

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO
A LÉKAŘSKÁ FAKULTA
MASARYKOVY UNIVERZITY



**KLINIKA DĚTSKÉ
ANESTEZIOLOGIE
A RESUSCITACE**

Péče v závěru života na JIP - co můžeme zlepšit?

Jan Maláska



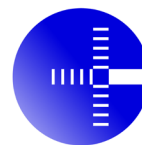
**MUNI
MED**

19. září 2024 ČSARIM Brno

**MUNI
MED**



1. LÉKAŘSKÁ
FAKULTA
Univerzita Karlova



Research Initiative
in Palliative Care
and Ethics in the ICU

AGENDA – Co můžeme zlepšit?



1. Změnit trajektorii pacientů?

2. Právní předpisy a zázemí?

3. Rozhodování?

4. Plán péče?



5. Paliativní péče?

6. Komunikaci?

7. Zaměřit se na rodinu?

8. Jak začít u sebe?

Očekávatelná úmrtí dle krajů a nemocnic: JMK

Očekávatelná úmrtí 2023 Jihomoravský kraj

Dle krajů

Celkem	67 249
Hlavní město Praha	7 145
Středočeský kraj	8 199
Jihočeský kraj	4 026
Plzeňský kraj	3 687
Karlovarský kraj	2 050
Ústecký kraj	5 963
Liberecký kraj	2 918
Královéhradecký kraj	3 569
Pardubický kraj	3 098
Vysočina	3 362
Jihomoravský kraj	7 284
Olomoucký kraj	4 122
Zlínský kraj	3 811
Moravskoslezský kraj	8 015

55 % ročních úmrtí jsou očekávatelná

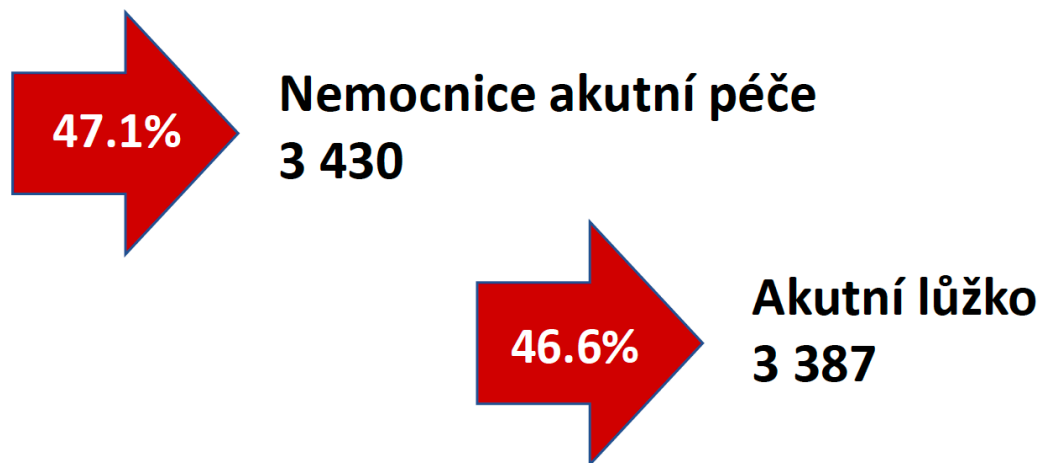
45 % očekávatelných úmrtí na akutním lůžku nemocnic

