

**MUNI
MED**

Přechod z léčby intenzivní na paliativní

Eva Straževská

KARIM FN Brno, LF MU

Obsah přednášky

- Cíle intenzivní a paliativní péče
- Terminologie
- Přejchod z péče intenzivní na paliativní
- Etické principy
- Péče v závěru života – doporučení pro praxi
- Legislativa
- Kasuistika

Úloha intenzivní péče

- **zachování života a zdraví pacienta** v takové kvalitě, kterou pacient akceptuje
- **odstranění vyvolávající příčiny zhoršení zdravotního stavu**
- **poskytování postupů orgánové podpory či náhrady** u nemocných se zvratným (nebo předpokládaným zvratným) orgánovým selháním
- **udržovat život, ale nikoliv prodlužovat umírání**

Paliativní péče – definice WHO

- **Paliativní péče je přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů, kteří trpí život ohrožujícím onemocněním**
 - poskytuje úlevu od bolesti a dalších zatěžujících příznaků
 - vychází z úcty k životu, ale považuje umírání za normální proces
 - neurychluje, ale ani uměle neoddaluje smrt
 - integruje psychologické a spirituální aspekty péče o pacienty
 - nabízí systém podpory, který pacientům pomáhá žít, co nejaktivněji až do smrti
 - nabízí systém podpory, který pomáhá rodině vyrovnat se s nemocí pacienta a s vlastním zármutkem
 - = **ETICKÉ PRINCIPY**
 - využívá týmový interdisciplinární systém při řešení potřeb pacienta a jeho rodiny, včetně poradenství pro pozůstalé
 - zlepšuje kvalitu života pacienta a při tom může také příznivě ovlivňovat průběh základního onemocnění

Paliativní péče v ČR

- **Paliativní péče je součástí komplexní zdravotní péče v ČR**
- **Obecná paliativní péče = dobrá klinická praxe poskytovaná lékaři všech oborů**
- **Specializovaná paliativní péče - péče poskytovaná paliativním týmem specialistů**
- **přesahuje možnosti obecné paliativní péče, je komplexní včetně psychologické a sociální péče**

Cíl intenzivní a paliativní péče

- **Cíl intenzivní péče** – záchrana života v takové podobě, kterou pacient akceptuje
- *Tento cíl nelze v určité fázi onemocnění splnit – modifikace péče - přechod na paliativní péči*
- **Cíl paliativní péče na ICU** – zmírnění utrpení, zvýšení komfortu a důstojnosti umírání

Paliativní péče terminologie

Pacient v terminálním stádiu onemocnění – pacient v konečném stádiu onemocnění, které není slučitelné se životem a není dále léčebně ovlivnitelné

Terminálním stádium onemocnění konečné stádium onemocnění, není slučitelné se životem a není dále léčebně ovlivnitelné

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

Paliativní péče terminologie

Závěr života - krátké období před přirozenou smrtí pacienta (týdny, dny, hodiny), která je způsobená ireverzibilním procesem-terminálním onemocněním.

Důstojná smrt/důstojné umírání - takové umírání, kde jsou co nejvíce respektovány a zachovány základní aspekty důstojnosti.

