

doporučený postup

Mezioborová klinická doporučení pro diagnostiku a léčbu Alzheimerovy nemoci: Bílá kniha paliativní péče v aktuálním kontextu

Interprofessional recommendations for Alzheimer's disease diagnostics and therapy: Palliative care in contemporary context

Hana Vaňková*¹, Dana Hrnčiariková**², Irena Závadová**³, Vanda Franková***⁴

Právní komentář: Barbora Steinlauf**⁵

*Česká gerontologická a geriatrická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně

**Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně

***Psychiatrická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně

¹Interní klinika 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

²Fakultní nemocnice Hradec Králové, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova

³Oddělení dlouhodobé lůžkové péče Nemocnice Mělník,

⁴Psychiatrická nemocnice v Dobřanech

⁵International Research Lab for Bioethics, Oddělení aplikované filosofie a etiky, Filosofický ústav Akademie věd ČR, Advokátní kancelář JUDr. Barbora Steinlauf, MA, Ph.D.

Korespondenční adresa:

MUDr. Hana Vaňková, Ph.D.
Interní klinika 3. lékařské fakulty
Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice
Královské Vinohrady Praha
e-mail: hana.vankova@lf3.cuni.cz

Článek i překlad vznikly s podporou projektu „Doporučené postupy pro diagnostiku a léčbu Alzheimerovy nemoci a jiných kognitivních poruch“ podpořeného z Fondů EHP/Norska 2014–2021 a s podporou programu Cooperatio 34 – Internal Disciplines Univerzity Karlovy a s podporou Lumina quaeruntur, LQ300092001.

SOUHRN

Vaňková H, Hrnčiariková D, Závadová I, Franková V. Mezioborová klinická doporučení pro diagnostiku a léčbu Alzheimerovy nemoci: Bílá kniha paliativní péče v aktuálním kontextu

Článek je zaměřený na celostní péči o lidi žijící s Alzheimerovou nemocí a obdobnými onemocněními. Akcentuje aktivní medicínskou péči o funkční stav i nutnost diferenciální diagnostiky etiologie syndromu demence. Obohacením je právní pohled a reflexe přínosu dokumentu Evropské asociace pro paliativní péči pro sdílené rozhodování. Jedná se o téma procházející velkým rozvojem z pohledu klinické medicíny i mezioborové spolupráce.

SUMMARY

Vaňková H, Hrnčiariková D, Závadová I, Franková V. Interprofessional recommendations for Alzheimer's disease diagnostics and therapy: Palliative care in contemporary context

The article is focused on person-centred care for people living with Alzheimer's disease and similar illnesses. Active medical support of functional status using comprehensive geriatric assessment is emphasised as well as the need for appropriate differential diagnosis of the etiology of dementia syndrome. It is enriched by a legal perspective and a reflection on the contribution of the European Association for Palliative Care document to shared decision-making. This

Současně předkládáme čtenářům překlad metody a výsledků Delphi konsenzu nazvaného Bílá kniha definující optimální paliativní péči u lidí s demencí. Publikována byla Evropskou asociací paliativní péče v roce 2014, ucelený český překlad dosud chyběl. Doplňujeme tento dluh a současně k němu přidáváme aktuální kontext v původním článku.

topic is undergoing major development from the perspective of clinical medicine and interdisciplinary collaboration.

At the same time, readers are provided with a translation of methods and results of the Delphi consensus entitled „White Paper defining optimal palliative care for older people with dementia”. Published by the European Association of Palliative Care in 2014, a comprehensive Czech translation has been missing. Now it is available to readers together with an original article which reflects context of the topic in the Czech Republic.

ÚVOD

V současné době jsou dokončována mezioborová klinická doporučení pro diagnostiku a léčbu Alzheimerovy nemoci (AN) a obdobných onemocnění, a to ve spolupráci zástupců výborů čtyř odborných společností, tj. společnosti geriatrické, neurologické, psychiatrické a všeobecného praktického lékařství ČLS JEP (v abecedním pořadí). Spolupráce přímo navazuje na dokument Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030 (NAPAN).

