



Paliativní péče v PNP

MUDr. Petr Mokrejš

Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje

Domácí hospic 14 Pomocníků Semily

3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze





**Česká společnost
paliativní medicíny**

České lékařské společnosti
Jana Evangelisty Purkyně

Konsensuální doporučení pro péči o pacienty v terminálním stavu v podmínkách urgentní medicíny

Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP

Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP

Revidované znění dokumentu - únor 2026



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**



Paliativní pacient v PNP

identifikace „paliativně relevantního pacienta“



etika umírání v urgentní medicíně



praktický management a dokumentace

Proč je to důležité ?

**primární koncepce ZZS
= ohrožení života**

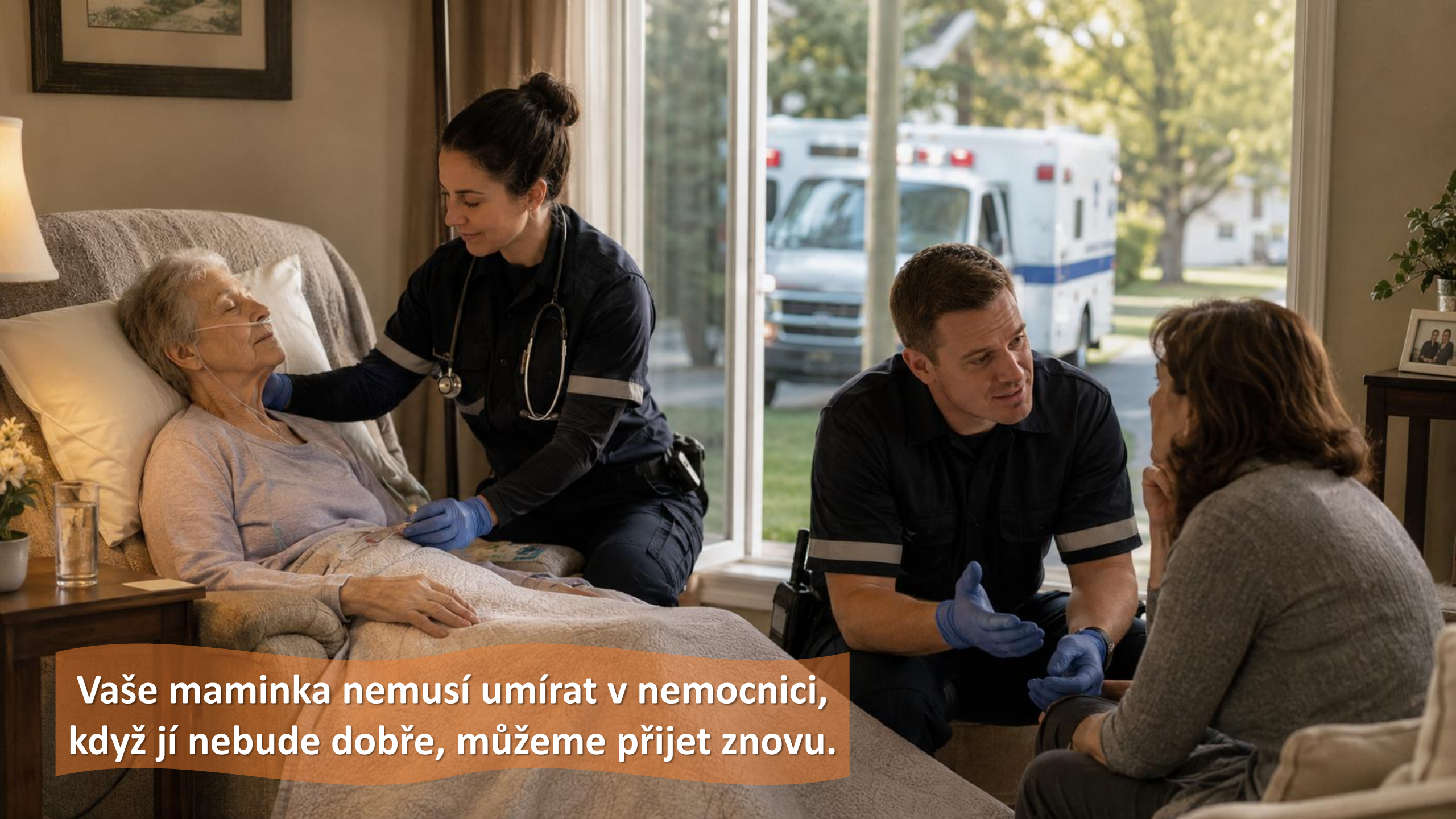
**> 50 % pečujících v domácí
hospicové péči kontaktuje primárně
ZZS dříve než paliativní tým**

- stresující symptomy
- nejistota pečujících
- rychlá dostupnost ZZS
- obtížné smírování se smrtí

Klíčová změna paradigmatu:

soucitná péče a symptomatická léčba poskytnutá ZZS

≠ automatická povinnost transportu do nemocnice



**Vaše maminka nemusí umírat v nemocnici,
když jí nebude dobře, můžeme přijet znovu.**

Kdo je „paliativně relevantní“ pacient?

