

## NEMOCNIČNÍ PROGRAM PALIATIVNÍ PÉČE

### KONZILIÁRNÍ PALIATIVNÍ TÝM

#### METODIKA

Konziliární paliativní tým je poradním orgánem v indikaci a nastavení obecné a specializované paliativní péče.

Skládá se z lékařů – specialisté v základních odbornostech, specialisté v paliativní medicíně, zdravotně-sociálních pracovníků, psychologů, koordinátora navazujících služeb, spirituálního poradce/nemocničního kaplana a koordinátorů na klíčových klinických odděleních (většinou lékaři a zdravotní sestry). Konziliární tým je organizačně a administrativně podporován asistentem týmu.

Metodika práce konziliárního paliativního týmu zahrnuje:

- Fáze indikace
- Fáze prognózování/posouzení potenciálu nemocného
- Rozhovor s pacientem, rodinou
- Plán péče
- Organizace propuštění, překladu, podpora doprovázení v rámci nemocniční péče
- Rozhovor s pozůstalými, podpora truchlení
- Podpora ošetřujícího týmu – v době péče, po úmrtí pacienta

## I. FÁZE INDIKACE

Hlavním úkolem pro KPT ve fázi indikace je konzultační role pro primární ošetřující tým/týmy formou **paliativního lékařského konzilia**. Zadáání konzilia je **indikátorem zahájení paliativní péče**. Má tedy také **informační charakter** pro další poskytování péče, tvorbu plánu péče, přístup k nemocnému a jeho blízkým.

Obecnou, a v pokročilé fázi také specializovanou, paliativní péči potřebují pacienti s těmito skupinami onemocnění:

1. nádorová onemocnění
2. neurodegenerativní onemocnění typu roztroušené sklerózy, Parkinsonovy nemoci, demence, amyotrofická laterální skleróza
3. konečná stádia chronických orgánových onemocnění: srdečních, plicních, jaterních a ledvinných
4. geriatrickí pacienti se syndromem křehkosti (frailty)
5. pacienti po úrazech a mozkových příhodách s výrazným neurologickým deficitem
6. HIV/AIDS
7. některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění
8. kriticky nemocní pacienti s nevratným multiorgánovým selháváním v prostředí intenzivní péče

### „SURPRISE QUESTION“

**Je návodem k zahájení úvah o potřebě paliativní péče. V zahraničí se pro paliativní péči používá termín „péče v závěru života“ – End of life care. U většiny onemocnění se tímto z časového hlediska uvažují poslední měsíce až rok života nemocného – tedy období, kdy je z prognostického hlediska zřetelné směřování onemocnění do závěru života.**

VÁŽENÝ PANE DOKTORE, BYL BYSTE PŘEKVAPEN, POKUD VÁŠ PACIENT ZEMŘE V NEJBLIŽŠÍCH 3-6 MĚSÍCÍCH (viz. rozdíly v průběhu onemocnění onkologických a neonkologických, také rozdíly dle věku a charakteru nemocí) V SOUVISLOSTI S PŘIROZENÝM VÝVOJEM SVÝCH ONEMOCNĚNÍ?

U pokročile nemocných musí být zhodnocení této otázky součástí dokumentace. V případě odpovědi - „NE, NEBUDU PŘEKVAPEN“ - musí být provedeno adekvátní zhodnocení potřeby paliativní péče. Ošetřujícímu týmu v případě indikační nejistoty může pomoci názor přizvaného konziliárního paliativního týmu.