V kontextu vznikajících doporučení jsou reflektována i témata paliativní péče, resp. celostní péče. V mezioborové akademické komunikaci tohoto tématu hraje podstatnou roli Delphi konsenzus nazvaný Bílá kniha definující optimální paliativní péči u lidí s demencí (dále Bílá kniha), který má od své publikace již více než tisíc citací ve světové literatuře. (pozn. *Delphi konsenzus – kvalitativní metodologie tvorby odborného konsenzu, detailně popsána dále v překladu*). Publikován byl Evropskou asociací paliativní péče v roce 2014. Čtenářům předkládáme překlad metody a výsledků Delphi konsenzu, který doplňujeme aktuálním kontextem v průvodním článku.

Pozornost článku je zaměřena na celostní péči, včetně aktivní péče o funkční stav lidí žijících s AN a nutnosti diferenciální diagnostiky etiologie syndromu demence. Je inspirován klíčovým akcentem Bílé knihy: staví člověka žijícího s AN – jeho přání a potřeby – do centra péče. Zdůrazňuje celostní péči zaměřenou na osobu anglickým termínem

„person-centred care“. Tento přístup je reflektován i v právním pohledu. Článek i překlad jsou střípkem do mozaiky reflexe složitějšího tématu a jeho vývoje.

SYNDROM DEMENCE VS. LEGE ARTIS DIAGNOSTIKOVANÁ ALZHEIMEROVA NEMOC

Na prvním místě je potřebný komentář k názvu Bílá kniha definující optimální paliativní péči u lidí s demencí.

Slovo demence je v této souvislosti nepřesné. Demence je syndrom, soubor symptomů. Není to nemoc. Syndrom demence může mít různou etiologii, včetně etiologie sekundární. Takzvané sekundární demence mohou být vyléčitelné – a tedy neodpovídají pojetí „život zkracujícího onemocnění“ tak, jak je uváděno v Bílé knize. Použití zkratkovitého pojmu „demence“ v tomto dokumentu je z pohledu klinické medicíny zavádějící a je třeba se mu v této souvislosti důsledně vyhnout.

Přesnější je použít pojem AN a obdobná neurodegenerativní onemocnění. Rozdíl v těchto dvou pojmech je zásadní. Podtrhuje nutnost diferenciální diagnostiky etiologie kognitivní poruchy, respektive etiologie syndromu demence. V prostředí České republiky nyní vznikají v rámci implementace NAPAN mezioborová klinická doporučení, která se diferenciální diagnostice onemocnění způsobujících syndrom demence detailně věnují (viz rámeček o NAPAN a projektu).

Bílá kniha používá pojem demence jako zkratku místo delšího a těžkopádnějšího sousloví „Alzheimerova nemoc a jiná progresivní neurodegenerativní onemocnění ve stadiu syndromu demence“. S vědomím tohoto je třeba celý text vnímat. V novějších článcích výzkumné komunity a první autorky Bílé knihy již je zásadní rozdíl mezi pojmem syndrom demence a pojmem Alzheimerova nemoc (neurodegenerativní onemocnění definované etiologie) respektován, např. v této mezinárodní analýze věnované podpoře rodinných pečujících.⁽²⁾

Teprve po stanovení předpokládané etiologie – diagnózy – je možné se alespoň rámcově vyjádřit k prognóze nemoci a očekávané době dožití. Znalost etiologie (a rámcové prognózy) je nutným předpokladem nejen pro terapii, ale také pro poskytnutí kvalifikované opory nemocnému při jeho rozvažování o dříve vysloveném přání.

CELOSTNÍ PÉČE: ZAMĚŘENÍ NA FUNKČNÍ STAV A KOMORBIDITY

Klíčovým přínosem Bílé knihy je postavení člověka žijícího s AN, jeho přání a potřeb, do centra péče.

Diagram (obrázek 1 v Bílé knize) upozorňuje na tři hlavní cíle péče: prodloužení života, podporu funkčního stavu a komfort. Jejich prioritizace se vyvíjí v čase spolu s tím, jak progreduje základní onemocnění AN. Většinou medicínská (či zdravotně-sociální) intervence

podporuje všechny tři cíle najednou, paralelně. Jen v případě, kdy intervence či její nezvolení jednomu cíli prospívá a druhý umenšuje, je třeba volit podle toho, který z cílů má prioritu.

Funkční stav a jeho podpora jsou podstatným cílem péče po většinu trajektorie života s AN pro mnoho nemocných. Na diagramu představuje tento cíl péče dlouhé období. Pro většinu nemocných je velmi významný od okamžiku stanovení diagnózy, ve fázi počínající demence je akcentován společně s život prodlužující terapií (komorbidit), dominuje v dlouhém období středně pokročilé demence a teprve během závěrečné fáze života s velmi pokročilým, těžkým syndromem demence ustupuje a do popředí se dostává péče o komfort.

