

# Paliativní péče v intenzivní medicíně

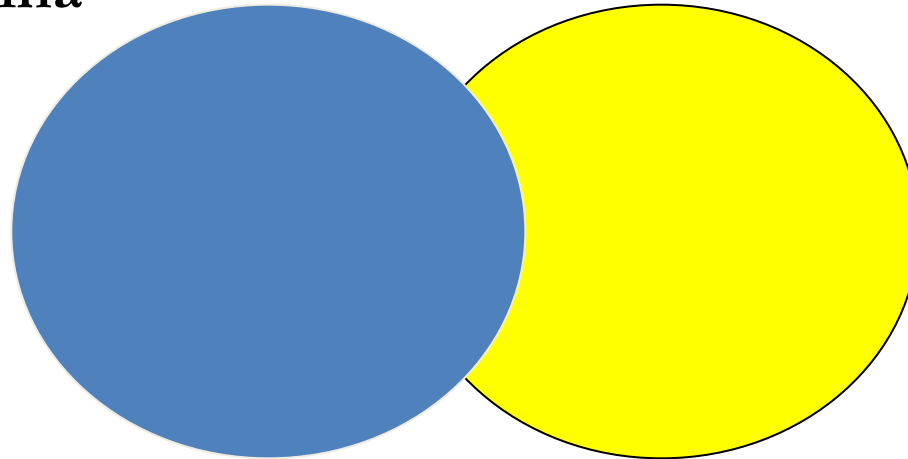
Jan Maláška

*„Medicína znamená odstraňovat utrpení nemocných, zmírňovat prudkost jejich chorob a naopak neléčit ty, kteří jsou přemoženi chorobou, při vědomí si toho, že v těchto případech je medicína bezmocná.“*

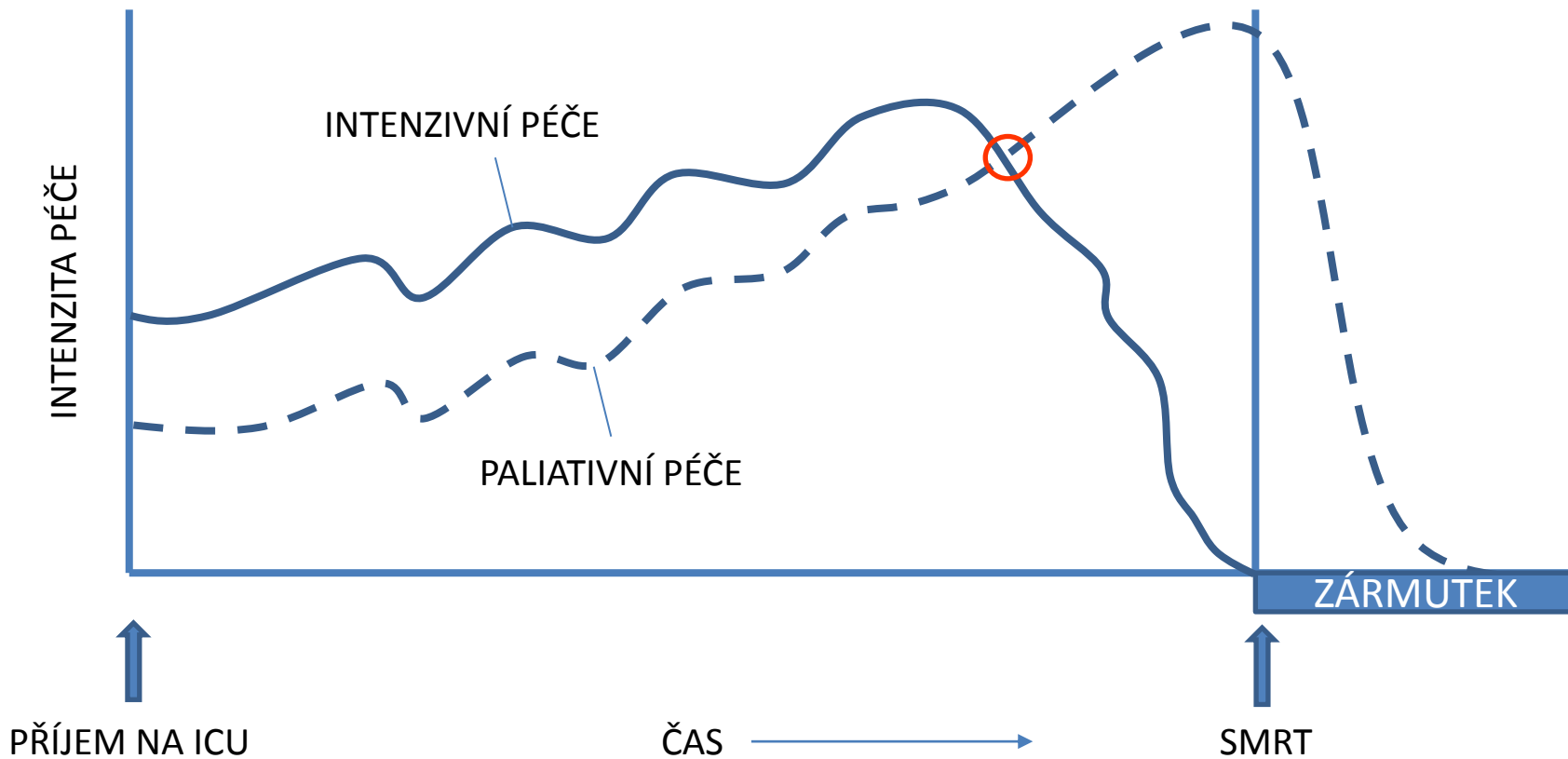
Hippokrates (460-370 př.n.l.)

