

Kde začíná a kde končí paliativní medicína?

Paliativa jako každodenní nástroj intenzivisty, ne až jako poslední možnost.

Jan Maláska

Paliativní péče, IHOK FN Brno

Ústav paliativní a podpůrné péče, LF MU,

Ústav simulační medicíny, LF MU

Klinika dětské anesteziologie a resuscitace, LF MU

KAZUISTIKA – KDO JE NAŠE PACIENTKA

- 75 let
- Od jara 2022 víc v nemocnicích než doma
 - regionální → městská → univerzitní nemocnice (týdny v nemocnici na akutním lůžku)
- Hlavně chirurgie / infekční oddělení
- Problémy:
 - těžké postižení dolních končetin (gangrény, 1 DK po amputaci)
 - po transplantaci ledviny, opakované infekce (C. difficile, herpes zoster)
 - srdeční onemocnění (FiSi, ICHS, po operaci Ao chlopně)
 - celkově křehká, podvyživená, anemická, závislá na pomoci

 Křehká pacientka s velmi omezenou rezervou.

KAZUISTIKA – POSLEDNÍ 24 HODIN „NA MAXIMUM“

- Progrese nálezu na LDK → angioplastika
- Následně masivní krvácení z třísla → operace, přesun na JIP
- Během večera a noci:
 - **opakovaně resuscitovaná (3×)**
 - velký hematom v retroperitoneu, další **operace** s evakuací krve
 - vysoké dávky vazopresorů, **oboustranně dilatované zornice**
- Refrakterní šok, opakované krvácení
- Úmrtí v noci, rodina informována telefonicky

 **Kde začíná a kde končí paliativní medicína?**

Paliativa nezačíná...

- ...až když už nic neumíme nabídnout (vyčerpaná ATB, orgánová podpora, ...)
- ...až když zavoláme KTTP k zařízení hospice (protože o terénní péči moc nevíme, ...)
- ...až když vypneme ventilátor (vazopresory, dialýzu, ...)

 **Když ji chápeme takhle, přicházíme pozdě – pro pacienta, rodinu i tým.**



Paliativní péče podle EAPC – a co z toho plyne pro JIP

Co říká EAPC

Co to znamená na JIP



Aktivní, celková péče o pacienty, jejichž onemocnění nereaguje na kurativní léčbu.



Aktivní péče o pacienty s život ohrožujícím onemocněním a nejistou prognózou – téměř všichni, kdo jsou na JIP > 48 H



Prvořadá je kontrola bolesti, dalších symptomů a sociálních, psychologických a spirituálních potřeb.



Na JIP **systematicky řešíme bolest, dušnost, delirium, úzkost** Ptáme se i na obavy a zdroje pacienta a rodiny.



Interdisciplinární přístup; zahrnuje pacienta, rodinu i komunitu.



Týmová práce – intenzivista, sestra, psycholog, fyzioterapeut. Rodinu zveme jako **partnera k rozhodování**, ne jen jako návštěvu.



Péče bez ohledu na to, kde je o pacienta pečováno.



Paliativní péče **patří i na JIP**: 4T, cíle péče, preference, plán dalšího místa péče. Napojujeme na standard, domácí či lůžkový hospic.



Potvrzuje život, považuje umírání za normální proces; neurychluje ani neoddaluje smrt.



Smrt na JIP není selhání, ale běžná součást naší práce – zaslouží stejnou profesionalitu jako např. ECMO. Hledáme **přiměřenou péči**.



Cílem je zachovat co nejlepší kvalitu života až do smrti.

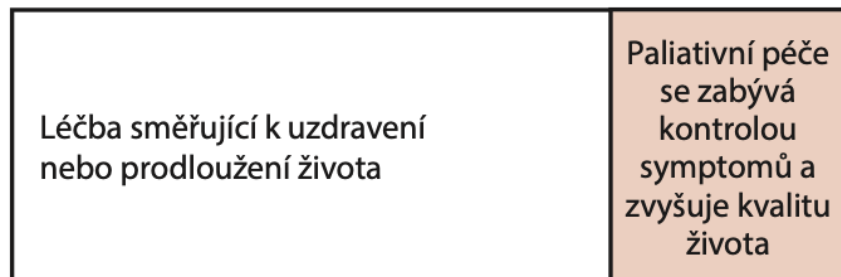


Na JIP míříme k tomu, aby měl pacient **co nejméně utrpení**, mohl být v kontaktu s rodinou a měl **důstojný závěr života**.