Jaké jsou možnosti medicínské péče přispět k udržení funkčního stavu? Existuje intervence, která se přímo na funkční stav zaměřuje. Funkční geriatrické hodnocení (complex geriatric assessment, CGA) je nástrojem k profesionálnímu mapování funkčního stavu, plánování a uskutečňování intervence a monitorace efektu. CGA zohledňuje a intervencuje geriatrické syndromy, přispívá ke snížení rizika negativních událostí, včetně progresu disability a ztráty schopnosti žít ve vlastním prostředí. Podle aktuálních německých doporučených postupů Leitlinie Demenzen 2023: Přínos funkčního geriatrického vyšetření je prokázán, zátěž ani rizika nezpůsobuje, lze předpokládat že většina pacientů si CGA přeje. Doporučené postupy Leitlinie Demenzen 2023 shrnují: Je doporučeno zajistit funkční geriatrické hodnocení u osob s demencí v pravidelných intervalech ⊕⊕⊖⊖ (silný konsenzus 100 %).

Druhou významnou možností, jak ovlivnit funkční stav nemocného s AN, je terapie komorbidit. Ta souvisí i s dalším cílem vyjmenovaným v Bílé knize, tj. cílem „prodloužení přežití“. Upozornění na význam terapie zaměřené na prodloužení života může být v kontextu AN matoucí či překvapivé. V době publikace Bílé knihy ani nyní není v Evropě ani v ČR k dispozici terapie, která by dokázala AN definitivně vyléčit. Aktuálně dostupné terapie oddalují progresi symptomů a zlepšují kvalitu života. Upozornit na terapie

zaměřené na prodloužení života má však zásadní význam vzhledem k souběhu AN s komorbiditami, v rozvaze o terapii komorbidit. Vzhledem k tomu, že od prvních symptomů AN může být očekávaná doba dožití i více než patnáct let, upozorňuje Bílá kniha na význam terapie cílené na prodloužení života – tj. zejména terapie komorbidit s potenciálem zkrátit život či snížit jeho kvalitu v kratším horizontu než AN. Pro vyváženost dodejme, že některá neurodegenerativní onemocnění mohou mít progresi rychlejší než AN.

Kvalitní terapie komorbidit je jedním z klíčových faktorů přispívajících k udržení dobrého funkčního stavu. Zde tedy Bílá kniha jednoznačně odmítá terapeutický nihilismus.

CELOSTNÍ PÉČE: PÉČE O KOMFORT, OBEČNÁ PALIATIVNÍ PÉČE

Alzheimerova nemoc a jiná progresivní neurodegenerativní onemocnění jsou chorobami s dlouhou trajektorií. Od prvních klinických příznaků nemoci do progresu v terminální stadium může uběhnout i více než 15 let. Prognóza onemocnění je obtížně predikovatelná, problematičtější je i rozpoznání terminální fáze nemoci. Diagnostiku a terapii nemocných provádí lékaři specializovaní na léčbu demence (geriatr, neurolog a psychiatr) ve spolupráci s praktickými lékaři. Základem péče je na pacienta a jeho rodinu orientovaný celostní přístup (person-centred care, resp. family-centred care). Tento přístup je podle Bílé knihy zaměřen nejen na terapii s cílem prodloužení života v kontextu dlouhé life expectancy (očekávané doby dožití) a podporu udržení uspokojivého funkčního stavu, ale současně také na péči o komfort nemocného, tj. léčbu obtěžujících symptomů a řešení eticko-právních otázek. Přístup family-centred care je podporován i v rámci obecné paliativní péče, která je definována jako dobrá klinická praxe v situaci pokročilého onemocnění a je poskytována všemi profesionály v rámci jejich jednotlivých odborností. Tuto péči by měl poskytovat nemocnému a jeho rodině jako nutnou

součást své práce nejen jeho ošetřující lékař (geriatr, neurolog, psychiatr), ale také praktický lékař a všichni ostatní pečující profesionálové. Podle britských doporučených postupů Palliative Care Guidelines in Dementia 2nd Edition 2020 je specializovaná paliativní péče o pacienty s AN spojená zejména s obdobím stanovení diagnózy onemocnění (komunikace dříve vysloveného přání) a terminální fází onemocnění zahrnující posledních 6–12 měsíců života.