# Paliativní x intenzivní medicína

**Paliativní medicína**

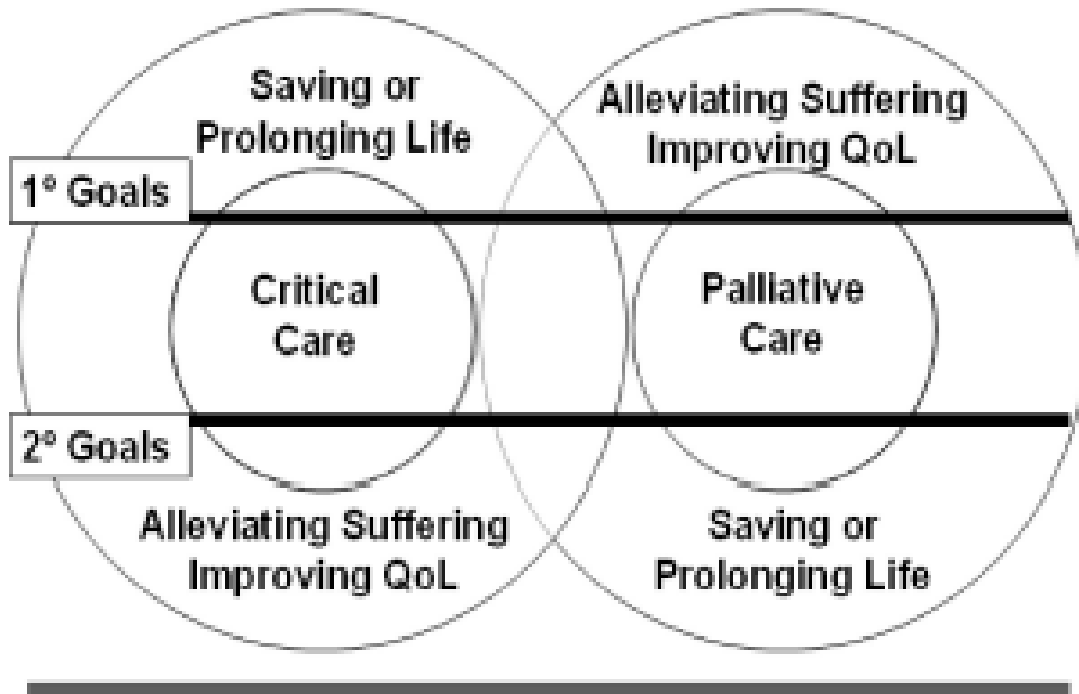


**Intenzivní medicína**



# Concordance of Values and Goals

Byock, CCM 2006



## Cíl intenzivní péče

1. záchrana života
2. kvalita života pacienta

Zdravotníci poskytující paliativní péči staví tyto priority v **opačném** pořadí, nicméně toto jen podtrhuje intimní provázání obou přístupů

# Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study\*

Derek C. Angus, MB, ChB, MPH, FCCM; Amber E. Barnato, MD, MPH, MS; Walter T. Linde-Zwirble;  
Lisa A. Weissfeld, PhD; R. Scott Watson, MD, MPH; Tim Rickett, BA; Gordon D. Rubenfeld, MD, MSc;  
on behalf of the Robert Wood Johnson Foundation ICU End-of-Life Peer Group

- 1 z 5 pacientů, kteří zemřou, jsou přijímáni na jednotky intenzivní péče
  - stárnutí populace
  - využívání intenzivní péče pro více nemocné pacienty
- cca 90% pacientů umírá v USA po odejmutí orgánové podpory

# KARIM FN Brno

- Příjem – 889 pacientů
- Zemřelí – 160 pacientů
- V paliativní péči – 107 pacientů (66,8%)

# End – of – life care

- Paliativní péče je v intenzivní medicíně vnímána zejména v oblasti tzv. *end-of-life care (EOL)*, t.j. péče o pacienty v závěru života

