

přinášejí pacientovy známé nebo předpokládané hodnoty a preference [2, 3].

Jeho hodnoty a preference přitom nemusí být známy ani zachycené v dříve vysloveném přání [3]. Zástupné rozhodování proto vyžaduje jasné vymezení role osoby oprávněné pacienta zastupovat; její pořadí stanoví § 34 odst. 7 zákona č. 372/2011 Sb. [4].

Rozhodování o intenzivní léčbě není vedeno pouze pravděpodobností přežití. Kritické onemocnění může být spojeno s dlouhodobými fyzickými, kognitivními a psychickými následky, které ovlivňují soběstačnost a kvalitu života [5]. Prognostická informace proto musí zahrnovat nejen časné výsledky, ale také očekávaný funkční stav a dlouhodobou trajektorii. Mimonemocniční zástava oběhu představuje jednu z klinických situací, v nichž je tento proces zvláště náročný: vzniká náhle, prognóza se upřesňuje v čase a hodnoty pacienta obvykle nejsou v časné fázi známy. Nálezy Ústavního soudu ČR z roku 2023 ve věci problematiky DNR navíc zdůrazňují participaci práva pacientů a jejich zástupců, která musejí být v klinické praxi systematicky naplňována.

Cílem tohoto přehledového článku je zasadit sdílené rozhodování do rámce zástupného rozhodování, stanovování cílů péče a posuzování přiměřenosti intenzivní léčby. Článek se zaměřuje na význam prognostické informace, porozumění osob blízkých a zjišťování hodnot pacienta a představuje praktické přístupy, které mohou tento proces podpořit. OHCA uvádí jako jednu z klinických situací, v nichž jsou tyto principy zvláště důležité.

Krátkodobé a dlouhodobé výsledky intenzivní péče

Rozhodování o intenzivní léčbě vyžaduje znalost nejen časných, ale i dlouhodobých výsledků léčby. Celková mortalita pacientů hospitalizovaných na JIP je přibližně 16,2 % [6], mezi jednotlivými skupinami nemocných se však výrazně liší. U pacientů s hematologickými malignitami dosahuje mortalita na JIP až 38 %, nemocniční mortalita 39,3 %, 90denní mortalita 47,5 % a jednorocní mortalita 56,7 % [7]. U pacientů s ARDS činila ve studii LUNG SAFE mortalita na JIP 37,4 % a nemocniční mortalita 34,9–46,1 % podle závažnosti syndromu [8]. Mortalitu u dalších vybraných skupin onemocnění shrnuje **tabulka 1**.

Dlouhodobé riziko lze hodnotit také napříč diagnózami u pacientů, kteří pobyt na JIP přežili. V této populaci dosahuje mortalita v průběhu následujícího roku až 21 % [10]. Vyšší věk, přítomnost komorbidit, delší hospitalizace na JIP a vyšší závažnost vstupního onemocnění hodnocená podle skóre SOFA a SAPS jsou spojeny s vyšším rizikem úmrtí v dlouhodobém horizontu [10]. Prognostická informace by proto měla vždy uvádět časový horizont, k němuž se vztahuje.

Postintenzivní syndrom a dlouhodobé následky

Více než polovina pacientů, kteří přežijí kritický stav, má po propuštění z nemocnice fyzické, kognitivní nebo psychické následky, souhrnně označované jako postintenzivní syndrom [11, 12]. Zahrnuje fyzické oslabení, kognitivní poruchy (poruchy paměti, pozornosti, řešení problémů) a psychické poruchy (posttraumatická stresová porucha) [12, 13]. Tyto komplikace mohou zásadně ovlivnit kvalitu života, soběstačnost a návrat k předchozím rolím. Rekonvalescence je často dlouhodobá a někdy neúplná [12, 14]. Například u pacientů po ARDS byla funkční omezení popsána ještě jeden rok po propuštění a u části nemocných přetrvávala až pět let [15, 16]. Pro rozhodování o intenzivní léčbě proto není podstatná pouze pravděpodobnost přežití, ale také očekávaná míra soběstačnosti a dlouhodobé důsledky kritického onemocnění.

Specifika sdíleného rozhodování po mimonemocniční zástavě oběhu

Mimonemocniční zástava oběhu je častou příčinou náhlého kritického stavu a je spojena s vysokou mortalitou a významným rizikem neurologického postižení [17–19]. Přežití do propuštění z nemocnice s příznivým neurologickým výsledkem, obvykle definovaným jako CPC 1–2, se pohybuje přibližně mezi 8 a 12 % [20–22]. Škála CPC rozlišuje neurologický výsledek od plné soběstačnosti po těžkou závislost, poruchu vědomí a smrt [23–25]. Samotné CPC však nezachycuje plný rozsah kognitivních, funkčních a psychosociálních následků a mělo by být doplněno hodnocením zdravotně podmíněné kvality života [26].

Ve studii EuReCa TWO dosáhlo v České republice příznivého neurologického výsledku, definovaného jako CPC 1–2, přibližně 10 % pacientů po OHCA [27]. V nizozemské kohortě pacientů po OHCA činila mortalita na JIP 45,4 %, nemocniční mortalita 50,2 % a jednorocní mortalita 56,4 % [28]. U části přeživších přetrvávají závažné neurologické následky [29].

OHCA je proto příkladem situace, v níž se rozhodování významněji než u jiných stavů vyvíjí v čase. V urgentní fázi je prognóza nejistá a intenzivní léčba je zahájena bez znalosti pacientových preferencí. Rodiny vstupují do rozhodování bez předchozí přípravy a často také bez znalosti pacientových hodnot [28, 30]. Emoční stres a vysoká informační zátěž mohou omezovat jejich schopnost přijímat informace a účastnit se rozhodování [31]. Později je třeba opakovaně spojovat zpřesňující se prognózu s tím, jaký neurologický a funkční výsledek by pacient považoval za přijatelný.

U pacientů s přetrvávající poruchou vědomí mohou rozhodnutí o tracheostomii, enterální výživě a překladi do následné intenzivní péče zásadně ovlivnit další trajektorii léčby. Takový postup proto nelze posuzovat pouze podle technické proveditelnosti, ale také podle

Tab. 1. Krátkodobá a dlouhodobá mortalita ve vybraných skupinách pacientů přijatých na JIP

Diagnóza	JIP mortalita	Nemocniční/30denní/90denní mortalita	Jednorocní mortalita	Reference
Hematoonkologické malignity	38 %	39,3 % (nemocniční) 47,5 % (90denní)	56,7 %	[7]
ARDS	37,4 %	34,9–46,1 % (nemocniční, dle závažnosti)	46–53 % (dle závažnosti)	[8]
Septický šok	54,1 %	41,1 % (nemocniční)	49,2 % (60denní)	[9]
OHCA	45,4 %	50,2 % (nemocniční)	56,4 %	[28]

Pozn.: Uvedené hodnoty pocházejí z různých studií a kohort. Tabulka není určena k přímému porovnávání jednotlivých skupin ani k hodnocení časového vývoje v jedné populaci; ilustruje rozdíl mezi mortalitou na JIP a mortalitou v delším časovém horizontu.