Jedním z podstatných úkolů péče o komfort je rozpoznání bolesti a/nebo diskomfortu u lidí, kteří kvůli kognitivní limitaci anebo afázii nemohou své obtíže verbálně komunikovat. Pomocí mohou být klinikům škály sloužící k rozpoznání nonverbálních signálů diskomfortu, těchto škál je k dispozici celá řada.⁽⁸⁾ Německé doporučené postupy Leitlinie Demenzen 2023 výslovně upozorňují na nutnost pravidelného aktivního screeningu bolesti u osob s demencí, upozorňují na přínos škál a také zdůrazňují potřebnou komunikaci s rodinnými pečujícími v této oblasti.

Paliativní medicína hraje v péči o pacienty s AN a obdobnými neurodegenerativními onemocněními významnou úlohu, nikoli ve smyslu převzetí péče o tyto nemocné paliatrem, ale ve vysoce kvalifikované podpoře ošetřujícím lékařům zajistit celostní péči ve formě biopsychosociálně-spirituálního komfortu těchto pacientů a jejich rodin. Zásadní kompetencí a přínosem paliativní medicíny u pacientů s AN a obdobnými neurodegenerativními onemocněními je vzdělávání ošetřujících odborníků v komunikaci, etickém i právním kontextu péče o pacienty s těmito onemocněními a jejich blízké, v případě obtížně zvládnutelných problémů (zdravotních i jiných) poskytování specializované paliativní péče ve spolupráci s ošetřujícími lékaři.

KOMUNIKACE DŘÍVE VYSLOVENÉHO PŘÁNÍ – ÚVOD Z KLINICKÉ PRAXE

Většina pacientů s demencí v ČR je i přes pokročilý kognitivní deficit, který jim znemožňuje hájit své zájmy a vědomě

rozhodovat o řadě situací, formálně svéprávná. Zatím spíše výjimečně je s pacientem s demencí/jeho blízkými řešen koncept dříve vysloveného přání. Obojí pak komplikuje nastavování a řešení péče v pokročilejších stádiích demence. Úkolem odborníků i společnosti je zahrnout sociálně-právní témata jako samozřejmost do péče o pacienty s neurodegenerativním onemocněním a jejich blízké.

PRÁVNÍ POHLED: SDÍLENÉ A ZÁSTUPNÉ ROZHODOVÁNÍ, DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ

Bílá kniha definující optimální paliativní péči u lidí s demencí pojmenovává vedle medicínských témat také důležitá eticko-právní témata související s péčí o pacienty v závěru života.

Na pozadí celé problematiky je chápání Alzheimerovy nemoci nebo jiného neurodegenerativního onemocnění jako život limitujícího onemocnění bez dostupnosti kurativní léčby a přesvědčení, že pacienti s tímto onemocněním a jejich rodiny mohou profitovat z poskytování paliativní péče.

Toto základní zarámování se pak propisuje do jednotlivých částí textu Bílé knihy, které zmiňují navazující eticko-právní koncepty poskytování péče v závěru života, včetně cíle péče, plánování péče, sdíleného a zástupného rozhodování a dříve vyslovených přání. Text tak nenahlíží na pacienta s neurodegenerativním onemocněním jako na pacienta, kterému se poskytuje medicínská péče (bez ohledu na jeho vůli, podrobněji viz dále), ale jako na pacienta s život limitujícím onemocněním, který vyžaduje komplexní péči, je součástí sdíleného rozhodování o péči, péče reflektuje jeho přání, hodnoty a preference a při progresi onemocnění jsou jeho zájmy hájeny jeho zástupcem pro rozhodování o zdravotní péči.

Tento pohled se odklání od dříve běžné představy, že pacientovi s neurodegenerativním onemocněním se poskytuje medicínská péče včetně té v režimu „psychiatrické péče“, která má ze zákona určité výsadní postavení v tom smyslu, že se v jednoznačně vymezených situacích

poskytuje bez souhlasu pacienta, bez skutečného zahrnutí pacienta do rozhodování, bez rozvahy nad tím, jakou péči by pacient volil, jaká péče by mu dávala smysl, a považoval by ji pro sebe za přiměřenou. V tomto ohledu Bílá kniha velmi příhodně reflektuje dnes již nepochybnitelné právní postavení pacienta v kontextu poskytování zdravotních služeb a jeho lidsko-právní ochranu, kterou recentně zdůrazňuje také Ústavní soud ve významném nálezu sp. zn. I. ÚS 1594/22 k tématu rozhodování o resuscitaci pacienta (pokynech DNR = „do not resuscitate“).