Dle místa úmrtí a typu lůžka: Jihomoravský kraj

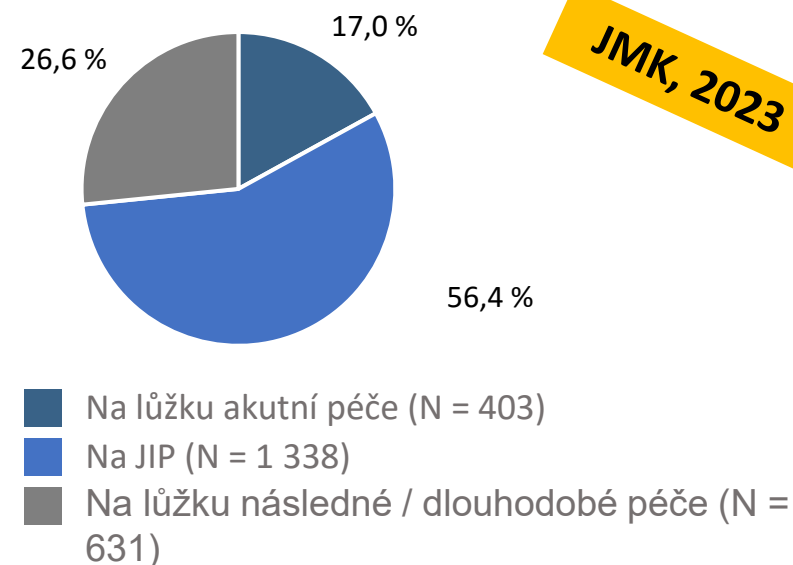
Zařízení	Zemřelých	Na akutním lůžku
Nemocnice	2 258	98,6 %
Doma, v zařízení sociálních služeb	1 883	-
Fakultní nemocnice	988	100,0 %
Léčebna pro dlouhodobě nemocné (LDN)	1 009	-
Na ulici, při převozu	25	-
Nemocnice následné péče	312	-
Hospic	488	-
Ostatní ZZ	282	-
Jiné, nezjištěno	39	-

