

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

Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP

Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP

Úvod

Účelem tohoto metodického pokynu je definovat postupy poskytování neodkladné péče u pacientů v terminálním stavu v systému urgentní péče, tedy v přednemocniční neodkladné péči (PNP) zajišťované zdravotnickými záchrannými službami (ZZS) a na urgentních příjmech (UP). Terminálním stavem se rozumí konečné období nemoci, které obvykle trvá dny, týdny až měsíce.¹ Tito pacienti potřebují rychlou a účinnou léčbu symptomů, ale mají snížený benefit z akutní hospitalizace a zvýšenou potřebu paliativní péče ("paliativně relevantní pacient"). Nepřiměřeně intenzivní péče, invazivní výkony či opakované transporty při akutním zhoršení mají v těchto případech jak z medicínského, tak etického hlediska charakter péče marné a neúčelné (Doporučení ČLK 2010)² Doporučení Evropské rady pro resuscitaci konstatují, že rozhodování o nezahájení resuscitační péče nemá být zdůvodněno izolovaně nepříznivou prognózou onemocnění. Paušální odepření resuscitační péče z důvodu nepříznivé prognózy hrozí rizikem „self-fulfilling-prophecy“. Doporučení konstatují, že při rozhodování o poskytnutí, nezahájení nebo ukončení resuscitační péče mají být zohledněny zájmy a hodnoty nemocného v souvislosti s očekávaným outcome a formulovanými cíli péče.³

Dvěma třetinám (62 %) očekávatelných nemocničních úmrtí v ČR z důvodu terminální progresy chronického onemocnění předchází výjezd ZZS. Z celkového počtu zemřelých na onkologickou diagnózu v ČR zasahuje ZZS v posledních týdnech jejich života u každého pátého a většina těchto zásahů je realizována v posledních třech dnech života pacienta.⁴ Jedná se tedy o nezanedbatelnou součást pacientů ZZS a UP.

¹ Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2017). Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče. Věstník MZ, 13/2017, 23–27.
http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c-13/2017_14605_3699_11.html

² Česká lékařská komora: Doporučení představenstva ČLK 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.
<https://www.lkcr.cz/doporuzeni-predstavenstev-clk-227.html>

³ European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of life decisions. Resuscitation. 2021;161:408-432. doi:10.1016/j.resuscitation.2021.02.017

⁴ Švancara J. Indikátory přístupu k paliativní péči v hlavním městě Praze – Analýza dat NZIS. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky; 2019 a Švancara J. Výkony ZZS v závěru života zemřelých na onkologickou diagnózu v roce 2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky; 2019.

Na tento metodický pokyn bude navazovat doplňující dokument upřesňující organizaci péče u paliativně relevantních pediatrických pacientů.

Cíle poskytování péče paliativně relevantním pacientům

Paliativní péče je definována zákonem o zdravotních službách.⁵ K jejímu poskytování v rámci urgentní medicíny již nyní rutinně dochází. Z hlediska systematického zařazení se tedy jedná o obecnou paliativní péči^{6, 11} poskytovanou pod základní odborností urgentní medicíny v prostředí zdravotnické záchranné služby nebo urgentního příjmu. K jejímu poskytování není z hlediska personálu nutné získávat žádnou další formální kvalifikaci a z hlediska organizace není nutné získávat dodatečné oprávnění k poskytování zdravotních služeb v oboru paliativní medicína. Péče o paliativně relevantní pacienty v podmínkách urgentní medicíny se od péče u ostatních pacientů odlišuje v léčebném cíli. Ten je v souladu s § 5, odst. 2 h) Zákona o zdravotních službách definován jako **přednemocniční neodkladná péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí.**

⁵ Zákon č. 372/2011 Sb., o Zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.; 2011. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=NIM:188409>.

⁶ Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2017). Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče. Věstník MZ, 13/2017, 23–27. http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c-13/2017_14605_3699_11.html

Část A – zpracování tíšňové výzvy

Včasná identifikace paliativně relevantních pacientů v přednemocniční neodkladné péči má významný potenciál zvýšit kvalitu života pacientů, snížit čerpání intenzivní a resuscitační péče v závěru života a snížit frekvenci opakovaných výjezdů ZZS a rehospitalizací.⁷

Identifikace těchto pacientů ale není jednoduchá – zejména kvůli neznalosti nebo neporozumění prognóze základního onemocnění. Otázky typu "Je v paliativní péči?" "Má ukončenou léčbu?" nepřinášejí ve většině případů relevantní informace a jejich používání není doporučeno. Jako vhodnější se pro identifikaci na úrovni zdravotnického operačního střediska (ZOS) jeví diagnostická kritéria a hospitalizační historie. Pilotním ověřením úspěšně prošel screeningový nástroj Rapid-PCST, vycházející z nástroje Palliative Care Screening Tool, vytvořeného pro indikaci paliativních potřeb u pacientů v nemocnicích.⁸