Na JIP paliativní péče začíná u pacientů se život ohrožujícím onemocněním a nejistou prognózou (**typicky** při pobytu > 48 h) a nekončí smrtí, ale podporou pacienta a rodiny v závěru života.

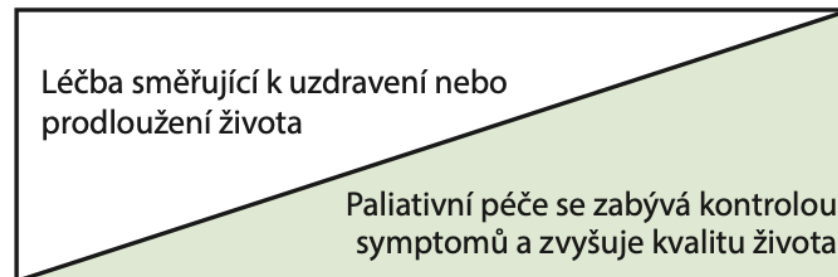
Časná integrace paliativní péče na JIP

Tradiční přechod mezi kurativní a paliativní péčí

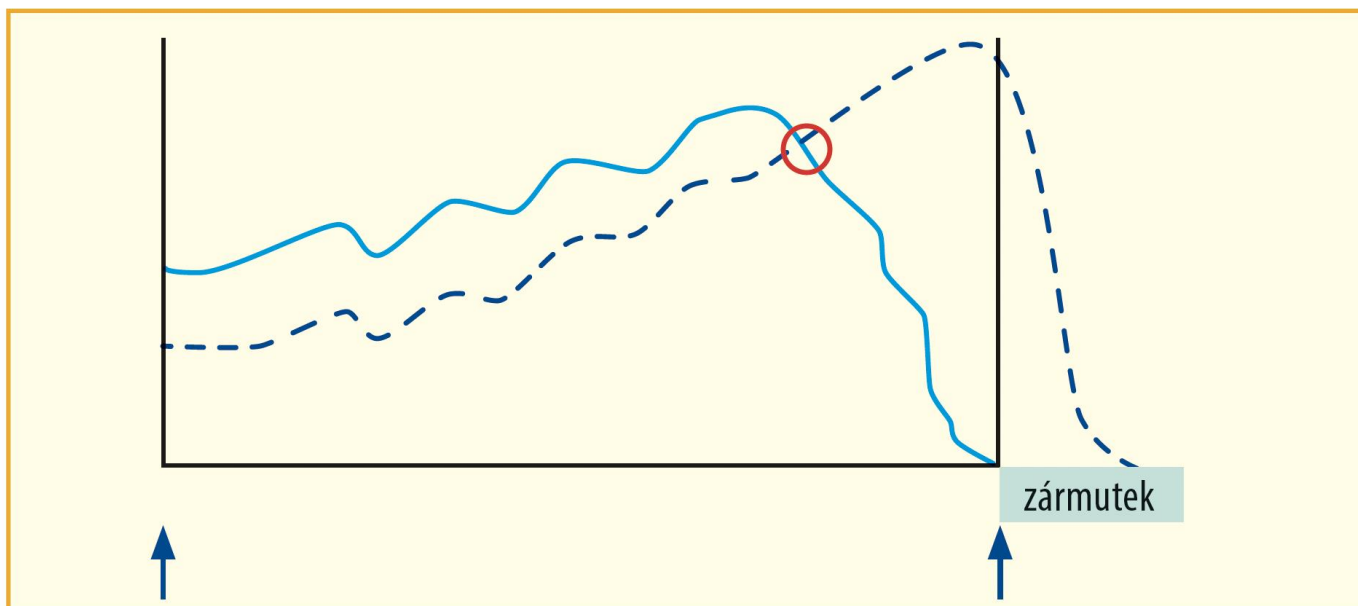


diagnóza

Model časné integrace paliativní péče



smrt



6 Paliativní péče **není** luxus na konci, ale **znak** dobré intenzivní medicíny.

Co nám připomínají nová evropská doporučení pro EOL na JIP

- **Smrt na JIP není selhání**, ale běžná součást naší práce – zaslouží stejnou profesionalitu jako zahájení ECMO.
- U rizikových pacientů **integrovat paliativu včas** – sami nebo ve spolupráci s paliativním týmem – ne až po třetí resuscitaci.
- Důraz na **sdílené rozhodování a rodinné konference** – jasně pojmenovat cíle a limity.
- U pacientů, u kterých **očekáváme pobyt na JIP > 48 hodin**, mít **zaznamenané cíle péče a preference** pacienta / rodiny.

Intensive Care Med (2024) 50:1740–1766
<https://doi.org/10.1007/s00134-024-07579-1>

CONFERENCE REPORTS AND EXPERT PANEL

European Society of Intensive Care Medicine
guidelines on end of life and palliative care
in the intensive care unit



Autopilot vs. strukturované rozhodování

Autopilot

- ptáme se: „**Co ještě zkusíme?**“
- další CT, další orgánová podpora, další vazopresor
- protokoly podle guideline a našich zkušeností

Jen medicínsky správné rozhodování

Strukturované rozhodování

- zastavíme se a ptáme se: „**Co je teď cíl?**“
- zapojení pacienta / rodiny
- domluva: cíle péče, limity, místo péče

Hodnotově orientované rozhodování

👉 Autopilot je skvělý u polytraumatu, ne u křehkého pacienta s vyčerpanými rezervami.

Kdy má lékař rozhodovat sám – a kdy už ne

Jsou chvíle, kdy musíme rozhodnout sami