Zdroj: prof. Ladislav Dušek

Nemocnice ALP zřizované JMK: očekávatelná úmrtí, charakteristiky hospitalizace

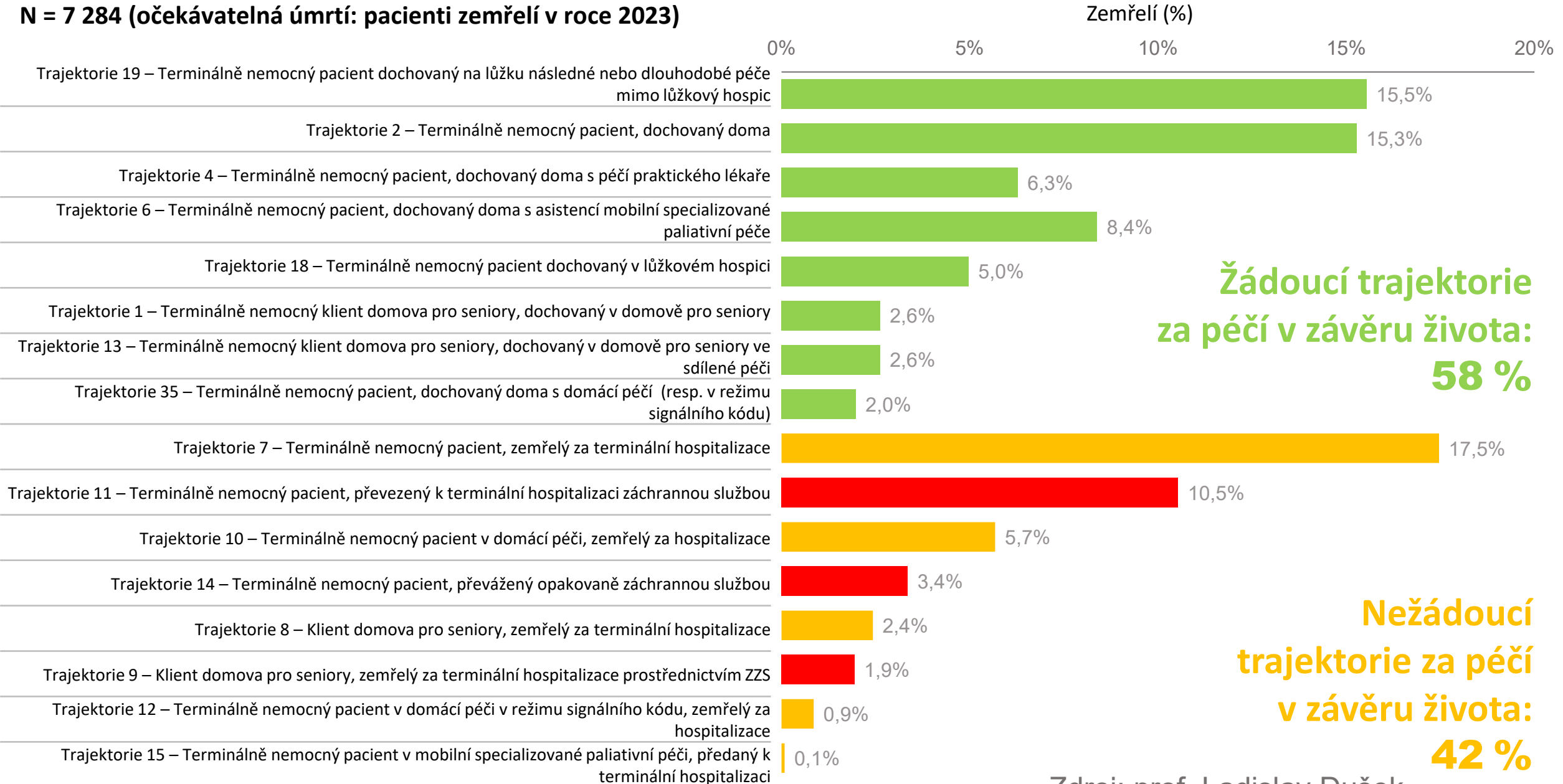


Místo úmrtí v nemocnici (2023)



Populace JMK: trajektorie pacientů v závěru života - populační data 2023

N = 7 284 (očekávatelná úmrtí: pacienti zemřelí v roce 2023)



Zdroj: prof. Ladislav Dušek

Právní předpisy – ústavní, zákonné, podzákonné

Existence právních předpisů týkajících se péče v závěru života (EoL) **mohou:**

- zlepšit péči o EoL
- optimalizovat spokojenost pacienta/rodiny
- zvýšit autonomii pacienta.

Občanský zákoník 2014-2016 č.89/2012 Sb. (osoba blízká, předběžné opatření)

Zákon o zdravotní péči č. 372/2011 Sb. (DVP, osoba s právem zástupného souhlasu, souhlas s výkony, bezsouhlasová léčba, druhy zdravotní péče – paliativní péče)

Úmluva o lidských právech a biomedicíně 2001 č.96/2001 Sb.m.s. (obecná práva pacienta, možnost odvoláno souhlasu)

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



Rozhodování

- U dospělých pacientů s předpokládanou délkou pobytu na JIP > 2 dny je důležité aby blízcí rozuměli situaci pacienta a byli schopni objasnit cíle péče
- Je potřeba posoudit, jak zvládají situaci
- Identifikovat specifické potřeby pro optimální komunikaci a personalizované diskuze o cílech péče.
- Je dobré zavedení sdíleného rozhodování (shared decision)
- Zejména u pacientů s nepřiměřenou péčí – může sdílené rozhodování zlepšit spokojenost personálu a snížit symptomy duševního zdraví u zdravotníků.

Co je koncept přiměřenosti péče?

Je péče přiměřená (appropriate)		INDIKOVANÁ? (instrumental rationality)	
		ANO	NE
SOUHLAS/PREFERENCE? (value rationality)	ANO	ANO	NE
	NE	NE	NE