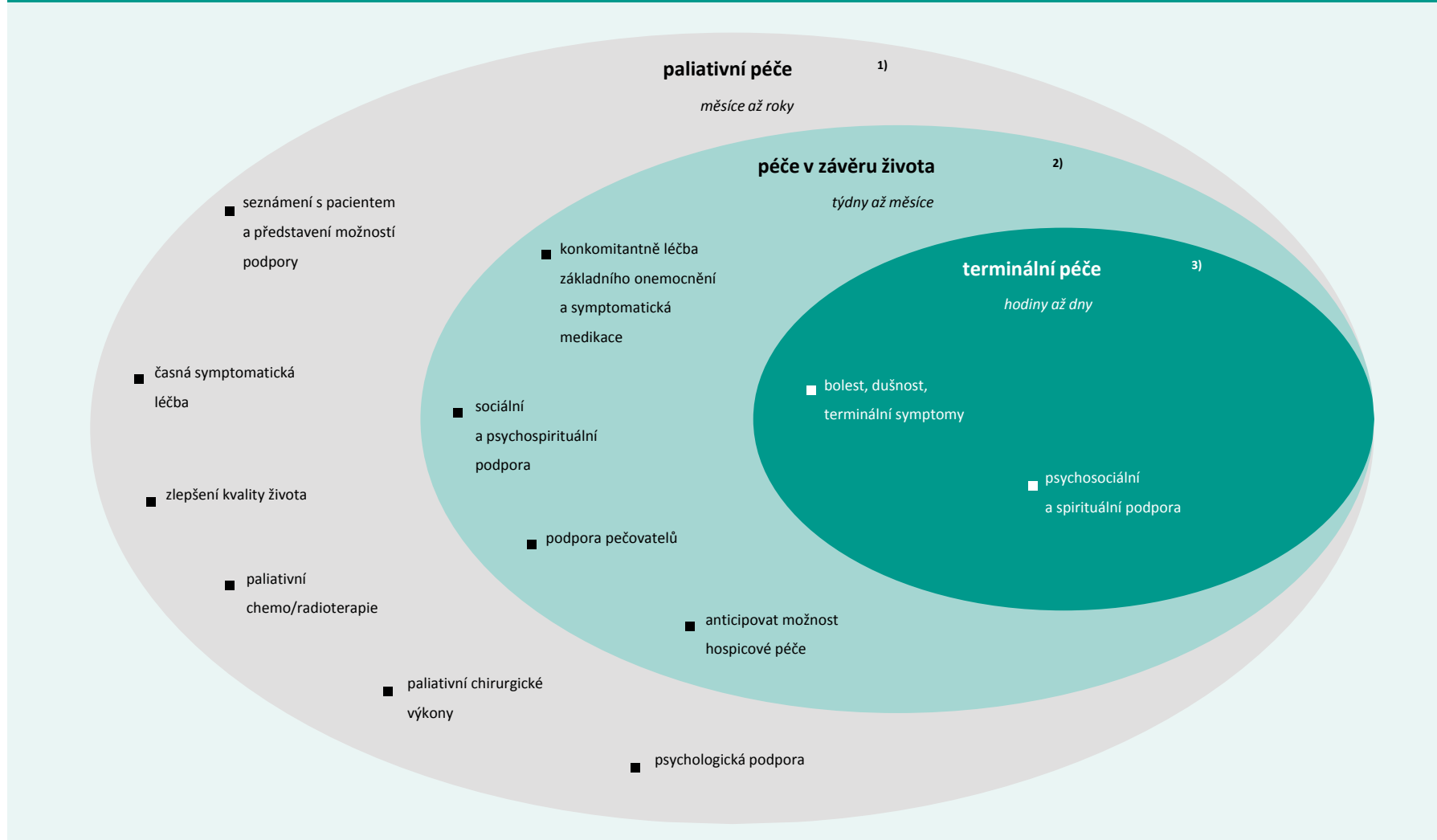
Dystanazie zadržaná smrt“ tj. umělé prodlužování života používáním nepřiměřené orgánové podpory

Paliativní péče terminologie

Terminální paliativní péče - oblast paliativní péče, která se soustředí především na management symptomů bezprostředního umírání (hodiny až dny)....

Schéma 1. Vzájemný vztah a náplň podpůrné a paliativní intervence v jednotlivých fázích závažného onemoc-

nění. Upraveno podle prezentace Gallagher R, dostupné na <<http://hpc.providencehealthcare.org/about/what-palliative-care>>



Paliativní péče terminologie

Život udržující léčba, život udržující orgánová podpora

-

iny

ventilace/oxygenoterapie

techniky

mechanická srdeční podpora

vazopresorů/ionotropik

resuscitace

operace, antibiotika, krevní transfúze, hydratace a nutrice... ??? **Individualizace rozhodování !!!**

pokud je aplikována nepřiměřeně

Paliativní péče terminologie

- **Neúčelná a nepřiměřená léčba**
- léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života
- není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací
- není v souladu s hodnotami pacienta, pravděpodobnost dobré kvality života a přežití je velmi nízké

Paliativní péče terminologie

- **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 neúčelnou či nepřiměřenou*

- **Nepokračování léčby** při nemožnosti zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt, není ve stávající neúčelné/nepřiměřené léčbě pokračováno a tato léčba je ukončena

- **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**

Paliativní péče terminologie

- **Nerozšiřování (zadržení) život udržující orgánové podpory (*Withhold of life-sustaining treatment*)**