Nesmí být zúžena jen na ukončování léčby

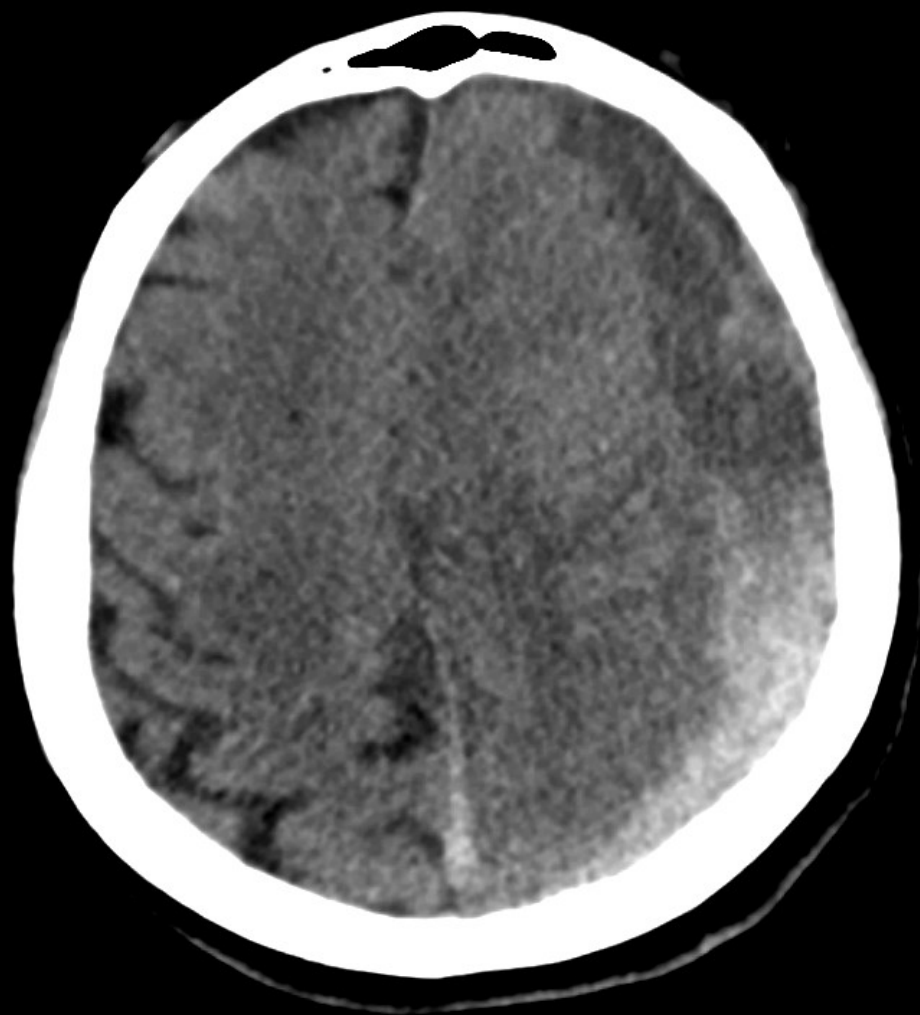


# Pacientka HL

- 58-letá polymorbidní pacientka s alkoholickou cirhózou jater Child-Pugh C, s ascitem, splenomegalií, těžkou anémií a koagulopatií s trombocytopenií; ráno nalezena v posteli manželem chroptící.
- Při příjezdu RZP komatózní, GCS 6, anizokorie P2/L4, OTI na 2.pokus úspěšná, přivezena na OUP FN Brno.
- Na CT nález SDH okolo levé hemisféry šíře 2 cm, s pravostranným přetlakem 15 mm, zevní likvorové prostory okolo levé hemisféry zašlé, komorový systém supratentoriálně výrazně stlačený, bazální cisterny vlevo zašlé, stopy SAK podél falxu
- Neurochirurg indikuje akutní operační výkon.

# Pacientka HL

- Zahájená cílená terapie anémie a koagulopatie – 2x EBR, 2x ČZP, Ocplex 500IU, 2x TAD, Exacyl 1g a také korekce hypokalémie.
- Pro podezření na aspiraci při poruše vědomí provedena BSK lékařkou ORL, ale bez významného nálezu v DCD.
- Na NCH sále provedena evakuace SDH F-T-P vlevo z trepanace
- Pacientku po výkonu přijímáme na KARIM k další péči.



# Jak dále s terapií?

- Informace od rodiny:

Pacientka by nechtěla být ve stavu, kdy nebude moci o sobě rozhodovat a bude odkázána na péči druhých.



# Etické problémy paliativní medicíny na JIP

- Řešení etických problémů a otázek je **běžnou součástí práce** v intenzivní péči.
- Pacient je mnohdy **neschopen** participovat v rozhodování o terapii.
- Úvahy o případné nemožnosti či neschopnosti rozhodovat stran života a smrti (*life and death decisions*) **nebývají běžnou součástí** našich životů.

# Východiska EOL

- pacienti s chronickým onemocněním vnímají svou QoL často hodnotněji jako zdraví pacienti
- zadržetí (ukončení) orgánové podpory – pokud nepřináší pacientovi klinický benefit
- klinický benefit x měřený benefit (K-S)
- klinický benefit – pravděpodobnost dosažení žádoucího outcome (výsledku)

# Life-sustaining-therapy

- život udržující léčba (withdrawing life-sustaining treatment)
- ponechání pacienta zemřít (letting die)
- Co to je?
  - umělá plicní ventilace
  - dialýza
  - vazopresory
  - antibiotika
  - nutrice?
  - hydratace?



# Omezování terapie (Kategorizace)

Stanovení rozsahu diagnostických a terapeutických postupů u individuálního nemocného, které vyžaduje jeho zdravotní stav.

1. Plná terapie
2. Nerozšiřování léčby, zadržaná terapie – **withholding of organ support**
3. Odnětí léčby, vysazení léčby, bazální terapie – **withdrawing of organ support**

*Nezahajovat resuscitaci –*  
*D.N.R.*

# Situace v ČR x svět

## ČR:

- více paternalistický systém
- rozhodování je více na lékařích
- není vyžadován souhlas rodiny

## Svět:

- koncept **shared-decision** (spolurozhodování, sdílené rozhodování)

# Návody ke zlepšení komunikace

- pravidelné rozhovory s příbuznými
- flexibilní návštěvní hodiny
- korekce nerealistických očekávání a přání
- dynamické upřesňování prognózy
- lékař musí mít vymezený čas a prostor na komunikaci
- nutné jsou jasně stanované cíle a limitace léčby
- konzultace s psychologem
- speciální pozornost rozhovorům týkajícím se úvah ohledně omezování terapie

# Návody ke zlepšení

## 1. Dávat informace

- Jednoduché informační listy
- Jak se chovat na ICU

## 2. Získávat informace

- O pacientovi – jednoduché dotazníky
- O rodině
- O eventuelních postojích k EOL

# Jednoduchý návod

(Lautrette A., et al. NEJM 2007; 356:469-478.)

1. Chápej a oceňuj informace a komentáře od rodiny
2. Buď vstřícný k emocím
3. Poslouchej
4. Rozuměj pacientu jako člověku
5. Aktivně vyzývej rodinu k otázkám

# Pacientka HL

- Po rozsáhlé hematol. přípravě provedena evakuace z trepanace, poté přijata na ORIM II.
- Zde pokračující substituce anémie a korekce koagulopatie, dne 10.4. dle kontrolního CT prokreslená ischemie v povodí a. cerebri posterior vlevo po proběhlé transtentoriální herniaci.
- Zavedena detoxikace GIT, vysazena sedace
- Obnovena spont. dechová aktivita, dne 13.4. patrný návrat vědomí s nekonstantním vyhověním jednoduché výzvě.
- Orgánové funkce stabilní, zahájen weaning s denním SBT.