Kritéria Rapid-PCST:

- Onkologická diagnóza s metastázami, chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), srdeční selhání, amyotrofická laterální skleróza nebo roztroušená skleróza (ALS/RS), chronická dialýza nebo domácí oxygenoterapie (*"S čím se pacient dlouhodobě léčí?"*);
- A zároveň opakovaná neplánovaná hospitalizace za poslední měsíce se stejnou potíží (*"Byl už s tím stejným problémem víckrát neplánovaně v nemocnici?"*);
- A zároveň zhoršování funkčního stavu (ztráta sebeobsluhy nebo pohyblivosti, slabost, nechutenství, hubnutí) nebo symptomů (bolesti, dušnosti, zvracení, poruchy vědomí).

Při splnění všech tří podmínek se jedná o tíšňové volání, jehož subjektem je paliativně relevantní pacient. Výsledkem identifikace volání jako situace s paliativní relevancí by měla být odpovídající klasifikace události (dále v dokumentu používána klasifikace "Paliativní pacient", ale je možné využít i jinou vhodnou klasifikaci upravenou vnitřním předpisem organizace).

Při nesplnění všech tří podmínek nebo nejistotě volí operátor jinou přiměřenou klasifikaci.

Kontraindikací ke klasifikaci "Paliativní pacient" je volání zjevně nesouvisející se základním onemocněním, například úraz, cévní mozková příhoda (CMP) nebo nález těla zemřelého.

⁷ Lamba, S., Quest, T. E. (2011). Hospice Care and the Emergency Department: Rules, Regulations, and Referrals. *Annals of Emergency Medicine*, 57 (3), 282–290.
<https://doi.org/10.1016/J.ANNEMERGEMED.2010.06.569>

⁸ Center to Advance Palliative Care. 2004 Crosswalk of JCAHO Standards and Palliative Care-with PC Policies, Procedures and Assessment Tools.; 2004.

Část B – poskytování péče výjezdovými skupinami

Výjezdová skupina, realizující výjezd k pacientovi s klasifikací "Paliativní pacient", postupuje zcela standardním způsobem v souladu s poskytováním péče lege artis. Protože však cílem péče v kontextu terminálního stavu základního onemocnění v souladu s ustanoveními Zákona o zdravotních službách nebývá primárně prodloužení života, ale zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, může:

1. být ve zvýšené míře indikován ze strany ZOS samostatný výjezd skupiny rendez-vous (RV) k symptomatické léčbě a následnému ponechání na místě. Realizace výjezdu skupiny RV k paliativně relevantnímu pacientovi nesmí ohrožit dostupnost PNP;
2. být členy výjezdové skupiny ve zvýšené míře s pacientem a jeho blízkými komunikován další postup, zejména rozsah péče a směřování k cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče (CPALP), přiměřeně přizpůsoben prioritám a preferencím pacienta a zapsán v dokumentaci ze zásahu;
3. být členy výjezdové skupiny ve zvýšené míře využívána odborná kompetence k symptomatické léčbě lékařskými zdravotnickými pracovníky (NLZP) na základě indikace lékaře cestou nahrávaného hovoru a s cílem zanechat pacienta po zaléčení v domácím prostředí, pokud si to přeje;
4. být členy výjezdové skupiny bráno v úvahu, že postupy, které nevedou k zmírnění utrpení a ke zvýšení nebo zachování kvality života, mohou být u těchto pacientů v souladu s příslušnými platnými doporučenými postupy kontraindikovány, a to včetně některých život zachraňujících nebo život prodlužujících výkonů.⁹
5. být pacient avizován do CPALP. Informace, že jde o pacienta s pravděpodobným sníženým benefitem z akutní hospitalizace a zvýšeným benefitem z paliativní péče umožňuje nemocnici racionálněji nastavit trajektorii pacienta¹⁰. To platí zejména v případě nemocnic disponujících konziliárním týmem paliativní péče, který je často schopen pacienta od výjezdové skupiny ZZS převzít na urgentním příjmu.
6. může být členy výjezdové skupiny využita možnost konzultovat stav prostřednictvím nahrávaného konferenčního hovoru přímo s poskytovatelem paliativní péče, pokud pacient takovou službu využívá a je konzultace možná;

⁹ European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of life decisions. Resuscitation. 2021;161:408-432. doi:10.1016/j.resuscitation.2021.02.017

¹⁰ Kremenova, Z., Svancara, J., Kralova, P., Moravec, M., Hanouskova, K.; Knizek-Bonatto, M. (2022). Does a Hospital Palliative Care Team Have the Potential to Reduce the Cost of a Terminal Hospitalization? A Retrospective Case-Control Study in a Czech Tertiary University Hospital. <https://doi.org/10.1089/JPM.2021.0529>

Fakt, že pacient byl identifikován jako paliativně relevantní, neopravňuje členy výjezdové skupiny jednostranným rozhodnutím odepřít léčbu, kterou si pacient přeje a je z klinického hlediska indikovaná.