## 5 INDIKAČNÍCH FÁZÍ:

- 1) Podnět (kterýkoliv člen ošetřujícího týmu, pacient, rodina, jiný ošetřující lékař/zdravotní profesionál)
- 2) Zhodnocení, formulace postupu v ošetřujícím týmu, ev. konzultace adekvátních odborných lékařů či dalších profesí, konzultace postoje paliativního konziliáře
- 3) Komunikace s nemocným a rodinou
- 4) Provedení indikace, se zápisem do dokumentace, stanovení **plánu péče**
- 5) Vedení paliativní péče a úprava léčebného plánu dle klinického stavu, potřeb a přání nemocného, podpora nemocnému a jeho blízkým

### Společná pravidla:

- Podnět k zahájení paliativní péče může dát kdokoliv z ošetřujícího zdravotnického týmu, z rodiny či okruhu tzv. blízkých pacienta, samozřejmě jej může podat také samotný pacient.
- Kdykoliv je to možné, pacientovo přání a názor rodiny či blízkých musí být zahrnuty do rozhodování o zahájení paliativní péče.
- Rodina či blízcí pacienta by měli být do rozhodování co nejvíce zahrnuti, nejlépe ve formě strukturovaného rozhovoru. **Delegování odpovědnosti na rodinu či blízké za přijaté rozhodnutí zahájení paliativní péče není ale přípustné.**
- Výsledek rozhodnutí a zahájení paliativní péče by měly být přijaty konsensuálně všemi členy ošetřujícího zdravotnického týmu. Pokud není dosaženo konsensu, odlišné názory by měly být znovu pečlivě posouzeny a zohledněny před formulací závěrečného rozhodnutí.
- V situaci, kdy není dosaženo souhlasu mezi rodinou či blízkými a ošetřujícím zdravotnickým týmem lze zvážit přizvání jiného nezávislého lékaře nebo etické komise ustanovené pro tento účel.

- Do rozhodování o zahájení paliativní péče by měli být zahrnuti všichni členové (lékaři i nelékařský zdravotnický personál) ošetřujícího zdravotnického týmu (tzv. „shared-approach to end-of-life decision making“ model).
- Zahájení paliativní péče a rozhodnutí o nezahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby musí být vždy uvedeno ve zdravotnické dokumentaci jako součást léčebného plánu.
- Zápis do zdravotnické dokumentace před zahájením paliativní péče by měl obsahovat minimálně:
  1. odborné posouzení zdravotního stavu a medicínské zdůvodnění rozhodnutí zahájení paliativní péče,
  2. okruh osob, které se na rozhodování o zahájení paliativní péče podílely,
  3. formulování cílů další péče a léčebného plánu.
- Cíle péče, přínos a rizika plánovaných i probíhajících jednotlivých diagnostických a léčebných postupů by měly být v pravidelných intervalech přehodnocovány a zvažovány. Jakékoliv již přijaté rozhodnutí může být v odůvodněných případech změněno. Záznam o důvodech změny léčebného plánu musí být zaznamenány do zdravotnické dokumentace.
- K zahájení paliativní péče by mělo být přistoupeno vždy až po zápisu do zdravotnické dokumentace a informování pacienta a jeho blízkých (u pacienta - pokud lze s ohledem na jeho klinický stav).
- Prioritou léčebného plánu paliativní péče je odstranění známků bolesti, dyskomfortu a strádání.
- Léčebný plán paliativní péče musí obsahovat dostatečnou ošetrovatelskou péči a symptomovou léčbu, přiměřenou klinickému stavu.
- Přítomnost rodiny či blízkých pacienta by měla být vždy umožněna, pokud ji pacient neodmítl.

## II. FÁZE PROGNÓZOVÁNÍ/POSOUZENÍ POTENCIÁLU NEMOCNÉHO

Prognózození se skládá ze dvou fází: **stanovení fáze onemocnění a pravděpodobného vývoje ve dnech, týdnech až měsících s týmem + následná komunikace těchto informací s pacientem a jeho relevantními blízkými a dokumentace.**

Role KPT v této fázi je v posouzení potenciálu nemocného formou paliativního konzilia a poradenství/konzultaci pro primární ošetřující tým.