# Pacientka HL

## Zápis v dokumentaci:

vzhledem k celkovému stavu, subkompenzované cirhóze a významným struktur. změnám CNS v rámci sekundárního poškození, dne 11.4. zastropována terapie, čili t.č. nenavyšování orgánové podpory.





# Legislativa se vztahem k paliativní péči.

## Ústavní a nadzákonné

- Listina základních práv a svobod
- Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně

## Zákonné a podzákonné

- Trestní zákon, občanský zákoník, OSŘ
- Zákon o péči o zdraví lidu, vyhláška o ZD
- Zákon o veřejném zdravotním pojištění
- „Transplantační“ zákon
- Zákon o zdravotních službách

## Významná doporučení

- Charta práv umírajících (Rada Evropy)
- Doporučení o organizaci paliativní péče (Rada Evropy)

# Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“ *„Charta práv umírajících“*

**Základní práva** odvozená z důstojnosti smrtelně nemocných nebo umírajících jsou ohrožena mnoha faktory, mj.:

- **Malou dostupností** paliativní péče a kontroly bolesti
- Umělým **prodlužováním** procesu umírání, buď **nepřiměřeným** používáním léčebných prostředků, nebo **pokračováním** v léčbě bez pacientova souhlasu.

# Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“ *„Charta práv umírajících“*

- Zabránit **nesmyslnému prodlužování terminálních fází života proti vůli nemocných** při neadekvátním nasazení všech dosažitelných prostředků.
- Ale zajistit, aby ve sporných případech bylo **vždy rozhodnuto ve prospěch života** a jeho prodloužení.
- Zlepšení dostupností paliativní péče a kontroly bolesti

# Listina základních práv a svobod

## Článek 6

**Každý má právo na život.** Lidský život je hoden ochrany již před narozením.

**Nikdo nesmí být zbaven života**

## Článek 31

**Každý má právo na ochranu zdraví**

### Lékaři:

- Aktivní ukončení života (eutanázie, asistovaná sebevražda) je nepřípustné
- Omezení léčby si neklade za cíl zkrácení života nebo usmrcení nemocného, ale neposkytování marné, neúčinné, život a zdraví nezachraňující léčby
- Smrt nemocného je důsledkem jeho nezvratitelného terminálního onemocnění/stavu a nikoliv důsledkem omezení léčby
- Právo na ochranu zdraví není porušeno u nemocných s omezením léčby, protože tato léčba nevede k ochraně zdraví



# Úmluva o lidských právech a biomedicině“ (inkorporovaná do legislativy ČR)

## Článek 9

Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.

### Lékaři:

- o provedením omezení terapie umožňují uplatňovat toto přání
- o jsou odpovědní, protože pouze oni jsou schopni rozpoznat, zda předem vyjádřené přání se skutečně týká ve všech podrobnostech dané situace
- o uplatnění u chronických onemocnění

# Konsekvence

Zejména vzhledem k legislativní situaci a vzhledem k neukončené diskuzi v kruhu odborné veřejnosti je faktická situace co se týče oblasti EOL různorodá a lišící se na základě zkušeností a praxe centra či jednotlivého lékaře.

# Návody k řešení:

1. časné vyjádření pacientových přání stran konce života (**Advanced Directives**)
  - **Living Will** – způsobilý pacient předem odmítne či odsouhlasí některé výkony pro předem definované stavy (ventilace, resuscitace, výživa, etc.)
2. stanovení zástupce pro určité medicínské situace (**Healthcare proxy**)
  - **Durable Power of Attorney** – stanovení zástupce s definovanými kompetencemi stran rozhodování při nezpůsobilosti pacienta
3. zlepšením paliativní péče
4. zabránit umělému prodlužování procesu umírání

# Předpis č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

- **§ 36 Dříve vyslovené přání**
- **(1)** Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit (dále jen „dříve vyslovené přání“).
- **(2)** Poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas. Bude respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s níž dříve vyslovené přání souvisí.
- **(3)** Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Součástí dříve vysloveného přání je písemné poučení podle odstavce 2.



# Předpis č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

- **(4)** Pacient může učinit dříve vyslovené přání též při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace, a to pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem. Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek; v tomto případě se nepostupuje podle odstavce 3.
- **(5)** Dříve vyslovené přání
  - **a)** není třeba respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím; rozhodnutí o nerespektování dříve vysloveného přání pacienta a důvody, které k němu vedly, se zaznamenají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi,
  - **b)** nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti,
  - **c)** nelze respektovat, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby,
  - **d)** nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.
- **(6)** Dříve vyslovené přání nelze uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty nebo pacienty s omezenou svéprávností.

k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů  
v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli

## KONSENSUÁLNÍ STANOVISKO K POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE U NEMOCNÝCH S NEZVRATNÝM ORGÁNOVÝM SELHÁNÍM

### Editor:

Vladimír Černý

### Koeditoři:

Karel Cvachovec  
Renata Pařízková  
Pavel Ševčík  
Ludmila Rožnovská  
Jiří Šimek  
Ondřej Dostál

### Pracovní skupina:

Karel Cvachovec  
Vladimír Černý  
Ondřej Dostál  
Leoš Heger  
Jan Maláska  
Martin Matějovič  
Daniel Nalos  
Ivan Novák

Renata Pařízková  
Jan Payne  
Ludmila Rožnovská  
Kateřina Rusínová  
Pavel Ševčík  
Jiří Šimek  
Peter Tavel  
Marek Vácha