Ale tenhle mandát je časově omezený

- KPR, hluboký šok, náhlá katastrofa
- Nejde jen o minuty, ale často i o nízké **hodiny**
- Pacient je v bezvědomí, bez zástupce, bez DVP → **mandát lékaře** rozhodovat v režimu neodkladné péče bez souhlasu

- Není to **bianko šek na celý pobyt na JIP/ARO**
- Jakmile pominou „turbulence“ (bezprostřední ohrožení):
- máme **čas a povinnost** hledat „**hlas pacienta**“
- DVP, dokumentace, rodina, hodnoty, cíle péče

§ 38 ZZS: Bez souhlasu pacienta lze poskytnout **pouze neodkladnou péči**, pokud ji stav pacienta vyžaduje a není možné včas získat souhlas zástupce.

Jaký model paliativní péče na JIP?

- **1. Integrovaný model = „baseline“ u každého intenzivisty**
- Každý lékař na JIP má kompetence v obecné paliativní péči:
 - **Screening potřeb 4T** (Tělo – Těžké myšlenky – Tým doma – To, na čem mi záleží)
 - **Cíle péče a preference** (strukturované rozhodování)
 - **Strukturované rozhovory s rodinou** (pravidelné rodinné konference)
- **2. Konziliární model = KTPP pro těžké situace**
- Příklady **těžkých situací**, kde můžeme přizvat KTPP:
 - **Prognostická nejistota** a opakované pochybnosti, jestli má další eskalace smysl
 - **Konflikty v týmu nebo s rodinou** ohledně cíle péče (pokračovat vs. limitovat léčbu)
 - **Složitá rodinná dynamika** – rozdělená rodina, absence zástupce, právní / etické otázky

Co říkají data pro ICU?

Randomizované studie – časné paliativní konzilium (24–48 h)

- cílení na **vysoce rizikové pacienty**
- **víc rozhovorů o cílech péče**, častější DNR/DNI / hospice
- **kratší pobyt na JIP i v nemocnici**
- **bez zkrácení přežití** – nejde jen o „ukončování“, ale o sladění péče s tím, co dává smysl

- **Konziliární tým (KTPP) i integrovaný model paliativní péče na JIP** snižují nepřiměřenou péči a zlepšují zkušenost rodin.

