

pacientových hodnot a představy přijatelného výsledku. V českém prostředí máme jen omezená data o průběhu těchto rozhodnutí, porozumění rodin a dokumentaci pacientových hodnot a preferencí.

Podmínky a struktura sdíleného rozhodování

Sdílené rozhodování bylo původně rozvíjeno především v péči o kompetentní pacienty s chronickými onemocněními, kde podporuje jejich zapojení do volby mezi léčebnými možnostmi [32, 33]. V intenzivní péči má sdílené rozhodování odlišnou podobu. Pacient často není schopen se rozhodování účastnit, a proces proto probíhá prostřednictvím jeho zástupců, zejména při stanovování cílů péče a rozhodování o zahájení, pokračování nebo ukončení život udržující léčby [1]. Sdílené rozhodování na JIP se vyvíjí spolu s klinickým stavem pacienta, propojuje medicínsky indikované možnosti s hodnotami pacienta a směřuje k doporučení, které by pacient mohl považovat za přijatelné.

Role osob blízkých ve sdíleném rozhodování

Mnoho pacientů na JIP není schopno se rozhodování účastnit. Do rozhodování proto vstupují zdravotníci a osoby oprávněné pacienta zastupovat. Zákon o zdravotních službách vymezuje pořadí oprávněných zástupců: přednost má osoba určená pacientem, poté manžel nebo registrovaný partner a následně jiná svéprávná osoba blízká [4]. Úlohou zástupce je přiblížit pacientovy hodnoty a preference, zatímco klinický tým odpovídá za vymezení medicínsky indikovaných možností. Přiměřený plán péče vzniká propojením obou perspektiv. Strukturovaná komunikace umožňuje ověřovat porozumění a vztahovat plán péče k pacientovým hodnotám.

Porozumění prognóze

Porozumění diagnóze, prognóze a možnostem léčby nelze na JIP automaticky předpokládat. Ve studii Azoulay et al. neporozumělo 54 % rodinných příslušníků správně alespoň jednomu z těchto údajů, zatímco přibližně 46 % z nich porozumělo všem těmto údajům správně [34]. Také ve studii Vick et al. mělo před rodinným setkáním téměř 57 % zástupných rozhodovatelů klinicky významné nepochopení prognózy, u zbývajících přibližně 43 % však zjištěno nebylo [35]. Porozumění je proto třeba během rozhovoru opakovaně ověřovat.

Klíčové prvky podporující účinné sdílené rozhodování

Prognostická rozvaha

Spolehlivá prognostická rozvaha je předpokladem sdíleného rozhodování. U pacientů po srdeční zástavě vyžaduje multimodální hodnocení, správné načasování a vyloučení faktorů, které mohou hodnocení zkreslit, zejména přetrvávajícího účinku sedace, hypotermie a metabolických poruch [36–38]. Žádný jednotlivý nález není dostatečně spolehlivý. Prognostická rozvaha proto musí vycházet z kombinace klinického vyšetření, neurofyzilogických a zobrazovacích metod [36, 37, 39]. Rodině je třeba sdělit nejen nejpravděpodobnější výsledek,

ale také míru přetrvávající nejistoty a okamžik, kdy bude možné prognózu zpřesnit.

Včasné zjišťování hodnot a preferencí pacienta

V akutní situaci je obtížné spolehlivě zjistit hodnoty a preference pacienta. Jejich zjišťování a dokumentace by proto mělo začínat ještě před vznikem kritického onemocnění, například v primární péči [40]. V českém průzkumu Cesty domů uvedlo 70 % respondentů, že o péči na konci života někdy přemýšlelo, 64 % však o svých přáních nikdy nehovořilo s blízkými ani s praktickým lékařem [41]. Ve studii těžce nemocných pacientů bylo 86,7 % účastníků ochotno vzdát se jednoho roku života, aby se vyhnuli scénáři zahrnujícímu dlouhodobou intenzivní léčbu a úmrtí na přístrojové podpoře [42]. Tento populační údaj nenahrazuje preference konkrétního pacienta, ukazuje však, že délka života není jediným výsledkem, který pacienti při rozhodování zvažují.

Emoce a připravenost rodiny k rozhodování

Rodiny kriticky nemocných pacientů čelí akutnímu stresu, nejistotě a vysoké informační zátěži. Tyto okolnosti mohou omezovat jejich schopnost přijímat informace a účastnit se rozhodování [43, 44]. Úkolem týmu je poskytovat informace postupně, reagovat na emoce a vytvořit prostor pro vyjádření pacientových hodnot a preferencí [44]. Aktivní naslouchání a strukturovaná podpora rodiny mohou snižovat její psychickou zátěž a zlepšovat zkušenost s rozhodováním [45].

Strukturované komunikační přístupy

Strukturované komunikační rámce pomáhají týmu rozlišit jednotlivé úkoly rozhovoru: sdělení změny klinické situace, reakci na emoce, zjištění hodnot, formulaci doporučení a dohodu o dalším plánu péče. Model SHARE byl vytvořen pro sdílené rozhodování s kompetentním pacientem a může sloužit jako obecný orientační rámec [46]. Pro rozhovory se zástupci kriticky nemocných pacientů je však vhodnější model REMAP (Tab. 2), který postupuje od přerámování klinické situace a reakce na emoce přes mapování hodnot až k formulaci léčebného plánu [47]. Další nástroje řeší specifické části rozhodovacího procesu: VALUE podporuje komunikaci se zástupcem pacienta, best case/worst case pomáhá popsat možné výsledky a časově omezený terapeutický pokus umožňuje pokračovat v léčbě při přetrvávající prognostické nejistotě s předem stanoveným okamžikem a kritérii přehodnocení [48–50]. Přehled těchto přístupů uvádí tabulka 3.

Nesoulad mezi indikací, postojem pacienta a cíli péče

Pokud nejsou cíle péče jasně formulovány, může tým pokračovat v intervencích, které jsou technicky možné, ale jejich přínos pro konkrétního pacienta je nejistý nebo neodpovídá jeho hodnotám. V českých datech z období pandemie covidu-19 uvádělo zkušenost s vnímanou nepřiměřenou péčí 63,1 % sester a 71,6 % lékařů; tato zkušenost byla spojena s morálním distresem [51].

Fourfold Assessment rozlišuje medicínskou indikaci a postoj pacienta nebo jeho zástupce [52]. Pomáhá identifikovat situace, v nichž je léčba indikovaná, ale pacient ji nepovažuje za přijatelnou; naopak