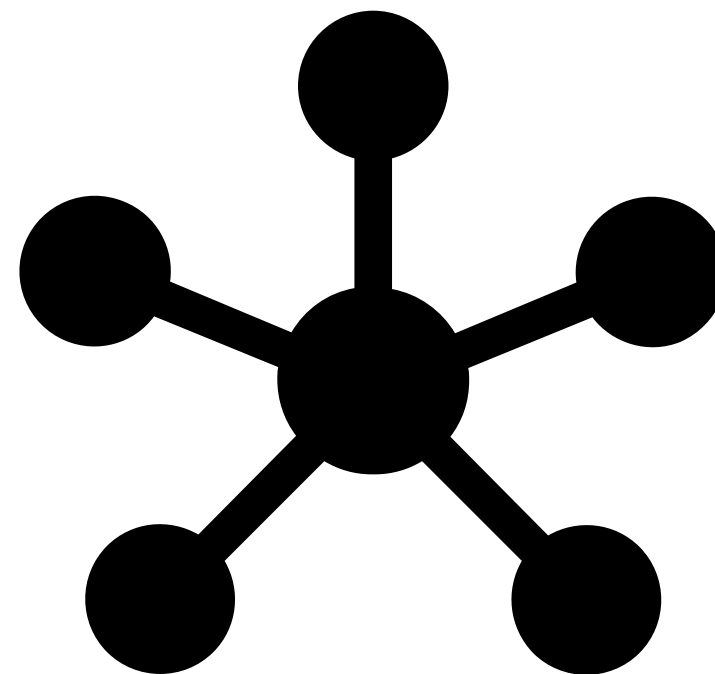
Falešné naděje a potřeby

Paternalismus

Přeléčování

Co je sdílené rozhodování?

- lékaři a pacienti (nebo jejich blízcí) spolupracují na rozhodování o cílech léčby
- Sdílené rozhodování propojuje klinickou indikaci s pacientovými preferencemi a hodnotami
- V prostředí intenzivní péče se sdílené rozhodování nejčastěji děje během tzv. **rodinné konference** (family conference)



Jaké jsou hodnoty a preference pacienta?

<p>Jak důležitá a významná je samotná délka života?</p>	<p>„Co je pro Vás v životě (v současné chvíli) důležité?“</p>
<p>Která funkční omezení jsou ještě přijatelná ?</p>	<p>„Co bych jako lékař o Vás měl vědět jako člověku, abych o Vás mohl dobře pečovat?“</p>
<p>Jak silnou preferenci má pacient ohledně místa péče?</p>	<p>“Co Vám v životě pomáhá zvládat těžkosti, Vaši nemoc?“</p>
<p>Jak pacient prožívá závislost na cizí pomoci?</p>	<p>„Jsou v souvislosti s Vaší nemocí a její léčbou nějaké situace, kterých byste se nechtěl dožít? Které si pro sebe neumíte představit a nepřejete si je?“</p>

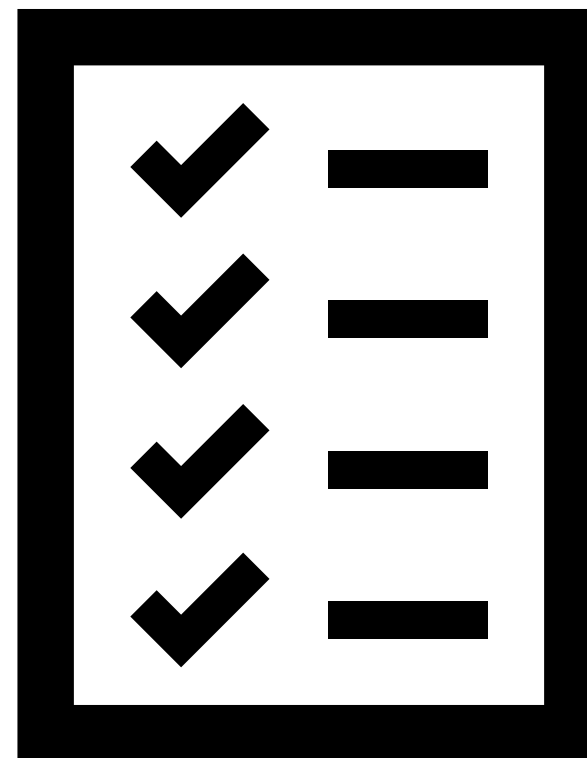
Konkrétní odpovědi na výše uvedené otázky mají zcela zásadní význam pro plánování přiměřené péče.