### Jazyková korektura textu:

Vladimír Koblížek  
Petra Pátková

# DOPORUČENÍ PŘEDSTAVENSTVA ČLK č. 1/2010

**k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli**

## OBSAH

1. *Úvod*
2. *Cíle konsensuálního stanoviska*
3. *Použitá terminologie*
4. *Východiska*
5. *Základní principy*
6. *Doporučení pro klinickou praxi*
7. *Seznam základních platných právních předpisů, norem a vybraných prací se vztahem k problematice konsensuálního stanoviska*
8. *Abecední seznam členů pracovní skupiny*



## **k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli**

### 1. ÚVOD

Předložený text formuluje principy a rámcová doporučení pro poskytování paliativní péče u dospělých pacientů, kteří nejsou schopni o sobě rozhodovat v konečné fázi jejich dále léčebně neovlivnitelného onemocnění. Mezi nejčastější klinické situace, na které se text konsensuálního stanoviska zaměřuje, patří pacienti s multiorgánovým selháním, kde i přes maximální možnou podporu či náhradu orgánových funkcí dochází k trvalému zhoršování zdravotního stavu a kde vyvolávající příčina či její důsledky (následný patofyziologický děj) nejsou léčebně ovlivnitelné nebo pacienti v hlubokém bezvědomí, u nichž nelze odůvodněně předpokládat obnovení integrity mozkových funkcí z důvodu přítomnosti známek ireverzibilního poškození centrálního nervového systému.



# Cíle doporučeného postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

- a) Definovat nejčastěji používané pojmy se vztahem k problematice.
- b) Formulovat základní východiska a principy pro rozhodování o zahájení paliativní péče u nemocných v terminálním stavu dále neléčitelného onemocnění nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kde zdravotní stav nebo použité způsoby léčby znemožňují vyjádření vlastní svobodné vůle.
- c) Zdůraznit etické aspekty poskytování intenzivní péče, zejména respektování předchozího názoru pacienta (pokud je znám), uchování lidské důstojnosti a zajištění maximálně možného komfortu nemocných.
- d) Omezit poskytování marné a neúčelné léčby v situacích, kdy se lze na základě odborného medicínského posouzení odůvodněně domnívat, že přínos zahájení dané léčebné metody (nebo pokračování v ní) s ohledem na zdravotní stav nemocného nepřevažuje nad rizikem komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání pro pacienta a nedává možnost příznivého ovlivnění zdravotního stavu nebo záchrany jeho života.
- e) Přispět ke zvýšení kvality rozhodování v uvedených situacích a zlepšit komunikaci jak uvnitř zdravotnických týmů, tak mezi zdravotníky a rodinami či blízkými pacientů.

## čl. 3

# Terminologie

- a) Pacient v terminálním stádiu onemocnění – pacient v konečném stádiu onemocnění, které není slučitelné se životem a není dále léčebně ovlivnitelné.
- b) Pacient neschopný o sobě rozhodovat – nemocný s poruchou vědomí, který je vzhledem ke svému aktuálnímu zdravotnímu stavu neschopný posouzení situace a rozhodování o své osobě, není schopen vyjádřit informovaný souhlas.
- c) Paliativní léčba – léčba, jejímž cílem je zabránění bolesti, strádání či dyskomfortu nevléčitelně nemocného, umírajícího pacienta.
- d) Marná a neúčelná léčba – léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Marná a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací.

## čl. 3

# Terminologie

- e) Nezahajování léčby – léčebný postup který nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta není indikován a není proto zahajován. Takový postup by byl léčbou marnou či neúčelnou. Nepřijetí pacienta v konečné fázi jeho onemocnění na pracoviště intenzivní medicíny, kdy již nelze zastavit postup choroby, navrátit zdraví či odvrátit smrt patří mezi opatření nezahajování léčby.
- f) Nepokračování léčby – při nemožnosti zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt není ve stávající marné a neúčelné léčbě pokračováno a tato je ukončena (např. vysazení farmakologické podpory oběhu, ukončení hemodialýzy, ukončení ventilační podpory).
- g) Eutanázie – usmrcení člověka druhou osobou a to na jeho vlastní žádost. Právní systém České republiky pojem eutanázie nezná.



## čl. 4

# Základní východiska pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

- a) Život člověka je konečný.
- c) Všeobecně přijatým cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví pacienta - to znamená odstranění příčiny, jež způsobuje zhoršení zdravotního stavu a poskytování postupů orgánové podpory či náhrady u nemocných se zvratným (nebo předpokládaným zvratným) orgánovým selháním, tj. snaha „udržovat život, ale nikoliv prodlužovat umírání“. V případě kdy nelze tyto cíle naplnit, je nutné poskytnout pacientovi péči, která vyloučí bolest, dyskomfort a strádání, umožní zachování lidské důstojnosti a uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb.



## čl. 4

# Základní východiska pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

- g) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby neznamena omezení pacienta na jeho právech, ale naopak, je sledován zájem pacienta tak, aby nedošlo k porušení základních medicínských a etických principů včetně nechtěného nedůstojného prodlužování umírání. Smrt která je výsledkem přirozeného průběhu onemocnění, nemůže být považována za nepříznivý výsledek zdravotní péče.
- h) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby u pacientů v terminálním stádiu neléčitelného onemocnění a/nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kteří nereagují na použité léčebné postupy, je v souladu s etickými principy medicíny a existujícími právními předpisy České republiky.
- i) Z hlediska medicínského, právního a etického není rozdíl mezi nezahájením nebo nepokračováním daného léčebného postupu.
- j) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby jsou při správném odborném posouzení postupy, které nelze zaměňovat za eutanázii či úmyslné ublížení na zdraví.