Paliativní relevanci je třeba zvažovat u těchto skupin pacientů:



Pokročilé onkologické onemocnění — metastatické nebo lokálně pokročilé nádorové onemocnění, vyčerpané možnosti kauzální léčby



Terminální srdeční onemocnění — srdeční selhání stadia D, opakované dekompenzace, refrakterní symptomy



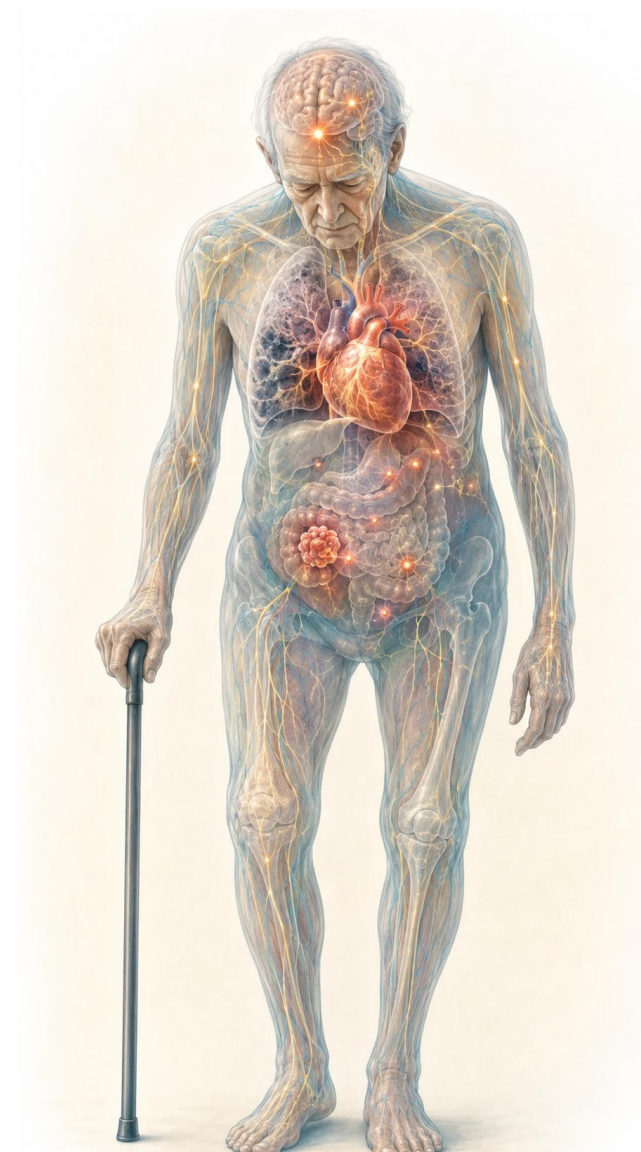
Terminální plicní onemocnění — těžká CHOPN – GOLD IV, terminální intersticiální plicní onemocnění



Pokročilé neurologické onemocnění — pokročilá demence, ALS, RS těžká CMP se špatnou prognózou...



Geriatrická multimorbidita s křehkostí — progredující funkční úpadek, opakované hospitalizace



Rozpoznávací vodítka v terénu:

Kachexie, trvalé upoutání na lůžko,
domácí oxygenoterapie.

Zapojení domácího hospice
nebo paliativního týmu.

Medikace v domácnosti:
opioidy, anxiolytika, antisekreční léky.

Vyjádření rodiny, že zhoršení bylo „očekávané“.





Clinical Frailty Scale: rychlý nástroj pro terén

1–3: zdatný / aktivní / zvládající běžné aktivity



4: zranitelný — není závislý na pomoci, ale je zpomalený



5: mírně křehký — potřebuje pomoc s instrumentálními aktivitami denního života



6: středně křehký — potřebuje pomoc se všemi aktivitami mimo domov a s vedením domácnosti



7: těžce křehký — zcela závislý v osobní péči



8: velmi těžce křehký — zcela závislý, blíží se závěru života



9: terminálně nemocný — předpokládané přežití do 6 měsíců

CFS ≥ 5 definuje křehkost a predikuje 30denní mortalitu u pacientů ≥ 65 let na urgentním příjmu s AUC 0,81.

