

je prioritou mírnění symptomů, zajištění důstojnosti umírajícího člověka a podpora jeho blízkých [3].

- **Smrt** (*death*) – událost završující proces umírání, z medicínského hlediska definovaná jako ireverzibilní zástava všech funkcí mozku nebo krevního oběhu.

PÉČE V ZÁVĚRU ŽIVOTA

- **Péče o pacienta v závěru života** (*end-of-life care*) – oblast zdravotní péče, která se soustředí na péči o pacienta v celém závěru života, kdy hlavní domény péče jsou zaměřeny na kontrolu symptomů, psychosociální a spirituální podporu. Aplikace procesů a přístupů k pacientovi, který se nachází v závěru života a u kterého bylo provedeno rozhodnutí o ukončení/nerozšiřování život udržujících terapie [15].
- **Terminální paliativní péče** (*terminal palliative care*), **komfortní péče** (*comfort care*). Poskytování obecné a specializované paliativní péče pacientovi s prognózou přežití v týdnech a kratší. Jedná se o péči v bezprostředním závěru života.

ROZHODOVÁNÍ A PLÁNOVÁNÍ PÉČE

- **Plánování budoucí péče** (*advanced care planning*) – je proces stanovování rozsahu a cílů budoucí péče, včetně její eventuální limitace, na kterém se podílí lékař i pacient (zástupce pacienta). Na základě vyjádřených preferencí, hodnot a priorit pacienta se formuluje a dokumentuje plán budoucího poskytování zdravotních služeb a zdravotní péče. Explicitně pojmenovává i plán péče pro (očekávané) zhoršení zdravotního stavu.
- **Cíle péče** (*goals of care*) – 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 intenzivní péče spolurozhoduje často zástupce pacienta (osoba s právem zástupného souhlasu) nebo soud (opatrovník), v nejzazším případě lékař (pokud pacient není kompetentní a není stanovena osoba s právem zástupného rozhodování).
- **Sdílené rozhodování** (*shared-decision making*) – tento proces spočívá ve spolupráci mezi lékaři a pacienty (a jejich blízkými) při vytváření konsenzu ohledně cílů léčby a přiměřených diagnosticko-terapeutických postupů. Sdílené rozhodování propojuje (*alignment*) indikované medicínské intervence opřené o klinické důkazy, které zohledňují rizika a očekávané výsledky, s pacientovými preferencemi a hodnotami. Je to základní předpoklad zdravotní péče zaměřené na pacienta. V prostředí intenzivní péče se sdílené rozhodování nejčastěji realizuje během tzv. rodinné konference (*family conference*), která má formalizovanou strukturu [16]. Sdílené rozhodování může být zahájeno na jednotce intenzivní péče a pokračovat i po přeložení pacienta na oddělení nižšího typu. Kritický stav často odhalí celkovou (nejen zdravotní) situaci pacienta, což představuje příležitost tento proces zahájit.
- **Limitace péče** (*treatment limitations*) vychází ze stanoveného cíle léčby. Předpokládá, že proběhlo sdílené rozhodování o přiměřeném

cíli léčby. Organová podpora nebo diagnostické metody, které nevedou k naplnění realistického cíle léčby, nejsou indikovány a ve zdravotnické dokumentaci jsou uvedeny jako nepřiměřené postupy, o které nebude léčba rozšiřována, nebo budou ukončeny.

- **Nerozšiřování (zadržení) život udržujících léčebných postupů (léčby)** (*withhold of life-sustaining treatment*) – nenavyšování stávající úrovně nebo nerozšiřování o další organovou podporu nebo léčebnou modalitu.
- **Ukončení život udržujících léčebných postupů (ukončení život udržující léčby)** (*withdraw of life-sustaining treatment*) – ukončení aktuální organové podpory nebo léčebné modality. O nerozšiřování (WH, *withhold*) a ukončení (WD, *withdraw*) léčebných postupů je třeba přemýšlet jako o **limitaci péče**, přičemž konečný stav je v obou případech stejný – daná léčebná modalita není poskytována. Zatímco u WD se léčba dříve poskytovala, u WH nebyla zahájena. Převážně se limitace péče objevuje u pacientů v závěru života, avšak koncept je platný univerzálně a nevztahuje se časově výlučně až na závěr života (příklad: pacient může odmítnout připojení k dýchacímu přístroji dlouho před tím, než daná situace nastane, například formou dříve vysloveného přání). Součástí limitace péče může být nerozšiřování/ukončení léčebných postupů, které se může týkat například následujících modalit léčby:
 - orotracheální intubace (OTI)
 - umělá plicní ventilace (UPV)
 - neinvazivní ventilační podpora (NIVS)
 - tracheostomie
 - kyslíková terapie
 - podávání vazopresorů/ionotropik
 - mechanická srdeční podpora
 - kardiopulmonální resuscitace (CPR)
 - renální eliminační techniky (RRT)
 - chirurgický výkon
 - antibiotika
 - krevní transfúze a deriváty
 - arteficiální hydratace
 - arteficiální parenterální/enterální nutrice
 - drenáž/invazivní vstupy
- **Specifické termíny a postupy v oblasti limitace péče:**
 - **Terminální odpojování** (*terminal weaning*) – ukončování mechanické ventilační podpory, která není v souladu s cíli péče pacienta, při ponechání nebo odstranění orotracheální/tracheostomické kanyly.
 - **Terminální extubace/dekanylace** (*terminal extubation/decannulation*) – odstranění arteficiálního zajištění dýchacích cest (orotracheální kanyly/tracheostomické kanyly) v závěru života.
 - **Nezahájení kardiopulmonální resuscitace** (*do not resuscitate, DNR*) – rozhodnutí nezahájení postupů kardiopulmonální resuscitace v případě zástavy oběhu. Status DNR může vzniknout dvěma způsoby: (a) na základě rozhodnutí lékaře ve spolupráci s pacientem, případně s osobou s právem zástupného sou-