## **Základní principy pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných**

- a) Přijetí pacienta na pracoviště intenzivní péče by mělo být podloženo předpokládaným přínosem poskytované péče, která mu má být na daném oddělení poskytnuta.
- b) Stanovení rozsahu poskytované léčby musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta.
- c) Zahájení nebo pokračování jakéhokoliv léčebného postupu, který není odborně odůvodněný, kde neexistuje racionální předpoklad jeho příznivého účinku na celkový průběh onemocnění a kde rizika komplikací, strádání, útrap a bolesti převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je v rozporu s etickými principy medicíny a Chartou práv umírajících. Neexistuje povinnost zahajovat marnou a neúčelnou léčbu nebo v ní pokračovat, pokud je probíhající léčba odůvodněně za takovou označena.
- d) Zabezpečení fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb pacienta, odstranění pocitů bolesti, strádání a utrpení s respektováním lidské důstojnosti jsou základní priority paliativní péče.

# Čl. 6

## Doporučení pro klinickou praxi

- a) Podnět k zahájení paliativní péče může dát kdokoliv z ošetřujícího zdravotnického týmu, z rodiny či okruhu tzv. blízkých pacienta.
- b) Kdykoliv je to možné, pacientovo přání a názor rodiny či blízkých musí být zahrnuty do rozhodování o zahájení paliativní péče.
- c) Rodina či blízcí pacienta by měli být do rozhodování co nejvíce zapojeni, nejlépe formou strukturovaného rozhovoru. Delegování odpovědnosti na rodinu či blízké za přijaté rozhodnutí zahájení paliativní péče není přípustné.
- d) Do rozhodování o zahájení paliativní péče by měli být zapojeni všichni členové (lékaři i nelékařský zdravotnický personál) ošetřujícího zdravotnického týmu (tzv. „shared-approach to end-of-life decision making“ model).
- e) Výsledek rozhodnutí a zahájení paliativní péče by měly být přijaty konsensuálně všemi členy ošetřujícího zdravotnického týmu. Pokud není dosaženo konsensu, odlišné názory by měly být znovu pečlivě posouzeny a zohledněny před formulací závěrečného rozhodnutí.



# Čl. 6

## Doporučení pro klinickou praxi

- f) V situaci, kdy není dosaženo konsensu mezi rodinou či blízkými pacienta a ošetřujícím zdravotnickým týmem, lze zvážit přizvání jiného nezávislého lékaře nebo etické komise ustanovené pro tento účel.
- g) Závěrečné rozhodnutí o zahájení paliativní péče je odpovědností ošetřujícího lékaře.
- h) Zahájení paliativní péče a rozhodnutí o nezahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby musí být vždy uvedeno ve zdravotnické dokumentaci jako součást léčebného plánu.
- i) Zápis do zdravotnické dokumentace před zahájením paliativní péče by měl obsahovat minimálně:
  - odborné posouzení zdravotního stavu a medicínské zdůvodnění rozhodnutí zahájení paliativní péče,
  - okruh osob které se na rozhodování o zahájení paliativní péče podílely,
  - formulování cílů další péče a léčebného plánu.

# Čl. 6

## Doporučení pro klinickou praxi

- j) Cíle paliativní péče, přínos a rizika jednotlivých plánovaných i probíhajících diagnostických a léčebných postupů by měly být v pravidelných intervalech přehodnocovány a zvažovány (minimálně jednou za 24 hodin). Jakékoliv již přijaté rozhodnutí může být v odůvodněných případech změněno. Záznam o důvodech změny léčebného plánu musí být zaznamenány do zdravotnické dokumentace.
- k) K zahájení paliativní péče by mělo být přistoupeno vždy až po zápisu do zdravotnické dokumentace a informování rodiny či blízkých pacienta, pokud lze.
- l) Prioritou léčebného plánu paliativní péče je odstranění známek bolesti, dyskomfortu a strádání.
- m) Léčebný plán paliativní péče musí obsahovat přinejmenším dostatečnou ošetrovatelskou péči a analgosedaci přiměřenou klinickému stavu.
- n) Přítomnost rodiny či blízkých pacienta by měla být vždy umožněna, pokud ji pacient neodmítl.





# 7. SEZNAM ZÁKLADNÍCH PLATNÝCH PRÁVNÍCH PŘEDPISŮ, NOREM A VYBRANÝCH PRACÍ SE VZTAHEM K PROBLEMATICE KONSENSUÁLNÍHO STANOVISKA

- 1) Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava ČR, ve znění změn a doplňků
- 2) Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod ve znění změn a doplňků
- 3) Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění změn a doplňků
- 4) Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů ve znění změn a doplňků
- 5) Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních ve znění změn a doplňků
- 6) Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ve znění změn a doplňků
- 7) Zákon č. 140/1961 Sb., Trestní zákon ve znění změn a doplňků
- 8) Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním
- 9) Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění změn a doplňků
- 10) Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých dalších zákonů ve znění změn a doplňků
- 11) 96/2001 Sb., Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluva o lidských právech a biomedicíně), vysvětlující zpráva k Úmluvě: <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Reports/Html/164.htm>
- 12) Zákon 40/1964 Sb., Občanský zákoník, ve znění změn a doplňků, úvodní ustanovení o způsobilosti a právních úkonech
- 13) Vyhláška č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a o pohřbenictví, ve znění změn a doplňků
- 14) Vyhláška 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění změn a doplňků
- 15) Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“ (tzv. Charta práv umírajících)
- 16) Valentin A, Druml W, Steltzer H, Widermann Ch J: Recommendation on therapy limitation and therapy discontinuation in intensive care units: Consensus Paper of the Austrian Associations of Intensive Care Medicine, Intensive Care Med, 2008.
- 17) Withholding and withdrawing life-prolonging treatments: Good practice in decision-making. [http://www.gmc.uk.org/guidance/current/library/withholding\\_lifeprolonging\\_guidance.asp](http://www.gmc.uk.org/guidance/current/library/withholding_lifeprolonging_guidance.asp)
- 18) Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care Challenges in end-of-life care in the ICU, Reanimation 13, 2004, 440-452.
- 19) An official American Thoracic Society Clinical Policy Statement: Palliative Care for Patients with Respiratory Diseases and Critical Illnesses. Am J Respir Crit Care Med, 177, 2008, 912-927.



