

také situace, v nichž pacient nebo jeho zástupce žádá léčbu, kterou tým nepovažuje za indikovanou. Rámec pomáhá zvolit další postup, například zpřesnění prognózy, zjištění hodnot, strukturovaný rozhovor

nebo časově omezený terapeutický pokus. Klíčové momenty procesu sdíleného rozhodování a doporučení pro jejich praktické uplatnění shrnuje **tabulka 4**.

Tab. 2. Framework REMAP – strukturovaný postup pro rozhovor o cílech léčby

Krok	Anglický termín	Obsah kroku
R	Reframe	Přerámování situace – lékař poskytne stručné shrnutí aktuálního klinického stavu a signalizuje rodině, že se situace zásadně změnila a vyžaduje nový pohled na cíle léčby.
E	Expect and respond to emotion	Očekávání a reakce na emoce – lékař aktivně vnímá emoční reakci rodiny a reaguje empatickým komentářem; tím ověřuje, zda je rodina připravena pokračovat v rozhovoru o dalším postupu.
M	Map the values	Zmapování hodnot – pomocí otevřených otázek lékař zjišťuje, jaké hodnoty a priority by měly vést rozhodování o léčbě a co by si pacient přál, kdyby mohl mluvit sám za sebe.
A	Align with values	Sladění s hodnotami – lékař zjištěné hodnoty rodině reflektuje zpět, aby ověřil správné porozumění a vytvořil společný základ pro další rozhodování.
P	Plan treatments	Návrh plánu léčby – na základě zjištěných hodnot lékař navrhne konkrétní léčebný plán, který těmto hodnotám odpovídá.

Tab. 3. Přehled strukturovaných komunikačních přístupů využitelných v intenzivní péči

Model	Co to je (česky)	Kdy použít na JIP	Modelová situace (příklad)	Ref.
SHARE	Obecný pětikrokový model sdíleného rozhodování s kompetentním pacientem: Seek – zapojit pacienta do rozhodování; Help – pomoci mu porozumět možnostem; Assess – zjistit jeho hodnoty a preference; Reach – společně dospět k rozhodnutí; Evaluate – rozhodnutí následně zhodnotit a podle potřeby upravit.	U pacientů kompetentních podílet se na rozhodování; orientační rámec pro zdravotníky.	Pacient při vědomí po kardiokirurgickém výkonu spolurozhoduje o dalším postupu léčby spolu s lékařem.	[46]
REMAP	Rámec pro rozhovor o cílech péče: přerámování situace, reakce na emoce, mapování hodnot, sladění s hodnotami, návrh plánu léčby (viz Tab. 2).	Rozhovor se zástupcem pacienta o cílech péče, zejména při nepříznivé nebo nejisté prognóze.	Po zpřesnění prognózy u pacienta po OHCA vede lékař rozhovor s jeho blízkým o tom, jaký výsledek by pacient považoval za přijatelný, a navrhne plán péče odpovídající těmto hodnotám.	[47]
SPIKES	Šestikrokový protokol pro sdělování závažných zpráv: připravit podmínky rozhovoru (Setting), zjistit, jak pacient či rodina situaci chápou (Perception), ověřit, kolik informací chtějí znát (Invitation), srozumitelně sdělit podstatné informace (Knowledge), reagovat na emoce (Emotions) a shrnout další postup (Summary).	Strukturované sdělení špatné zprávy rodině při přijetí nebo změně v prognóze.	Sdělení rodině, že multimodální neuroprognostikace ukazuje vysokou pravděpodobnost nepříznivého neurologického výsledku.	[54]
VALUE	Přístup ke komunikaci se zástupcem pacienta: ocenit jeho sdělení (Value), uznat emoce (Acknowledge), pozorně naslouchat (Listen), porozumět pacientovi jako člověku (Understand) a vybídnout k otázkám (Elicit).	Vedení rozhovoru s rodinou při zástupném rozhodování; podporuje porozumění, práci s emocemi a zapojení zástupce do rozhodování.	Dcera pacienta říká: „Táta by si nepřál zůstat závislý na přístrojích.“ Lékař odpoví: „To pro vás musí být velmi těžké. Můžete mi popsat, čeho by se v takové situaci nejvíce obával a jaký stav by pro něj ještě byl přijatelný?“	[50]
Best case / worst case	Metoda scénářů nejlepšího a nejhoršího možného výsledku léčby.	Pomoc rodině pochopit realistické spektrum výsledků; usnadňuje rozhodování v nejistotě.	Lékař popíše nejlepší, nejhorší a nejpravděpodobnější průběh a vysvětlí, jak by každý z nich ovlivnil soběstačnost a další potřebu péče.	[48]
Časově omezený terapeutický pokus (time-limited trial)	Dohoda o zahájení nebo pokračování intenzivní léčby po předem stanovenou dobu s následným přehodnocením plánu péče.	Rozhodování při přetrvávající prognostické nejistotě; umožňuje zahájit léčbu bez definitivního závazku.	Rodina není připravena rozhodnout o omezení léčby. Tým navrhuje: „Pokračujeme 5 dní, poté situaci společně přehodnotíme.“	[49]

Tab. 4. Klíčové momenty při procesu sdíleného rozhodování

#	Krok	Doporučení/obsah
1	Včasná rodinná setkání	Cíl: zjistit, jak blízcí rozumějí diagnóze, léčbě a prognóze, a zda jsou ochotni se zapojit do rozhodování. Zorganizovat do 72 h od přijetí. Vedená empaticky a strukturovaně (modely SDM, SPIKES, VALUE, REMAP).
2	Sdělení prognózy s využitím scénářů	Kombinujte fakta s empatií. Využívejte číselné pravděpodobnosti nebo vysvětlení metodou best case / worst case. Zvažte využití časově omezeného terapeutického pokusu (time-limited trial).
3	Zjištění hodnot a preferencí pacienta	Pomocí otevřených otázek a aktivního naslouchání: „Co bych měl/a vědět o vaší babičce jako o člověku?“ Dokumentujte zjištěné hodnoty.
4	Reakce na emoce	Používejte ticho. Vnímejte pocity, připusťte nejistotu a nabídněte podporu (psycholog, duchovní). Rozpoznejte rozhodovací paralýzu – projev strachu, nejasného přání.
5	Koordinovaná komunikace týmu	Poskytujte jednotná a srozumitelná sdělení. Vyvarujte se nátlaku. Průběžně upravujte plán péče podle klinického vývoje a pravidelně přehodnocujte cíle péče (goals of care).