V souvislosti s konceptem cíle a přiměřenosti péče Bílá kniha hovoří o potřebě stavět péči o tyto pacienty na společném vymezení cíle a na něho navazující volbě alternativ léčby, resp. péče tak, aby vždy odpovídala tomuto cíli. Konkrétně pojmenovává tři možné cíle péče – prodloužení života, udržování schopnosti

fungovat a komfort. S tímto rozlišením se opouští dichotomie „chorobu modifikující přístup“ vs. „přístup zaměřený na management příznaků“. Dále pak Bílá kniha uvádí, že nejdůležitější oblastí, která stojí v základu všech ostatních klíčových charakteristik kvalitní péče na konci života, je komunikace a rozhodování o péči.

V této části Bílá kniha opětovně pojmenovává myšlenku správného nastavení rozhodování o péči poskytované pacientovi s neurodegenerativním onemocněním, kdy dobře vedená komunikace o cíli péče a cíli přiměřené péči může předcházet situacím poskytování „agresivní léčby“, z níž pacient nemusí profitovat a o kterou nemusí stát. V konkrétní podobě péče se zde opět zrcadlí požadavek na reflektování přání, hodnot a preferencí pacienta tak, aby péče, která se bude poskytovat, odpovídala tomu, co pacient považuje za smysluplné.

NAPAN: Národní plán pro Alzheimerovu nemoc

Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění pro roky 2020–2030 (dále jen NAPAN) byl schválen vládou České republiky v roce 2021, s cílem aktivně podporovat osvětu a prevenci, zvyšovat dostupnost včasné diagnostiky a následné zdravotní i sociální podpory pro lidi žijící s demencí a jejich pečující. Česká republika se tak připojuje k výzvě Světové zdravotnické organizace, která v roce 2012 vyhlásila demenci prioritou veřejného zdraví.⁽¹⁾

V rámci implementace NAPAN probíhá od roku 2022 projekt s názvem Doporučené postupy pro diagnostiku a léčbu Alzheimerovy nemoci a jiných kognitivních poruch podpořený z Fondů EHP/Norska 2014–2021. Projekt přímo navazuje na strategický dokument NAPAN (Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030). Klade si za cíl vytvořit mezioborový konsenzus v oblasti diagnostiky a léčby Alzheimerovy nemoci a jiných kognitivních poruch a přispět k efektivitě systému péče i návaznosti jednotlivých služeb pro tuto cílovou skupinu. Projekt je realizován Českou lékařskou společností J. E. Purkyně, konkrétně týmem zástupců čtyř zainteresovaných odborných společností (v abecedním pořadí Česká geriatrická a gerontologická společnost ČLS JEP, Česká neurologická společnost ČLS JEP, Česká psychiatrická společnost ČLS JEP a Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP) a odborníky z dalších oborů, včetně České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP, klinické farmacie a neuropsychologie. Garanty projektu jsou prof. MUDr. Robert Rusína, Ph.D., a MUDr. Hana Vaňková, Ph.D. Snahou je vytvořit jednotná klinická doporučení pro pacienty s Alzheimerovou nemocí a obdobnými nemocemi tak, aby pacient vždy dostal dobrou komplexní péči, nezávisle na tom, ke kterému odbornému lékaři v úvodu přijde a v jakém regionu. Součástí tohoto plánu je mimo jiné i definovat systém péče, vymežit roli a nastavit spolupráci jednotlivých specializací a vytvoření sítě péče zajišťující dostupnost všech výše uvedených odborností.

Projekt je přírůstek právě spolupráci mnoha odborností. Mezioborový konsenzus je příslibem zkvalitnění péče o pacienty s Alzheimerovou nemocí.

Bílá kniha zmiňuje rovněž koncept zástupného rozhodování a dříve vysloveného přání, které se právě u pacientů s neurodegenerativním onemocněním jeví jako příhodný právní nástroj pro ochranu autonomie pacienta a respektování jeho přání, hodnot a preferencí (Steinlauf B, 2022). V tomto ohledu Bílá kniha staví opoře obsažené v zákoně o zdravotních službách, který podrobněji specifikuje, pravidla pro určení osoby pro zástupné rozhodování a kritérií, podle nichž má zástupce za pacienta rozhodovat, a dále jaké formální a obsahové náležitosti musí splnit dříve vyslovené přání, kdy ho využít lze a kdy naopak nelze.