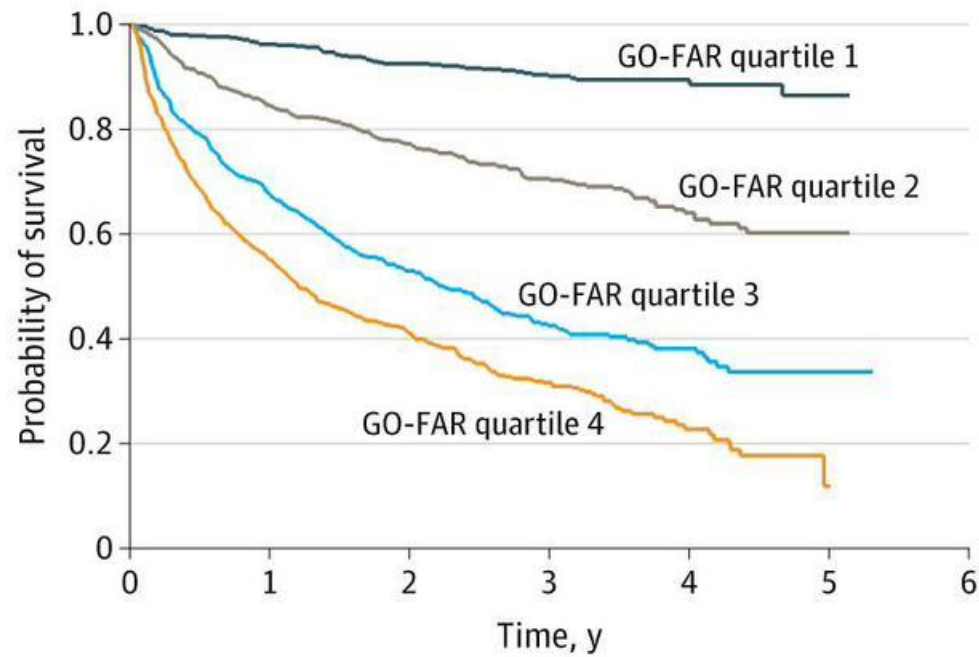


CFS 7–8 je spojena s adjustovaným hazard ratio 3,6 pro dvouletou mortalitu oproti CFS 1–3.



Riziko mortality narůstá postupně:
CFS 5 — OR 8,3
CFS 8 — OR 64,0
oproti CFS 1–4

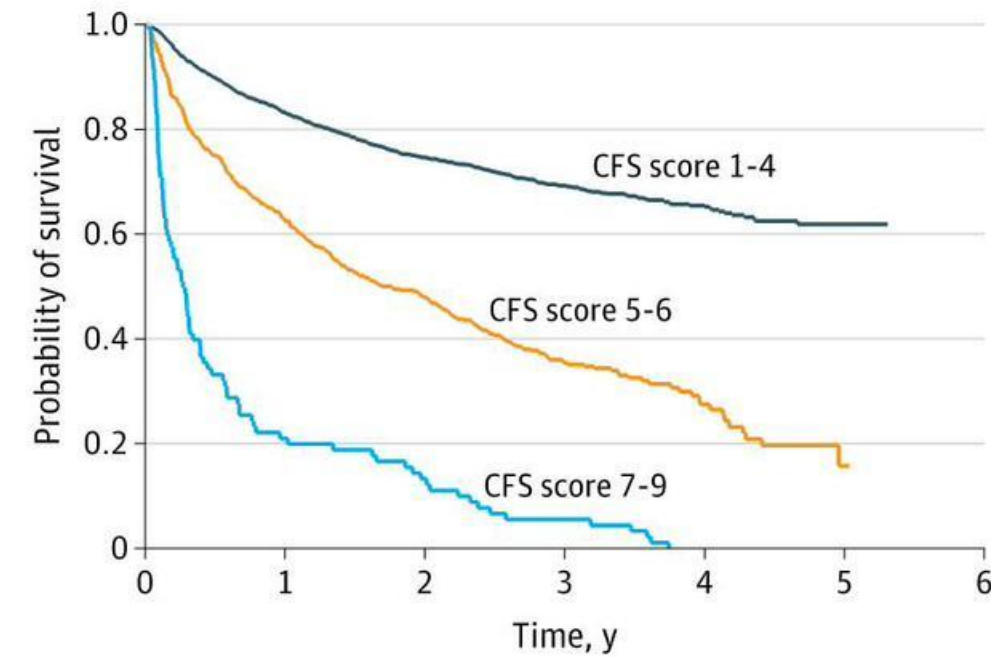
A GO-FAR survival curves



No. at risk

GO-FAR quartile 1	728	524	476	297	96	10
GO-FAR quartile 2	791	544	469	264	106	10
GO-FAR quartile 3	694	402	292	130	51	4
GO-FAR quartile 4	627	290	197	101	28	1