Zástupné rozhodování

- Respekt k autonomii pacienta
- Rozhodování za osobu, která již není nadále kompetentní k rozhodování o zdravotní péči.
- Osoba s právem zástupného souhlasu (§ 33 odst. 1.)/zástupce pro poskytování zdravotních služeb (§ 34 odst. 7.)
- Může přispět k vyjasnění cílů péče zaměřených na pacienta
- Měla by mu být jeho role vysvětlena.
- Měla by být nabídnuta strukturovaná podpora a komunikace po limitaci péče, aby se snížil komplikovaný zármutek, úzkost a příznaky PTSD

Co je stanovení plánu péče?

- je stanovením **cílů**, ke kterým mají směřovat diagnostické a terapeutické nebo preventivní postupy
- při zohlednění hodnot a přání pacienta
- cíl péče je stanovován společně lékařem a kompetentním pacientem
- v procesu **sdíleného rozhodování**
- v prostředí JIP spolurozhoduje často **zástupce** pacienta (osoba s právem zástupného souhlasu)



PLÁN PÉČE – PEDIATRICKÁ IP

Dále probíráme cíle léčby:

1. na prvním místě je, aby Maruška netrpěla
2. pokud by měla běžnou nemoc, jako "zdravý člověk", dostane "běžnou léčbu" (včetně antibiotik, vitaminů, výživy, atd).
3. V případě, že nemoc povede k selhávání životních funkcí, bude situaci řešena podle situace. Upozorňuji maminku, že podpora orgánů vždy způsobuje utrpení, pokud by byla pouze prodlužování umírání, byla by neadekvátní. Informuji maminku, že i v případě, že by podpora orgánů vedla k přežití kritického stavu, její výsledný stav bude pravděpodobně horší, než před kritickým stavem. Je proto nutné pečlivě zvažovat nasazení život zachraňující terapie, aby nebyla neadekvátně zatěžující vzhledem k benefitu.
4. Pokud by došlo k zástavě oběhu, Maruška nebude resuscitována - stav DNR.

Aktuální léčba:

OPIOIDY

Durogesic TDR náplast 25 mcg/hod (9.6.24 10:00) do
15.6.24 10:00

Morphin 1 mg i.v. při diskomfortu

Baclofen 10 mg od zítra 6-14-22

Kventiax 12,5 mg 22 s cílem spánek.

Circadin 3 mg p.o.(22)

V případě trvání diskomfortu a vegetativní dystonie, je možné nasadit quetiapin 12.5 mg á 8 hodin (ev. 25 mg na noc) - v minulosti s dobrým efektem.

Paracetamol 500 mg PEG při bolestech, nebo febrilii

Ibuprofen 400 mg při bolestech, ev. febrilii.

Při zácpě: lactulosa 20 ml 3xD s jídlem

Při dušnosti: Morphin 1 mg iv., ev. navýšit durogesic na 50 mcg/min, nebo nasadit Morphin 2-5 mg / hod kont. (iv. nebo s.c.)

V případě nauzey, vomitu - ondansetron 4 mg iv./sc , a/nebo Degan 10 mg (nebo itoprid - Kinito 1 tbl).

Maruška zůstává v péči podpůrného týmu FN Brno - kontaktní osoba - Mgr. Ing. Monika Kolková, M. Kratochvíl (ev. Mgr. Krčmařová).

Konzultace při selhání životních funkcí - tel 4404 (KDAR), nebo M. Kratochvíl - 777 069 096.

PLÁN PÉČE – DOMÁCÍ HOSPIC



→ Domáci hospic Porta Vitae → vedoucí: Mgr. Marcela Kazdová
→ Nám. Komenského 145 → tel.: 734 149 632
→ 666 01 Tišnov → marcela.kazdova@tisnov.charita.cz
→ IČZ: 73861000, IČP: 73861002 → www.tisnov.charita.cz

- → **informovanost:** Pac. plně informován o dgn a plánu péče, prognóza detailně nerozebírána. Řeší situaci velmi konstruktivně, ale stav se mění velmi rychle

PLÁN PÉČE:

- **Cíl:** symptomová péče, terapeutický test s kortikoidy

- Doporučení:

- neurologický stav – nyní terapeutický test s kortikoidy, manitol podávat jen při obtěžujících neurologických symptomech nereagujících na kortikoidy, CAVE na retenci moče

- zahlenění – zatím jen mukolytika, inhalace, polohování, event. atb lze

- bolest – nyní dobře zaléčeny, efekt RT?