Neexistuje nejlepší model – doporučuje se kombinace:

- dovednosti obecné paliativní péče u každého intenzivisty + specializovaný tým pro nejtěžší situace.

Screening potřeb (4 domény)

(tělo – hlava – rodina – hodnoty) = bio-psycho-spirituo-sociální model po česku

Screening potřeb – 4T: Tělo – Těžké myšlenky – Tým doma – To, na čem mi záleží

1

Tělo – bolest,
dušnost,
výživa,
spánek

2

Hlava –
obavy, coping,
zdroje síly

3

Rodina –
rodina,
vztahy,
ekonomika

4

Hodnoty –
víra, hodnoty,
smysl

Strukturované rozhodování u kriticky nemocných

- **My přinášíme medicínu:**
diagnózu, prognózu, realistické scénáře a možnosti léčby
- **Pacient / rodina přináší hodnoty a preference:**
co je pro ně nejdůležitější, čeho se bojí, co chtějí / nechťejí
- **Společně formulujeme plán péče**
cíl péče, limity léčby, preferované místo péče → *zapsat do dokumentace*

 **Hodnotově orientovaná rozhodnutí = medicína × hodnoty.**

Kdo má být u strukturovaného rozhovoru o rozsahu péče?

- **Pacient** – pokud je schopen rozhodovat
- **Osoba blízká / rodina** – pokud si to pacient přeje
- Ošetřující **lékař**
- **Sestra**, která pacienta zná
- **KTPP** – u složitějších situací
- **Podle potřeby**: psycholog, kaplan, zdravotně sociální pracovník

 **Lékař na to nemusí být sám.**

Jak vést rodinnou konferenci? - komunikace

Zhodnot'te porozumění	„Jak rozumíte tomu, co se děje s vaším ...[blízkým]?“
Sdílejte informace	„Obávám se, že jsme se nyní posunuli jinam. Onemocnění [stav] se zhoršilo i přes naše nejlepší úsilí. Mám obavy, že nemáme účinnou léčbu, jak tomu zabránit.“
Prozkoumejte priority	“Vzhledem k tomu, co se nyní děje, co je nejdůležitější?” „V co doufáte?“ „Z čeho máte obavy?“
Další kroky a doporučení	„Vzhledem k tomu, co se děje s nemocí a vzhledem k tomu, co od vás slyším ohledně [naděje] a [obav], doporučuji následující [cíle]“

Proč řešit slova, která používáme?

- Není jedno, jak v týmu/odborné komunitě mluvíme o závěru života („dejme DNR“...)
- Potřebujeme pojmy jako:
 - **přiměřená léčba** (vs. nepřiměřená)
 - **plánování budoucí péče, cíle péče**
 - **limitace léčby** (nezahájení / ukončení)
 - **terapeutický test**
- Cíl: aby **chirurg, intenzivista, paliatr i pacient/rodina** pod stejným slovem chápali stejnou věc.

**Návrh aktualizace terminologie
při péči o pacienty v závěru života
na jednotkách intenzivní péče
v České republice**

Kde začíná a kde končí paliativní medicína?

- **Začíná** u život ohrožující nemoci s nejistou prognózou – často už při příjmu na JIP, ne až na úplném konci.
- **Probíhá paralelně** s intenzivní léčbou – pomáhá nám naplánovat, co je pro toho konkrétního pacient ještě přiměřené.
- **Nekončí** vypnutím ventilátoru, ale **naplněným závěrem života** – ideálně s prostorem pro setkání pacienta s rodinou.

 **Jakmile pominou turbulence, vypínáme autopilota a hledáme hlas pacienta**

Kontaktní údaje



malaska.jan@fnbrno.cz

jan.malaska@med.muni.cz



532 325 031



Konziliární tým paliativní
a podpůrné péče

Jihlavská 20, 625 00 Brno, Česká republika
+420 532 235 050 | +420 608 047 578
paliativa@fnbrno.cz



www.fnbrno.cz