B CFS survival curves



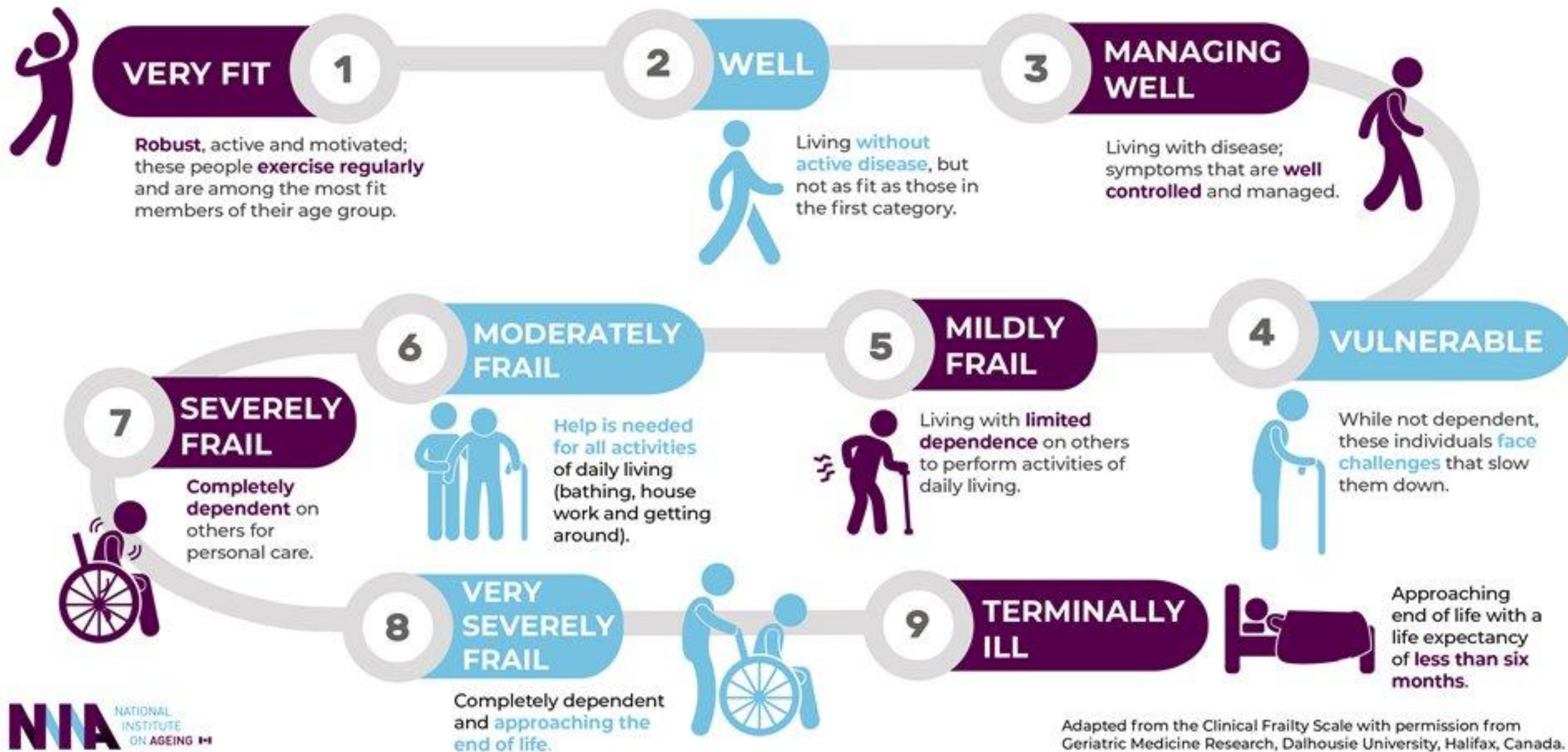
No. at risk

CFS score 1-4	2132	1423	1191	674	248	21
CFS score 5-6	601	318	231	113	33	4
CFS score 7-9	107	19	12	5	0	0

