

Sdílené rozhodování v intenzivní péči

Zvara M. ¹⁻², Rusinová K. ²

¹Klinika anesteziologie a resuscitace, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

²Klinika paliativní medicíny, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice, Praha

Sdílené rozhodování v intenzivní péči propojuje medicínsky indikované možnosti s hodnotami, cíli a preferencemi pacienta. Je zvláště důležité u pacientů, kteří nejsou schopni se rozhodování účastnit a jejichž hodnoty často nejsou předem známe. Proces proto probíhá prostřednictvím zástupců pacienta a zahrnuje stanovování cílů péče, posuzování přiměřenosti život udržující léčby a opakované přehodnocování léčebného plánu podle klinického vývoje a prognózy. Kvalitní sdílené rozhodování vyžaduje spolehlivou prognostickou rozvahu, ověřování porozumění, zjišťování a dokumentaci pacientových hodnot a strukturovanou komunikaci s jeho blízkými. Komunikační rámce, jako jsou REMAP, VALUE, Best Case/Worst Case a časově omezený terapeutický pokus, pomáhají převést prognostickou informaci a pacientovy hodnoty do konkrétního doporučení. Mimonemocniční zástava oběhu představuje jednu z klinických situací, v nichž jsou tyto principy zvláště důležité vzhledem k náhlému vzniku, časově se vyvíjející prognóze a často neznámým preferencím pacienta. Článek shrnuje hlavní principy sdíleného a zástupného rozhodování v intenzivní péči a představuje praktické postupy, které mohou podpořit hodnotově přiměřené rozhodování.

Klíčová slova: sdílené rozhodování, cíle péče, zástupné rozhodování, komunikace, prognostické uvědomění, rodinné konference, mimonemocniční zástava oběhu.

Shared decision making in intensive care

Shared decision making in intensive care connects medically indicated treatment options with the patient's values, goals, and preferences. It is particularly important when patients lack decision-making capacity and their preferences have not been documented in advance. In such situations, decision making proceeds through patient surrogates and includes goals-of-care discussions, assessment of the appropriateness of life-sustaining treatment, and repeated review of the treatment plan as the clinical condition and prognosis evolve. High-quality shared decision making requires reliable prognostic assessment, verification of understanding, systematic elicitation and documentation of patient values, and structured communication with those close to the patient. Communication frameworks such as REMAP, VALUE, Best Case/Worst Case, and time-limited trials can help translate prognostic information and patient values into a concrete clinical recommendation. Out-of-hospital cardiac arrest represents one clinical situation in which these principles are especially important because of its sudden onset, the evolving nature of prognostic certainty, and the frequent absence of known patient preferences. This review summarizes the main principles of shared and surrogate decision making in intensive care and presents practical approaches that may support value-informed and clinically appropriate decisions.

Key words: shared decision making, goals of care, surrogate decision-making, communication, prognostic awareness, family conference, out-of-hospital cardiac arrest.

Úvod

Sdílené rozhodování a strukturované stanovování cílů péče (goals of care) jsou v prostředí intenzivní péče klíčovými procesy. SDM umožňuje pacientům, jejich zástupcům a zdravotníkům společně posuzovat léčebné možnosti s ohledem na nejlepší dostupné důkazy, prognózu

a hodnoty a preference pacienta [1]. V intenzivní péči se pacient často nemůže rozhodování sám účastnit. Do sdíleného rozhodování proto vstupuje osoba oprávněná podle zákona vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb za pacienta (dále v textu pro zkrácení označovaná jako „zastupující osoba“, případně „zástupce“), která do klinické rozvahy

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORKY:

MUDr. Markéta Zvara, zvaram@fnkv.cz

Článek přijat redakcí: 11. 4. 2026; Článek přijat k tisku: 14. 9. 2026

Cit. zkr.: Anest intenziv Med. 2026;37(3):172-177