-nenavyšování stávající orgánové podpory či její nerozšiřování o další specifickou orgánovou podporu. Stávající orgánová podpora je v daném okamžiku považována s ohledem na stav a prognózu pacienta za maximální

Paliativní péče terminologie

- **Ukončení (odnětí) život udržující orgánové podpory (*Withdraw of life-sustaining treatment*)**
 - Nepokračování v orgánové podpoře v okamžiku, kdy její další pokračování není v souladu s přáním a hodnotami pacienta a/nebo pokud je orgánová podpora spojena s nízkou pravděpodobností na přežití a kvalitu života pacienta
 - **Nezahájení kardiopulmonální resuscitace**
(*Do not resuscitate, DNR*)

Paliativní péče terminologie

Paliativní analgésie -použití analgetik s cílem kontroly symptomů (bolesti a dušnosti) u pacientů v závěru života.

Paliativní sedace -použití sedativ s cílem kontroly symptomů (zejména bolesti a dušnosti) u pacienta v závěru života, které i přes maximální terapeutickou snahu nelze potlačit jinými prostředky

- měla by splňovat **tři základní charakteristiky**:
 - terminálně nemocný pacient v závěru života
 - utrpení a symptomy jsou refrakterní na jinou maximální léčbu
 - nasazení je s cílem kontroly symptomů a ne s cílem urychlení umírání
- benzodiazepiny, propofol, ketamin, barbituráty, dexmedetomidin...

Paliativní péče terminologie

Terminální odpojování (weaning)- ukončování mechanické ventilační podpory, pokud je pro pacienta nepřiměřená, při ponechání orotracheální/tracheostomické kanyly

Terminální extubace/dekanylace-odstranění arteficiálního zajištění dýchacích cest

Základní východiska přechodu z péče intenzivní na paliativní

- Život člověka je konečný
- Každý pacient má právo na náležitou, odbornou úroveň zdravotní péče
- **Jakékoliv rozhodování v průběhu poskytované zdravotní péče:**
- **musí být v souladu s existujícími právními předpisy ČR**
- **musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta**
- **musí bezvýhradně respektovat základní etické principy medicíny**

Základní východiska přechodu z péče intenzivní na paliativní

- **Jakýkoliv diagnostický nebo léčebný postup:**
- **musí být pečlivě a odpovědně posuzován** poměrem reálného klinického přínosu a míry možného rizika komplikací, bolesti, diskomfortu a strádání, které zvolený postup pacientovi v aktuální klinické situaci přináší
- **Použití postupu, kde rizika a komplikace s ním spojené nejsou vyváženy jeho přínosem, je v rozporu s etickými principy medicíny**
- **Vždy je nutné brát zřetel na předchozí vlastní názor pacienta, pokud je dostupný a je nepochybné, že jde o dříve vyslovené přání příslušného pacienta.**

Základní východiska přechodu z péče intenzivní na paliativní

- **Jakýkoliv léčebný postup, při němž není odůvodněný předpoklad jeho příznivého účinku na zdravotní stav pacienta nebo pro záchranu života, je nutno považovat za léčbu, která není „ku prospěchu a v nejlepším zájmu pacienta“ a lze ji označit jako tzv. neúčelnou a nepřiměřenou léčbu**
- **Dosažení dočasné korekce hodnoty některé z fyziologických funkcí či jejich dílčích parametrů bez ovlivnění celkového průběhu onemocnění a možnosti záchrany života, nemůže být při zvažování poměru přínosu a rizika považováno za příznivý účinek zvoleného léčebného postupu**

Základní východiska přechodu z péče intenzivní na paliativní

- **Léčba, která se jeví jako neúčelná a nepřiměřená, nemá být indikována a prováděna**
- **Nezahájení nebo nepokračování neúčelné a nepřiměřené 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.**

Základní východiska přechodu z péče intenzivní na paliativní

Nezahájení nebo nepokračování neúčelné a nepřiměřené léčby u pacientů v terminálním stadiu 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**

Z hlediska medicínského, právního a etického **není rozdíl mezi nezahájením nebo nepokračováním daného léčebného postupu**

Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby jsou při správném odborném posouzení postupy, které **nelze zaměňovat za eutanázii či ublížení na zdraví**