©Kaplan-Meier Survival Estimates With Number at Risk for Good Outcome Following Attempted Resuscitation (GO-FAR) Score Quartiles and Clinical Frailty Scale (CFS) Categories; JAMA Netw Open September 2, 2025

UNDERSTANDING FRAILITY:

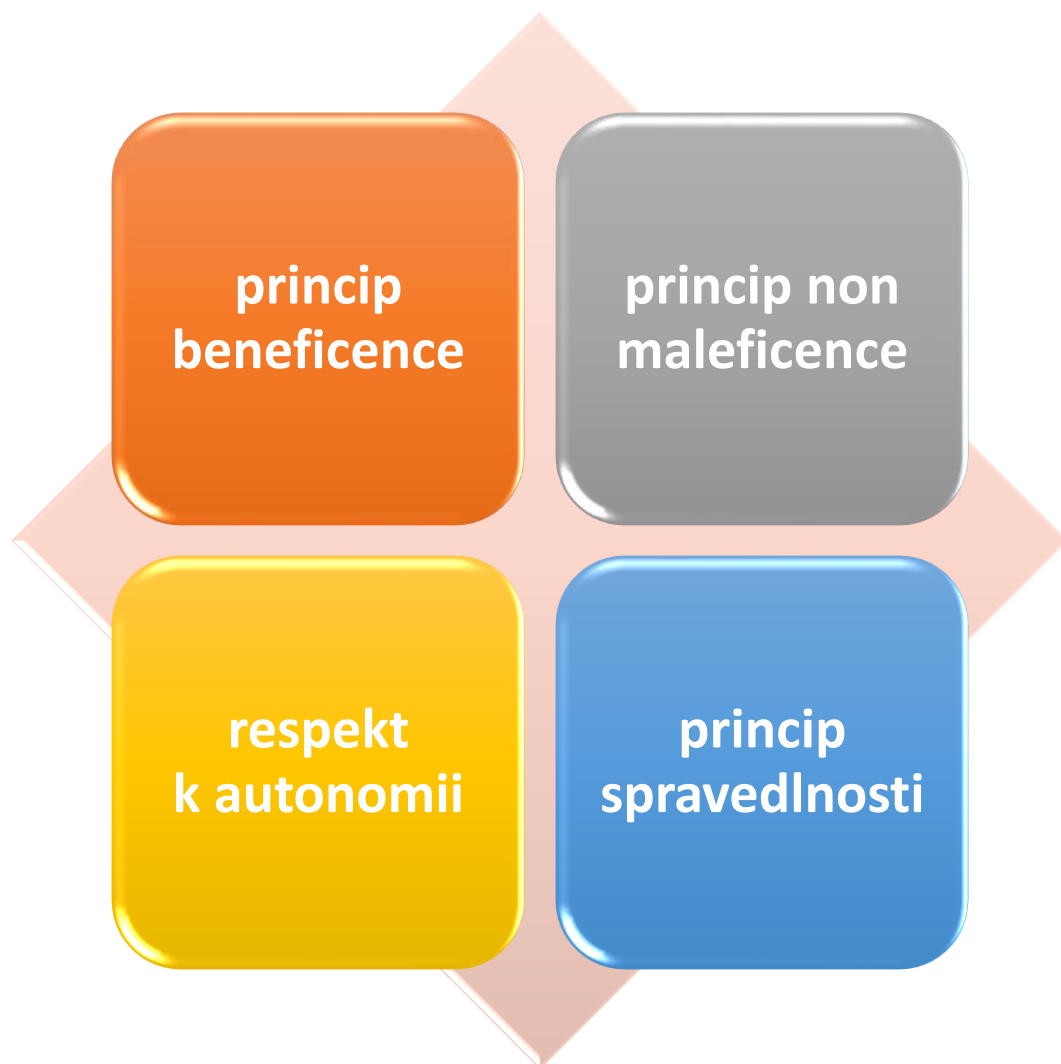
HOW TO MEASURE FRAILITY IN YOUR PATIENTS USING THE CLINICAL FRAILITY SCALE



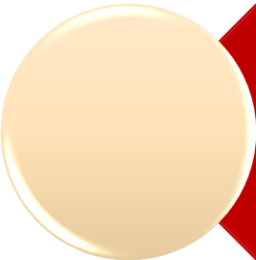
Praktické pravidlo:

CFS ≥ 7 + akutní zhoršení
→ silně zvažovat
komfortní/paliativně
orientovaný postup
místo agresivní intervence

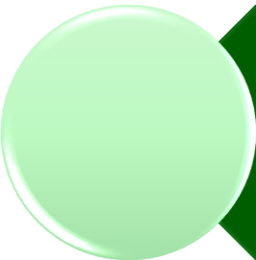
Základní východiska lékařské etiky



Princip dvojího účinku



Je eticky přípustné podat opioidy nebo sedativa k úlevě od bolesti, dušnosti či agitovanosti, i když je předvídatelným vedlejším účinkem dechový útlum.