Nezahájení resuscitační péče

U pacientů klasifikovaných jako "Paliativní pacient" je vždy nutné individuálně zvážit možný přínos postupů resuscitační péče, zejména umělé plicní ventilace a rozšířené resuscitace, a to v souladu s příslušnými doporučeními odborných společností. Doporučený postup Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof České lékařské společnosti J. E. Purkyně (SUMMK ČLS) pro resuscitaci uvádí výslovně terminální stádium nevyléčitelného chronického onemocnění v části II., bod 3 jako kontraindikaci zahájení resuscitace.¹¹

Část C – péče na urgentním příjmu

Je doporučeno, aby pracoviště urgentního příjmu mělo zpracované metodické postupy a doporučení pro pacienty s potřebou paliativní péče, a to jak organizační, tak i odborné zaměřené na kontrolu symptomů a všechny ostatní aspekty péče. Neméně důležité je proškolení všech zdravotníků, kteří se mohou na péči o pacienta v terminálním stadiu (viz bod E) podílet, tedy všeobecných sester, zdravotnických záchranářů, ostatních nelékařských zdravotnických pracovníků a lékařů včetně těch, kteří poskytují konziliární služby¹².

Je-li v nemocnici k dispozici konziliární tým paliativní péče, měl by být aktivován ihned po avízu pacienta s potřebou paliativní péče na kontaktní místo UP nebo ihned, jakmile je pacient na UP takto vyhodnocen. V případě nedostupnosti paliativního týmu se doporučuje převzetí péče o pacienta nejzkušenějším lékařem.

Komunikace s pacientem a jeho blízkými by měla probíhat na principu sdíleného rozhodování. Musí být pravdivá, empatická a citlivá. Pacienti se zachovanou rozhodovací kapacitou o rozsahu péče rozhodují autonomně, ale ve spolupráci s lékařem, a v souladu se svými prioritami a preferencemi a se stanovením medicínsky přiměřených cílů léčby. Pokud pacient není schopen se k rozsahu péče vyjádřit, je potřeba zjistit, zda existují dříve vyslovená přání nebo zdokumentované preference a cíle léčby. Pokud se jedná o situaci, kdy

¹¹ Franěk O, Knor J, Truhlář A. Neodkladná resuscitace – doporučený postup. Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP 2017. https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2019/03/2017_nr.pdf.

¹² EUSEM – Ethics Committee: European Recommendations for End-of-Life Care for Adults in Departments of Emergency Medicine, 2017. <https://eusem.org/wp-content/uploads/2017/10/EuSEM-Recommendations-End-of-life-care-in-EDs-September2017.pdf>

je třeba provést rozhodnutí o upuštění od kurativní péče nebo rozhodnutí neresuscitovat, musí ho provést lékař se specializovanou způsobilostí.¹³

Přítomnost blízkých pacienta v terminálním stavu je doporučována, pokud to prostorové uspořádání a aktuální situace na urgentním příjmu umožňuje¹⁴. V případě úmrtí by se příbuzní měli mít možnost rozloučit se zemřelým.

V případě, že je pacient v režimu paliativní péče po léčbě na UP propouštěn do domácího ošetřování se doporučuje:

1. aby pacient a případně i jeho blízcí měli možnost získat takovou míru informací o povaze a závažnosti onemocnění, jakou si sami zvolí; propustit z péče pacienta bez zajištění základní edukace o dalším postupu stran základního onemocnění je nepřípustné;
2. vybavit pacienta a pečující osoby léky na nezbytně nutnou dobu, než mu bude ošetřující lékař schopen předepsat další;
3. poučit o potřebné péči a o možném dalším průběhu nemoci a o tom, jak postupovat při zhoršení symptomů;
4. ujistit se, že je zajištěna ošetrovatelská péče a podpora pacienta i jeho blízkých (prostřednictvím domácí péče, mobilní specializované paliativní péče apod.) nebo že mají o podobných službách informace, případně kontakty;
5. zajistit předání informací o terapeutických cílech, případně o omezení některých léčebných postupů včetně jejich nezahajování všem lékařům, kteří se podílejí na péči o pacienta (praktický lékař, specialisté příslušného oboru podle diagnózy, lékař paliativní péče apod.);
6. aby byl dostupný i systém podpory nebo supervize pro personál urgentních příjmů, který se podílí na péči o umírající pacienty a jejich rodiny.