Základní principy přijetí na ICU

- **přijetí pacienta na ICU by mělo být podloženo předpokládaným přínosem zdravotní péče, která mu má být na daném oddělení poskytnuta**
- stanovení rozsahu poskytované léčby musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta
- neexistuje povinnost zahajovat **neúčelnou/nepřiměřenou** léčbu nebo v ní pokračovat
- **vždy zabezpečení fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb pacienta, odstranění pocitů bolesti, strádání a utrpení s respektováním lidské důstojnosti jsou základní priority paliativní péče**

Přechod intenzivní péče na péči paliativní

- Znamená změnu cílů léčby
- **Modifikace /limitace péče**
- Zadržetí nebo **ukončení** orgánové podpory, **neznamená odnětí péče**
- **Neodnímáme péči, naopak začínáme poskytovat péči paliativní**

Etické principy

- **Autonomie**
 - právo jedince na seburčení a volbu

*„lékař musí respektovat rozhodnutí a přání nemocného,
pokud je dostupné a relevantní“*

.

Etické principy

- **Beneficence-** chování s nejlepším úmyslem pro ostatní
 - diagnostický nebo léčebný postup musí být pečlivě a odpovědně posuzován poměrem reálného klinického přínosu a míry možného rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání
- **Non-Maleficence-** především neškodit
 - léčba, která není „ku prospěchu a v nejlepším zájmu pacienta“, nemá být indikována a prováděna
- **Justice-** spravedlnost a rovnost všem
 - pacientovi musí být poskytnuta léčba a péče, které jsou přiměřené jeho zdravotnímu stavu a jeho potřebám
 - v ČR princip solidárnosti






Rozhodování v závěru života – kdy?





- Progredující orgánová dysfunkce
- Cíle léčby nemohou být dosaženy
- Dosažitelné cíle nejsou pravděpodobně v souladu s přáním hodnotami pacienta
- Pravděpodobnost dobré kvality života a přežití je nízká

Rozhodování v závěru života

- Věk není rozhodujícím kritériem
- Nejdůležitějším prediktorem mortality se ukazuje syndrom křehkosti (Clinical Frailty Scale)
- Týmový/multidisciplinární přístup
- Vysoké nároky na čas, emocionalitu, komunikaci s pacientem a rodinou

CLINICAL FRAILITY SCALE

	1	VERY FIT	People who are robust, active, energetic and motivated. They tend to exercise regularly and are among the fittest for their age.
	2	FIT	People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally , e.g., seasonally.
	3	MANAGING WELL	People whose medical problems are well controlled , even if occasionally symptomatic, but often are not regularly active beyond routine walking.
	4	LIVING WITH VERY MILD FRAILITY	Previously "vulnerable," this category marks early transition from complete independence. While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities . A common complaint is being "slowed up" and/or being tired during the day.
	5	LIVING WITH MILD FRAILITY	People who often have more evident slowing , and need help with high order instrumental activities of daily living (finances, transportation, heavy housework). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation, medications and begins to restrict light housework.

	6	LIVING WITH MODERATE FRAILITY	People who need help with all outside activities and with keeping house . Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.
	7	LIVING WITH SEVERE FRAILITY	Completely dependent for personal care , from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~6 months).
	8	LIVING WITH VERY SEVERE FRAILITY	Completely dependent for personal care and approaching end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.
	9	TERMINALLY ILL	Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months , who are not otherwise living with severe frailty . (Many terminally ill people can still exercise until very close to death.)

SCORING FRAILITY IN PEOPLE WITH DEMENTIA

The degree of frailty generally corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

In **very severe dementia** they are often bedfast. Many are virtually mute.



Clinical Frailty Scale ©2005–2020 Rockwood, Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicineresearch.ca
Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489–495.