# DOPORUČENÍ PŘEDSTAVENSTVA ČLK č. 1/2010

**k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů  
v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli**

## **čl. 7 Účinnost**

Toto doporučení bylo projednáno a schváleno představenstvem ČLK dne 20.2.2010 a nabývá účinnosti dne 4.3.2010.

# Pacientka HL

- 15.4. zpět zhoršení vědomí,
- po několika dnech bez sedace neotevře oči, nevyhoví výzvě, pouze kašle na odsávání
- provedeno CT mozku s nálezem progresive ischemie, edému a hygromu l.sin.



(*) (malaskja)		(č.dokl.:*)=							
Vyšetření	Jedn.	2017 12.04 05:35	2017 12.04 05:30	2017 11.04 18:00	2017 11.04 12:01	2017 11.04 12:00	2017 11.04 11:00	2017 11.04 05:30	2017 10.04 17:30
CMB%	%								
Kreat.	umol/l		76					84	
Ca	mmol/l								
P	mmol/l								
Mg	mmol/l								
Osmol.	mmol/kg								
Bi-celk.	umol/l		188.4						
Bil-přím	umol/l								
GGT	ukat/l		0.66					0.67	
LD	ukat/l		7.25					6.78	
Myoglob.	ug/l								
CB	g/l								
Albumin	g/l								
Glukóza	mmol/l		7.2	10	8.3			7.4	8.4
TG	mmol/l								
Transf.	g/l								





# Pacientka HL

Dne 17.4. EOL konference s rodinou, pacientka převedena do paliativní péče. Terminální extubace.

## Zápis v dokumentaci:

17.4. pro trvajícím těžkou poruchu vědomí a progresi nálezů na CT mozku deescalována terapie. Dne 17.4. EOL konference s rodinou o ukončení orgánové podpory s paliativní terapií.

# Kdy a jak kategorizovat pacienta ?

- Komplexní rozhodování
- V rámci „clinical rounds“
- Další eskalace terapie by znamenala zahájení marné a neúčelné terapie
- Současná terapie je zhodnocena jako marná a neúčelná
- Jakou terapii pozdržet, event. odejmout
- Ohnisko zájmu se přesunuje na úlevu obtíží
- Nutná shoda celého týmu
- Záznam v dokumentaci
- V případě komplikovaných situací vhodný debriefing

# Komunikace s příbuznými

- Vyhradit si čas a klidné místo
- Ošetřující lékař + oš. sestra + event. vedoucí oddělení
- Konzistentní informace pochopitelnou a nenásilnou formou
- Strukturovat rozhovor
- Informace v některých případech „dávkovat“ stupňovitě
- Rodinu informovat – **ne delegovat rozhodovací proces** na rodinného příslušníka

# Konfliktní příbuzný

- Chovat se profesionálně, klidně
- Ponechat čas a prostor k vyjádření
- Vyzvat k dotazům
- Opakované vysvětlení pojmu symptomatická terapie
- Vyvarovat se zapojení příbuzných do rozhodovacího procesu
- Snaha o zprostředkování pacientových postojů a zájmů
- V případě zásadního rozporu odložit případnou další deeskalaci terapie

# Zápis v dokumentaci

Léčba: dne 12.2. došlo po konsenzu vedení kliniky, lékařského a ošetrovatelského týmu k zadržení orgánové podpory (**withhold of therapy**) a k ordinaci **DNR**. Odůvodnění je progresse multiorgánové dysfunkce, zhoršení neurologického stavu i přes cca tři týdny plné intenzivní terapie. Vše diskutováno s blízkými pacienta, nemají k tomu námitek. Dne ... terapii odnímáme jako marnou, ponechána zatím pouze ventilace a vasopresorická podpora.

# Zápis v dokumentaci

Od ... vzhledem k nálezu progrese základního onemocnění, tj. IE mitrální chlopně, která vyžaduje kardiochirurgický výkon, který tč. nelze provést a vzhledem ke zhoršení pacientky i přes 1 měsíční intenzivní terapii volíme po domluvě v týmu status DNR a při zhoršení stavu withhold of therapy, tj. nerozšiřování o další orgánovou podporu. Dne ... rozhovor s dcerou pacientky. Vyjadřuje svůj nesouhlas a nesouhlas rodiny se stavem DNR. Rozhovoru přítomni ... Zapsal ... Od ... komunikace ztížena některými skutečnostmi. Dcera odmítá komunikovat s některými členy týmu. Vybírá si lékaře pro podávání informací, taktéž preferuje a odmítá i členy ošetrovatelského týmu.





AshLeigh McHale, center, gave her family detailed instructions about her final wishes, including those concerning her funeral.

# How I Wish To Be Remembered

If it is more comfortable, you may choose to let others decide about a funeral, a memorial service, and caring for your body after death. Or you can use these pages to voice your preferences.