Pravidla:

- Nikdy neurčujeme přesný vývoj, ten prakticky ani nemůžeme znát – hovoříme o **prognóze časové** (*onemocnění se bude vyvíjet v hodinách, dnech, týdnech, měsících*) a **klinické** (*onemocnění bude způsobovat tyto obtíže, my můžeme ovlivnit jej takto, takto můžeme působit na kvalitu života, co je pro Vás – paciente, rodino – důležité?*)
- **Význam prognózození:** pacienti a jejich blízcí velmi často staví své rozhodování na předpokládané prognóze, a to nejen stran léčby, ale také stran životních priorit. Taková informace je také významná pro zdravotnické profesionály při plánování péče, prognózození umožňuje adekvátní plánování podpůrných služeb.
- **Bez stanovení diagnózy a otevřeného informování pacienta o jeho jejích aspektech nelze nastavit adekvátní plán péče. Tento proces je mandatorní pro lege artis provozování zdravotní péče.**
- **Sdělení prognózy pacientovi nabídneme – je na něm, jak se rozhodne.** Je samozřejmé, že kognitivní stav pacienta má na tento proces také vliv, nicméně v případě, že si nejsme jisti kapacitou nemocného, je třeba oslovit jeho relevantní blízké
- **Pacienti většinou chtějí znát svou další prognózu, nezávisle na tom, zda je dobrá či špatná,** prospektivní studie ukázaly, že díky znalosti prognózy se zároveň zlepšuje kvalita života – nejen pacientů, ale i jejich blízkých
- V rámci syndromu geriatrické křehkosti řada studií ukazuje, že úroveň funkčního poklesu při například akutní infekci je silným prediktivním faktorem mortality

### **III. FÁZE ROZHOVORU S PACIENTEM, RODINOU**

Konziliární paliativní tým se může účastnit rozhovoru ke sdělení diagnózy nevléčitelného onemocnění, s primární indikací paliativní péče (první – pokud je toho kognitivně a psychicky jako partner schopen – má být informován pacient – základní informace – a dotázán, zda si k rozhovoru přeje někoho ze svých blízkých). Konziliární paliativní tým vede dále dialog s pacientem, ošetřujícím týmem a určenými blízkými pacienta na témata plánu následující paliativní péče. Veškerá komunikace paliativního týmu je dokumentována, např. formou poznámek k primárnímu konziliárnímu vyšetření v elektronické dokumentaci.

### **IV. PLÁN PÉČE**

Konziliární paliativní tým konzultuje aktuální plán péče, působí poradensky u složitějších medicínských či psychologických symptomů. KPT podporuje péči o nemocného v oblasti horizontální i vertikální spirituality, je konzultantem (v některých případech i výkonným týmem) pro složitější problematiku v sociální oblasti.

### **V. ORGANIZACE PROPUŠTĚNÍ, PŘEKLADU, PODPORA DOPROVÁZENÍ V RÁMCI NEMOCNIČNÍ PÉČE**

Konziliární paliativní tým propojuje jednotlivá oddělení nemocnice při předávání/překladu závažně nevléčitelně nemocných, a to jak komunikačně mezi ošetřujícími týmy, tak v komunikaci ošetřujících týmů s nemocným a rodinou nemocného. Zajišťuje kontinuitu péče také pro oblast propuštění/překladu nemocného mimo oddělení nemocnice. Zvláště významná je jeho role v koordinaci následné terénní péče: Mobilní specializované paliativní péče (domácí hospitalizace nevléčitelně nemocných 24/7), ale také home care, sociálních terénních služeb, zajištění potřebných pomůcek. Podporuje také nemocniční týmy v edukaci rodiny nevléčitelně nemocného pacienta, propouštěného do domácího prostředí, či pomáhá plynulému přechodu pacienta zpět do domova pro seniory.

### **VI. ROZHOVOR S POZŮSTALÝMI, PODPORA TRUCHLENÍ, PODPORA OŠETŘUJÍCÍHO TÝMU – V DOBĚ PÉČE, PO ÚMRTÍ PACIENTA**

Konziliární paliativní tým podporuje ošetřující týmy v péči o truchlící rodinu, v indikovaných případech může převzít péči o složitější případy patologického truchlení a pomoci organizovat následnou, především psychologicko-psychiatrickou péči. V indikovaných případech se může účastnit rozhovorů s pozůstalými při předání osobních věcí zemřelého.