Primárním úmyslem musí být úleva od symptomů, nikoliv urychlení smrti.



Dávka musí být přiměřená symptomům a titrována podle účinku.



Z etického hlediska
je nepřijatelné
jak úmyslné předávkování pacienta,
tak ponechání pacienta trpět
bez pomoci,
protože titrování dávky je pracné.



Možná rizika při rozhodování

neadekvátní paliativizace
„starých“ nebo „nemocných“

opomenutí léčby kurabilního onemocnění,
které se základní diagnózou nesouvisí

hyperaktivní přístup s neadekvátní diagnostikou
a futilní terapií vedoucí k dystanasii



Co si z ERC 2025 Ethics vzít pro paliativní urgentní medicínu:



Resuscitace musí být v souladu s hodnotami a cíli pacienta.



DNR patří do širšího plánu péče, ne do izolované poznámky.



Důvod DNR musí být jasně dokumentován.



Dokumentace musí být dostupná v urgentní situaci.



Plán péče má určit i nepřiměřené intervence, kterým se chceme vyhnout.



Co si z ERC 2025 Ethics vzít pro paliativní urgentní medicínu:

Ukončení resuscitace má být týmové,
plánované a holistické.

Rodina má být přítomna,
ale potřebuje podporu a jasnou komunikaci.

Etika, DNR a ukončení resuscitace
musí být součástí výcviku ZZS.

Bez standardizovaných lokálních postupů bude posádka v terénu
dál nést nepřiměřenou nejistotu.



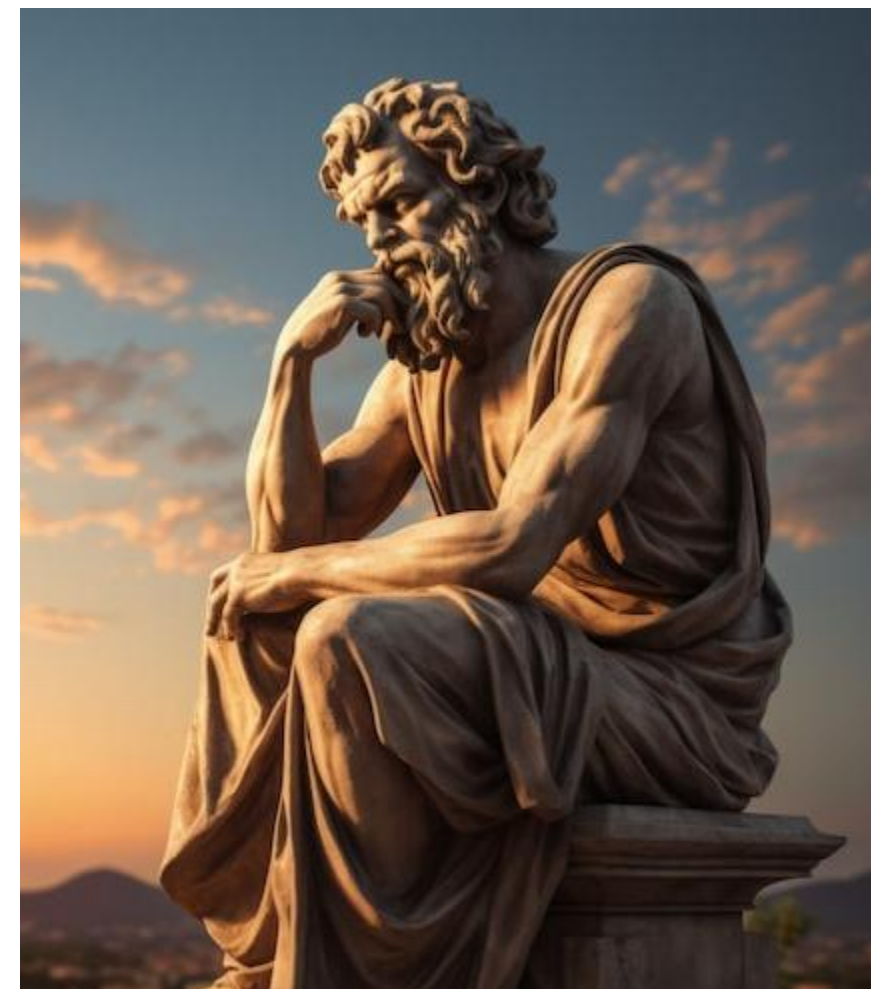
Problémy v praxi:

Dokumentace často chybí,
je neúplná nebo
není na místě dostupná.

