Thieblemont C, Van Den Neste E, et al. Long-term outcome of patients in the LNH-98.5 trial, the first randomized study comparing rituximab-CHOP to standard CHOP chemotherapy in DLBCL patients: a study by the Groupe d'Etudes des Lymphomes de l'Adulte. *Blood*. 2010;116:2040-2045.
4. Vodička P., Trněný M. (R)evoluce v léčebných schématech difuzního velkobuněčného B lymfomu?. *Acta Medicinæ*, 2022, vol. 11, s. 84-87. ISSN 1805-398X.
5. Vodicka P, Klener P, Trneny M. Diffuse Large B-Cell Lymphoma (DLBCL): Early Patient Management and Emerging Treatment Options. *Onco Targets Ther*. 2022;15:1481-1501.
6. Locke FL, Miklos DB, Jacobson CA, et al. Axicabtagene Ciloleucel as Second-Line Therapy for Large B-Cell Lymphoma. *N Engl J Med*. 2022;386:640-654.
7. Bishop MR, Dickinson M, Purtill D, et al. Second-Line Tisagenlecleucel or Standard Care in Aggressive B-Cell Lymphoma. *N Engl J Med*. 2022;386:629-639.
8. Robbins-Welty GA, Webb JA, Shalev D, et al. Advancing Palliative Care Integration in Hematology: Building Upon Existing Evidence. *Curr Treat Options Oncol*. 2023 May;24(5):542-564.
9. Hutchings M, Morschhauser F, Iacoboni G, et al. Glofitamab, a Novel, Bivalent CD20-Targeting T-Cell-Engaging Bispecific Antibody, Induces Durable Complete Remissions in Relapsed or Refractory B-Cell Lymphoma: A Phase I Trial. *J Clin Oncol*. 2021;39:1959-1970.
10. El-Jawahri A, Nelson AM, Gray TF, Lee SJ, LeBlanc TW. Palliative and End-of-Life Care for Patients With Hematologic Malignancies. *J Clin Oncol*. 2020;38:944-953.
11. Desai AV, Klimek VM, Chow K, et al. 1-2-3 Project: A Quality Improvement Initiative to Normalize and Systematize Palliative Care for All Patients With Cancer in the Outpatient Clinic Setting. *J Oncol Pract*. 2018;14:e775-e785.
12. Gatta B, LeBlanc TW. Palliative care in hematologic malignancies: a multidisciplinary approach. *Expert Rev Hematol*. 2020;13:223-231.
13. Franjul Sánchez A, Fuentes Armesto AM, Briones Chávez C, Ruiz M. Revisiting Early Palliative Care for Patients With Hematologic Malignancies and Bone Marrow Transplant: Why the Delay? *Cureus*. 2020;12:e10504.
14. Rusinová K. Smrt nesmí být tabu a s pacienty se musí mluvit: Rozhovor s JUDr. Jaromírem Jirsou,

soudcem Ústavního soudu. *Paliativní medicína*. 2023;4(3):1-9.

15. Hrdličková L, Kouba M. Zápis konzilia nemocničního paliativního týmu: Jak průběh paliativního konzilia zaznamenat? Komu je zápis konzilia určen? A existují rozdíly mezi dospělou a dětskou paliativní péčí v kontextu zdravotnické dokumentace? *Paliativní medicína* 2021;2(2):1-8. Viděno prosinec 6, 2023.

16. Curtis JR, Lee RY, Brumback LC, et al. Intervention to Promote Communication About

Goals of Care for Hospitalized Patients With Serious Illness: A Randomized Clinical Trial.

AMA 2023;329(23):2028-2037.

17. Rusinová K, Sládková T, Vrablík M et al. Zdůvodnění a přínos hodnotové anamnézy v klinické praxi: postoj pedagogů vnitřního lékařství. *Vnitř Lék.* 2023;69(8) [in print].

18. Michalsen A, Sadovnikoff N, Kesecioglu J. Ethics in Intensive Care Medicine, 2023, ISBN: 978-3-031-29389-4. Chapter: Limiting life sustaining therapies, p. 113, table 11.1