## My Remembrance

- I prefer not to be a part of planning my service.
- I prefer to plan my service. *(Please check all that apply)*

- The type of service(s) I would like are:

- Funeral
- Memorial service
- Celebration of my life

I would like:

- To be buried
- To be cremated
- To be an open casket
- A closed casket
- To donate my body to science
- To be an organ donor
- A limited autopsy
- A standard autopsy
- A research protocol autopsy
- I would like my healthcare agent to make the autopsy decision

The clothes that I would like to be wearing (for service/cremation/burial) are:

Cute Jeans, white shirt (plain), Cowgirl boots

The items that I would like to be with me are:

Ailsa ~~books~~, quilt,

The music/food I want at my service are:

my kind of music, significant songs to me, steak, baked potato corn, fajitas

The people I would like to be present are:

friends & family (mom knows)

I would like these readings at my service:

I would like these other arrangements at my service:

W/ hot pink stars <sup>of</sup> hearts  
Roses - Red, black balloons to be released, contributions to help family

If my family or friends want to make contributions or donations I would like them to go to:

# Pacientka HL

- Pacientka dne 18.4. umírá
- Manžel pacientky při diskuzi:  
*Ve Švýcarsku už by to měla dávno za sebou..*

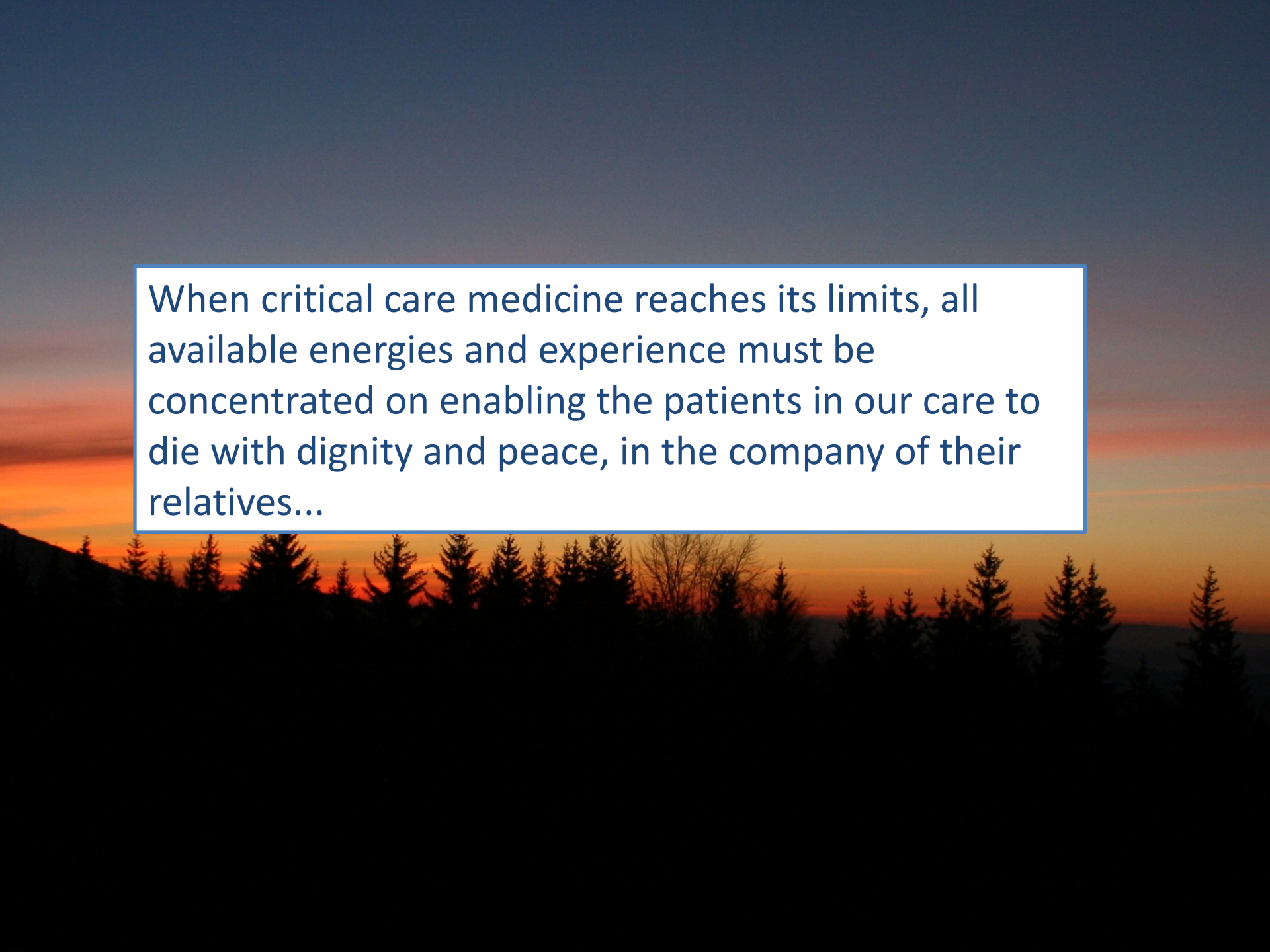
# PAS/PAD, AE

- PAS – Physician assisted suicide
- PAD - Physician assisted death
- AE – Active euthanasia

Úspěch intenzivní péče nemůže být hodnocen pouze statistickým přežitím pacientů, jakoby smrt byla medicínským selháním. Je třeba ji hodnotit skrze udrženou či znovu obnovenou kvalitu života a kvalitou umírání u těch pacientů v jejichž zájmu je zemřít a kvalitou lidských vztahů v tomto zainteresovaných.

Dunstan GR, Anaesthesia 1985



A sunset over a forest of evergreen trees. The sky is a mix of orange, yellow, and blue, with the sun low on the horizon. The trees are silhouetted against the bright light of the setting sun.

When critical care medicine reaches its limits, all available energies and experience must be concentrated on enabling the patients in our care to die with dignity and peace, in the company of their relatives...