Doporučení pro praxi

- **podnět** k zahájení paliativní péče může dát kdokoliv z ošetřujícího zdravotnického týmu, z rodiny či okruhu tzv. blízkých pacienta
- rodina či blízcí pacienta by měli být do rozhodování co nejvíce zapojeni, nejlépe formou strukturovaného rozhovoru (*nedelegovat odpovědnost!*)
- **do rozhodování by měli být zapojeni všichni členové ošetřujícího zdravotnického týmu** (konsensus!, *přizvání nezávislého lékaře?*)
- závěrečné rozhodnutí o zahájení paliativní péče je odpovědností ošetřujícího lékaře

Doporučení pro praxi

- cíle paliativní péče by měly být v pravidelných intervalech přehodnocovány a zvažovány (minimálně jednou za 24 hodin)
- jakákoliv již přijatá rozhodnutí mohou být v odůvodněných případech změněna a musí to být zaznamenáno do zdravotnické dokumentace

EOL (End-of-life) péče na ICU

Domény péče

- Fyzické utrpení – kontrola symptomů
- Psychosociální – komunikace s pacientem a rodinou
- Emocionální – psychologická podpora
- Spirituální – duchovní péče a podpora

EOL (End-of-life) péče na ICU

kontrola symptomů

- **Dušnost-** jeden z nejvíce stresujících pocitů
 - **cílená léčba:** anemie, fluidotorax, pneumonie
 - **symptomatická léčba:** oxygenoterapie, opoidy, paliativní sedace
- **Bolest-** neumíme kompletně odstranit, umíme ji pouze zmírnit
 - analgetická terapie
 - invazivní techniky- na ICU zřídka
 - sedace, paliativní sedace
- **Nevolnost, zvracení, slabost, úzkost, strach, zmatenost, únava...**

EOL (End-of-life) péče na ICU

- **Komunikace**

- otevřená a strukturovaná komunikace s pacientem (pokud lze) a rodinou
- cíle léčby, realistická prognóza, přijetí a pochopení informací...

- **Psychologická podpora**

- využít spolupráci s psychologem
- farmakologické/nefarmakologické intervence

- **Duchovní podpora**

- respektování víry pacienta (nemocniční kaplan, pastorační asistent...)

Legislativa

- **Doporučení České lékařské komory č.1/2010** k postupu při rozhodování o změně intenzivní léčby na paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli
- **Rozhodnutí osoby určené pacientem neboli zástupce pro medicínská rozhodnutí** Zákon o zdravotních službách (372/2011 Sb., 33 odst. 1+ 34 odst. 7)
- **Předem vyslovené přání** podle zákona o zdravotních službách Zákon o zdravotních službách (372/2011 Sb, 36)
- **Věstník MZ č.1/2022**

Legislativa – zástupné rozhodování v závěru života

- **Předem vyslovené přání**

- pacient může dopředu vyjádřit nesouhlas/souhlas s některými výkony v situaci, kdy nebude moci o sobě kompetentně rozhodnout, musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta
- stejné rozhodnutí může učinit i během hospitalizace, pak není třeba úředně ověřený podpis, ale podrobný zápis do dokumentace
- *Zákon o zdravotních službách (372/2011 Sb., 36)*

Legislativa – zástupné rozhodování v závěru života

- **Rozhodnutí osoby určené pacientem, neboli zástupce pro medicínská rozhodnutí**
 - občan České republiky má možnost si zvolit tzv. zástupce pro případ, kdy v budoucnu nebude moci vyjádřit svoji vůli, tedy určit si osobu, která bude respektovat zájmy zastoupeného v situacích týkajících se výkonu zdravotních služeb
 - *Zákon o zdravotních službách (372/2011 Sb., 33 odst. 1+ 34 odst. 7)*

Take home message

- **Cílem intenzivní medicíny je záchrana života a zdraví, ne prodlužování umírání**
- **Paliativní péče je poskytována souběžně s intenzivní péčí**
- **Důstojné umírání je jedním z dobrých výsledků kvalitně poskytované intenzivní a paliativní péče**
- **Rozhodování v závěru života musí být v souladu s právními normami konkrétního státu a etickými principy**

Zdroje

- **Doporučení České lékařské komory č.1/2010** k postupu při rozhodování o změně intenzivní léčby na paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli
- **Zákon o zdravotních službách**
- **Věstník MZ č.1/2022**
- Černá Pařízková R., **Etika a paliativní péče v intenzivní péči v roce 2019** *Anesteziologie a intenzivní medicína 2019 č.6 281-28*
- **Úloha paliativní medicíny u akutních stavů** Kopecký O., Rusinová K., Kouba M., Macová I. *Vnitřní lékařství 2019; 65(6): 449–455*
- Jan Maláska, Jan Stašek, Milan Kratochvíl, Václav Zvoníček a kol., **Intenzivní medicína v praxi**

Děkuji za pozornost