- deprese – nasazují trazodon

- **Limitace:** DNR, DNI, nehospitalizovat (pacientka si nepřeje volat RZP)

Režim péče: Indikována symptomatická hospicová péče v režimu odb. 926

medikace:

- → pravidelná:

náplast: Fentanyl 75ug/hod výměna á 72hod → → → →

Euthyrox 150ug tbl p.o. → 1-0-0

Euthyrox 50ug tbl p.o. → 1/2-0-0 → → →

Omeprazol 20mg cps p.o. → 1-0-1 →

Bisoprolol 5mg tbl p.o. → 1/2-0-0 →

Neurontin 600mg tbl p.o. → 1-1-1 →

Diclofenac duo 75mg tbl p.o. → 1-0-1 →

Dexamethason 4mg tbl p.o. → 1-1-0 (navýšeno) → →

Forlax 10g p.o. → 1-0-0 (nově pravidelně)

ACC long 600mg → 1-0-0 → (nově)

Trittico AC 75mg tbl p.o. → 0-0-0-2/3 (nově)

Paliativní péče

- Implementace paliativní péče včetně konzultace paliatra u pacientů s vysokým rizikem morbidity a mortality na JIP může zlepšit kvality života a přiměřenost péče
- Validované škály a dotazníky pro symptomovou léčbu (bolest, dušnost, úzkost, etc.)
- Příbuzní umírajících pacientů na JIP - protokol podpory, včetně rodinných konferencí před úmrtím pacienta a po něm.
- Pravidelné přehodnocování přiměřenosti péče na JIP může snížit počet nežádoucích postupů JIP a délku pobytu v nemocnici.

Paliativní péče a paliatr

- Paliatři přináší pojmy jako je kvalita života, soucit, doprovázení, celostní péče, humanitní přístup, příběh pacienta, hodnoty, vyprávění (talking medicine), práce s týmem
- Modely paliativní péče:
 1. Integrativní – člen(ové) týmu mají výcvik v paliativní péči
 2. Konzultativní – konziliární tým paliativní péče je zapojen do péče o pacienty v závěru života na základě předem stanovených kritérií
Critical Care (2024) 28:181
 3. Smíšený?

Triggers of intensive care patients with palliative care needs from nurses' perspective: a mixed methods study

Komunikace

- Komunikační dovednosti nás všech se liší - je to naučitelná dovednost.
- Strukturované vzdělávání personálu na JIP, aby se zvýšily kompetence v oblasti komunikace o EoL.
- Brožury, letáky určené pro rodiny pacientů na JIP jako doplněk standardní ústní komunikace - nástroje rozšířené komunikace
- Ideální výcvik v paliativní péči pro komunikaci s blízkými umírajících pacientů
- Strukturovaný přístup k vedení rodinných konferencí vede ke snížení PTSD u rodinných příslušníků a ke zlepšení spokojenosti blízkých.

Péče zaměřená na rodinu

- Flexibilní návštěvní hodiny snižují úzkosti rodin a zlepšení spokojenosti.
- Přítomnost u výkonů, vizit, (KPR?)
- Rodinám pacientů v závěru života by měly být k dispozici brožury nebo letáky o truchlení v kombinaci se strukturovanými rodinnými konferencemi před úmrtím.
- V situacích v závěru života je podpora zapojení rodiny do péče o pacienta přijatelná a může být spojena s lepšími výsledky pro pečující.

Co dalšího můžeme zlepšit?

- konzultace paliativního týmu
- pravidelný klinický debriefing týmu
- pravidelné vzdělávání
- budovat dobré etické klima na JIP
- wellbeing/odolnost personálu (supervize)
- Sebepéče – najít zdroje



Můžeme začít u sebe?