Hodně by nám pomohla
digitalizace zdravotnictví –
dostupná elektronická
dokumentace již cestou k
zásahu.

Průzkumy ukazují nejistotu
pracovníků ZZS při interpretaci
dokumentace, zejména mimo
situaci srdeční zástavy.

Bez dokumentace ZZS obvykle
směřuje k plné resuscitační
péči – potenciálně proti přání
pacienta.



Ovlivnitelné symptomy v paliativní péči



Nejčastější nebolestivé symptomy v paliativní péči

únava

dušnost

zácpa

anorexie /
kachexie

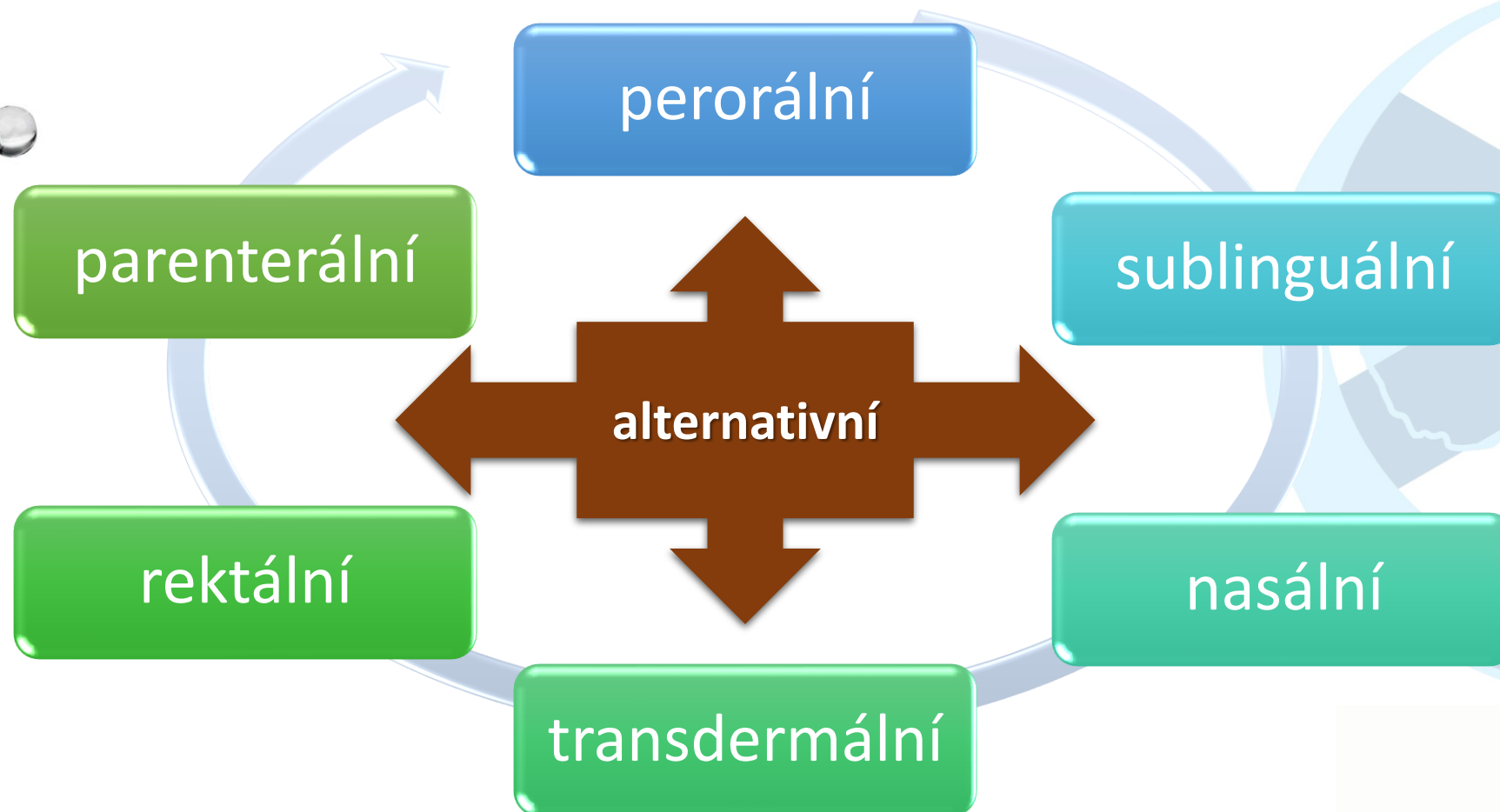
nauzea a
zvracení

delirium

úzkost a
deprese

křeče

Cesty podání léčiv





KURZ



Studijní text ke kurzu

PALIATIVNÍ PÉČE V URGENTNÍ MEDICÍNĚ

Palliative and Emergency Care Essentials



 **Dobrá urgentní medicína není vždy ta, která udělá maximum technicky možného.**

 **Dobrá urgentní medicína je ta, která v pravý čas udělá maximum přiměřeného, prospěšného a v souladu s přáním pacienta.**





Zdroje: české

1. **Česká lékařská komora.** *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.* Praha: ČLK, 2010. Schváleno představenstvem ČLK dne 20. 2. 2010, účinnost od 4. 3. 2010. Online. Cit. 25. 5. 2026.
2. **Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP; Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP.** *Konsensuální doporučení pro péči o pacienty v terminálním stavu v podmínkách urgentní medicíny.* Revidované znění, únor 2026. Online. Cit. 25. 5. 2026.
3. **Sbírka zákonů ČR**



Zdroje: odborná literatura

1. Validation of the Clinical Frailty Scale for Prediction of Thirty-Day Mortality in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*. 2020. Kaeppli T, Rueegg M, Dreher-Hummel T, et al. *Observational*
2. The Clinical Frailty Scale Score in Older Persons (≥ 65 Years) Admitted via the Emergency Department: A Prospective Cohort Study. *BMC Geriatrics*. 2026. Alsuleiman MK, Oglat AA, Oqlat AA, et al. *New*
3. Frailty Assessment Tools in the Emergency Department and Their Predictive Value for Clinical Outcomes: Review of the Literature. *GeroScience*. 2026. Shiffer D, Reggiani F, Voza A. *New Review*