Část D – spolupráce s poskytovateli specializované paliativní péče v regionu

Ze systémového hlediska je žádoucí zmapovat poskytovatele lůžkové i domácí specializované paliativní péče v regionu a nastavit s nimi regionálně pravidla pro předávání těchto pacientů do jejich péče s cílem snížit pravděpodobnost opakovaných výjezdů a rehospitalizací

¹³ Černý V., Cvachovec K., Pařízková R. et al.: Konsensuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním. https://www.urgmed.cz/postupy/cizi/2009_paliativni.pdf

¹⁴ EUSEM – Ethics Committee: European Recommendations for End-of -Life Care for Adults in Departments of Emergency Medicine, 2017. <https://eusem.org/wp-content/uploads/2017/10/EuSEM-Recommendations-End-of-life-care-in-EDs-September2017.pdf>

paliativních pacientů a s cílem zvýšit pravděpodobnost souladu poskytované péče s preferencemi a hodnotami pacienta a formulovaným cílem péče. Jsou to zejména:

1. Nemocniční konziliární týmy paliativní péče
2. Poskytovatelé mobilní specializované paliativní péče ("domácí hospic"), kteří zajišťují pacientům návštěvní pohotovostní službu 24/7 a to včetně pohotovostní návštěvní služby lékaře.
3. Poskytovatelé lůžkové paliativní péče (paliativní oddělení v nemocnicích) a lůžkové péče hospicového typu ("lůžkový hospic").

Kontaktní údaje těchto poskytovatelů v regionu může poskytnout krajský úřad nebo online adresář služeb¹⁵. V krajích, které mají zpracován plán rozvoje paliativní péče, je vhodné spolupráci s těmito poskytovateli navázat na jeho základě, často včetně možnosti čerpat finanční prostředky na realizaci spolupráce.

Výjezd k paliativně relevantnímu pacientovi může být na základě rozhodnutí vedoucího výjezdové skupiny a se souhlasem pacienta a pečující osoby ukončen také zajištěním návaznosti péče u těchto poskytovatelů nebo přímo předáním do jejich péče tam, kde to dostupnost těchto služeb umožňuje. Volající musí být v takovém případě vždy ubezpečen o možnosti i kdykoliv poté kontaktovat linku 155.

Seznam dostupných poskytovatelů paliativní péče a aktuální kontakty by měly být též k dispozici na spádových urgentních příjmech I. i II. typu v daném regionu. Krajské ZZS i sítě UP by měly v této oblasti spolupracovat, zejména při zajištění kontinuity péče o pacienty v terminální fázi nevléčitelného onemocnění.

Část E – vzdělávání zdravotníků působících v ZZS a na urgentních příjmech

V publikované literatuře existují přesvědčivé důkazy, že k snížení počtu opakovaných výjezdů a rehospitalizací došlo zejména díky proškolení záchranářů v problematice komunikace a léčby v závěru života¹⁶. Stejně tak se doporučuje vzdělávání personálu urgentních příjmů a vytvoření doporučení pro management pacientů v terminálním stavu základního onemocnění, pro kontrolu jednotlivých symptomů a kurzy zaměřené na sdělování

¹⁵ <https://www.umirani.cz/adresar-sluzeb>

¹⁶ Murphy-Jones, G., Lavery, D., Stonehouse, J. (2021). Infusing the palliative into paramedicine: Inter-professional collaboration to improve the end of life care response of UK ambulance services. *Progress in Palliative Care*, 29(2), 66–71. <https://doi.org/10.1080/09699260.2021.1879348> a Goldstein, J., Carter, A., Harrison, M., Arab, M., Stewart, B., Jensen, J., Muise, A. (2020). Validation of a palliative or end of life care case-finding measure in emergency medical services. *CJEM*, 22(S1), S97–S97. <https://doi.org/10.1017/cem.2020.296>

nepříznivých zpráv. Personál UP by měl mít v této oblasti podporu a odborné vedení. Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP a Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP proto budou společně garantovat vzdělávací programy pro lékaře i nelékaře vhodné pro zdravotníky v urgentní medicíně, v technických i netechnických dovednostech v oblasti paliativní medicíny. Katalog těchto kurzů bude pravidelně aktualizován a k dispozici online na webu obou odborných společností.¹⁷

Editoři: Marek Uhlíř, Jana Šeblová

¹⁷ www.urgmed.cz, www.paliativnimedicina.cz