Providing Compassionate Care in the ICU

American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine Volume 205 Number 9 | May 1 2022



J. Randall Curtis, M.D., M.P.H.
*Cambria Palliative Care Center of Excellence
and
Department of Medicine
University of Washington School of Medicine
Seattle, Washington*



Mitchell M. Levy, M.D.
*Department of Medicine
The Warren Albert Medical School of Brown University
Providence, Rhode Island*

První zásadou je, že abychom mohli být soucitní k druhým, musíme být laskaví sami k sobě a důvěřovat si.

Druhou zásadou je ochota být zranitelný.

Třetí zásadou je ochota být tváří v tvář zármutku a emoční bolesti přítomný a vyrovnaný, místo abychom se těmto silným emocím vyhýbali.

Čtvrtou zásadou je schopnost žít s nejistotou.

Poslední zásadou je ochota mýlit se.

PŘÍKLAD Nastavení tónu inkluzivity na vizitě JIP a modelování ochoty mýlit se může členům interdisciplinárního týmu JIP umožnit vyjádřit nesouhlas s dohlížejícím lékařem nebo mezi sebou navzájem s respektem a podporou.....

CO SI ODNĚST?

1. Můžeme změnit nežádoucí trajektorii pacient!
2. Můžeme změnit mnoho věcí, ale musíme chtít!
3. Příběh člověka je příběhem mnoha lidí!
4. Můžeme začít sami u sebe?
5. Můžeme být více lidští?

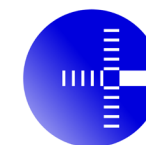


Care in the Intensive Care Unit

Jozef Kesecioglu¹, Katerina Rusinova², Daniela Alampi⁴³, Yaseen Arabi⁴, Julie Benbenishty⁵,
Dominique Benoit^{6,7}, Carole Boulanger⁸, Maurizio Cecconi^{9,10}, Christopher Cox¹¹, Marjel
van Dam¹, Diederik van Dijk¹, James Downar^{12,13}, Nikolas Efstathiou¹⁴, Ruth Endacott¹⁵,
Alessandro Galazzi¹⁶, Fiona van Gelder¹⁷, Rik Gerritsen¹⁸, Armand Girbes¹⁹, Laura
Hawryluck²⁰, Margaret Herridge^{21,22}, Jan Hudec^{23,24}, Nancy Kentish-Barnes²⁵, Monika
Kerckhoffs¹, Jos Latour^{26,27,28}, Jan Malaska^{23,29,30}, Annachiara Marra³¹, Stephanie Meddick-
Dyson^{32,33}, Spyridon Mentzelopoulos³⁴, Mervyn Mer^{35,36}, Victoria Metaxa^{37,38}, Andrej
Michalsen³⁹, Rajesh Mishra⁴⁰, Giovanni Mistracchi^{41,42}, Margo van Mol⁴³, Rui Moreno^{44,45,46},
Judith Nelson⁴⁷, Andrea Ortiz Suñer^{48,49}, Natalie Pattison^{50,51}, Tereza Prokopova^{23,24},
Kathleen Puntillo⁵², Kathryn Puxty^{53,54}, Samah Al Qahtani^{55,56,57,58}, Lucas Radbruch⁵⁹, Emilio
Rodriguez-Ruiz^{60,61,62}, Ana Rosa⁶⁵, Roni Sabar⁶⁴, Stefan Schaller⁶⁵, Shahla Siddiqui⁶⁶, Charles
L. Sprung⁶⁷, Michele Umbrello⁴², Marco Vergano⁶⁸, Christiaan Vinkers⁶⁹, Massimo
Zambon⁷⁰, Marieke Zegers⁷¹, Michael Darmon^{72,73}, Elie Azoulay^{72,73}.



1. LÉKAŘSKÁ
FAKULTA
Univerzita Karlova



Research Initiative
in Palliative Care
and Ethics in the ICU

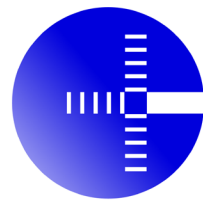


jan.malaska@med.muni.cz

MUNI
MED



1. LÉKAŘSKÁ
FAKULTA
Univerzita Karlova



Research Initiative
in Palliative Care
and Ethics in the ICU