4. The Clinical Frailty Scale Improves Risk Prediction in Older Emergency Department Patients: A Comparison With qSOFA, NEWS2, and REMS. *Scientific Reports*. 2025. Chung HS, Choi Y, Lim JY, et al.
5. Palliative Care Best Practices Guidelines. American College of Surgeons (2017). 2017. Gail T. Tominaga MD, Anne C. Mosenthal MD FACS, David H. Livingston MD FACS, et al. *Guideline*
6. Clinical Guidance in Neuropalliative Care: An AAN Position Statement. *Neurology*. 2022. Taylor LP, Besbris JM, Graf WD, et al. *Review*
7. Part 3: Ethics: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2025. Elmer J, Atkins DL, Daya MR, et al. *New Guideline*
8. Palliative Care. National Comprehensive Cancer Network. Updated 2026-04-16. *Guideline*
9. Comfort Care for Patients Dying in the Hospital. *The New England Journal of Medicine*. 2015. Blinderman CD, Billings JA. *Review*
10. EMS Care of Adult Hospice Patients- A Position Statement and Resource Document of NAEMSP and AAHPM. *Prehospital Emergency Care*. 2023. Breyre AM, Wang DH, Brooten JK, et al. *Guideline*
11. Effect of a Mobile Integrated Hospice Healthcare Program on Emergency Medical Services Transport to the Emergency Department. *Prehospital Emergency Care*. 2021. Breyre A, Taigman M, Salvucci A, Sporer K.
12. The ALLAN Trial: Impact of Early Home-Based Palliative Care on Emergency Care and Hospitalisation in Advanced Gastrointestinal Cancer Patients. *British Journal of Cancer*. 2026. Bojesson A, Brun E, Eberhard J, Segerlantz M. *New*
13. Economic Evaluation of the "Paramedics and Palliative Care: Bringing Vital Services to Canadians" Program Compared to the Status Quo. *Cjem*. 2024. Tarride JE, Stennett D, Coronado AC, et al.
14. Raffay V, Wittig J, Bossaert L ... European Resuscitation Council Guidelines 2025 Ethics in Resuscitation Resuscitation, 215

Děkuji za pozornost



petr.mokrejs@zzslk.cz