ZÁVĚR

Komentář i Bílá kniha se soustředí na celostní péči o nemocného s AN a jeho rodinu.

Na počátku plánování péče je nutná diferenciální diagnostika etiologie kognitivního deficitu a intervence cílená podle etiologie. Na základě diagnózy a rámcové prognózy se otevírá možnost podpořit nemocného ve vyjádření jeho přání, aby mohla být zohledněna i později v průběhu nemoci způsobující progresivní kognitivní deficit. Vzhledem k tomu, že od prvních symptomů AN může být očekávaná doba dožití i více než patnáct let, upozorňuje Bílá kniha na význam terapie cílené na prodloužení života – tj. zejména terapie komorbidit s potenciálem zkrátit život či snížit jeho kvalitu v kratším časovém horizontu než AN.

V průběhu dlouhé trajektorie AN má klíčové místo aktivní podpora funkčního stavu i péče o komfort nemocného. Specializovanou oblastí medicíny zaměřenou na aktivní podporu funkčního stavu je funkční geriatrické hodnocení,

kteří má prokázaný potenciál podpořit setrvání nemocného ve vlastním prostředí. Během závěrečné fáze života s velmi pokročilým, těžkým syndromem demence se do popředí dostává péče o komfort včetně klinického hodnocení nonverbálních signálů diskomfortu a jeho intervence u nemocných s limitovanou verbální komunikací. Celostní přístup zaměřený na nemocného a jeho rodinu je podporován i v rámci obecné paliativní péče, která je definována jako dobrá klinická praxe v situaci pokročilého onemocnění a je poskytována všemi profesionály v rámci jejich jednotlivých odborností. Úkolem odborníků i společnosti je zahrnout také sociálně-právní témata jako potřebnou součást péče o pacienty s neurodegenerativním onemocněním a jejich blízké. ■



MUDr. Hana Vaňková, Ph.D.

Je garantkou geriatry 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Je místopředsdkyní výboru České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP a národním zástupcem výboru v European Geriatric Medicine Society. Na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy vede výuku geriatry v magisterském studiu lékařství, kterou založila na výzvu děkana v roce 2010. Je řešitelkou a spoluřešitelkou českých a mezinárodních výzkumných projektů.

LITERATURA

1. Van der Steen JT, Radbruch L, Hertogh CM, et al. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med* 2014; 28(3): 197–209.
2. Bavelaar L, McCann A, Cornally N, et al. Guidance for family about comfort care in dementia: a comparison of an educational booklet adopted in six jurisdictions over a 15 year timespan. *BMC Palliat Care*. 2022; 21(1): 76.
3. Německá doporučení S3-Leitlinie „Demenzen“ (Langversion 2023). Dostupné na: https://dnvp9c1uo2095.cloudfront.net/cms-content/S3-Leitlinie_Demenzen_Langversion_2023_11_28_Final_1701248604534.pdf.
4. Elias MF, Beiser A, Wolf PA, et al. The preclinical phase of Alzheimer disease: a 22-year prospective study of the Framingham cohort. *Arch Neurol* 2000; 57(6): 808–813. doi:10.1001/archneur.57.6.808.
5. North West Coast Strategic Clinical Network Palliative Care Guidelines in Dementia 2nd Edition. Online: <https://www.england.nhs.uk/north/wp-content/uploads/sites/5/2018/06/palliative-care-guidelines-in-dementia.pdf>.
6. Durepos P, Wickson-Griffiths A, Hazzan AA, et al. Assessing palliative care content in dementia care guidelines: a systematic review. *J Pain Sym Man* 2017; 53 (4): 804–813. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.10.368.
7. Malhi R, McElveen J, O'Donnell L. Palliative care of the patient with dementia. *Dela J Public Health* 2021; 7(4): 92–98. doi: 10.32481/djph.2021.09.012. PMID: 34604771; PMCID: PMC8482977.
8. Van der Steen JT, Sampso EL, Van den Block L, et al. Tools to assess pain or lack of comfort in dementia: a content analysis. *J Pain Symptom Manage* 2015; 50(5): 659–675.
9. Steinlauf B. Právo a péče v závěru života. Rozhodování na pomezí intenzivní a paliativní péče. *Wolters Kluwer*, 2022.
10. Nález Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 1594/2022.