

Poskytovatel zdravotních služeb akreditovaný Organizací evropských onkologických ústavů (OECI)
a Českou společností pro akreditaci ve zdravotnictví.

Vážená paní



Č. j.: 2020/602/MOU

JID: MOU 307 426

Brno 27. ledna 2020

Poskytnutí informací

Vážená paní

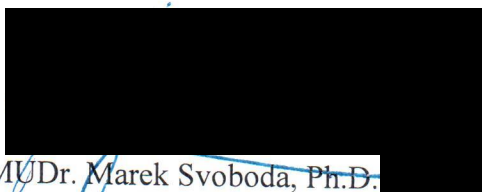


dne 19. února 2020 byla Masarykovu onkologickému ústavu doručena Vaše žádost dle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), ve které požadujete zaslání vnitřního předpisu, který upravuje postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.

Masarykův onkologický ústav jako povinný subjekt dle § 2 zákona Vaši žádost posoudil a dospěl k závěru, že splňuje náležitosti stanovené zákonem.

K vaší žádosti v příloze zasíláme text článku 4.7 směrnice MOÚ č. 6/2016 Paliativní péče v MOÚ, v platném znění. Vámi zmíněnou oblast jinak upravuje Doporučení představenstva ČLK k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. Dostupné zde: <http://www.lkcr.cz/doporuceni-predstavenstev-clk-227.html>.

S pozdravem



prof. MUDr. Marek Svoboda, Ph.D.

ředitel Masarykova onkologického ústavu



Vyřizuje:



IČO:
00209805

bankovní spojení:
ČNB Praha
87535621/0710

telefon:
543 131 111

fax:
543 211 169

e-mail, web:
direct@mou.cz
www.mou.cz



U pacientů neschopných dostatečného příjmu tekutin p. o. je indikována parenterální hydratace (podávaná formou i. v. nebo s. c. infúzí) U pacienta v terminálním stavu je dostatečný celkový denní příjem tekutin 500-1000 ml. U bezprostředně umírajících pacientů parenterální hydratace nemá vliv na délku života ani symptomovou zátěž. Její indikace je proto relativní. U všech umírajících pacientů je indikované důsledná péče o dutinu ústní včetně pravidelného svlažování sliznice.

4.6.4 Paliativní farmakologická sedace (PS) u pacientů v terminálním stavu

Jako PS označujeme farmakologické utlumení terminálně nemocného pacienta s cílem zmírnit refrakterní symptomů a dosáhnout komfortu. Hloubka sedace je vždy individuální a závisí na intenzitě symptomů a celkovém klinickém kontextu. U některých pacientů je třeba pacienta farmakologicky utlumit až do hloubky soporu - komatu.

- Nejčastější indikací PS jsou refrakterní dušnost, úzkost, agitované delirium. Bolest lze většinou účinně zmírnit bez výrazného ovlivnění stavu vědomí.
- Před zahájením paliativní sedace je vhodné vyžádat paliativní konzilium k posouzení, zda jsou pacientův diskomfort a přítomné symptomy skutečně refrakterní (léčbou neovlivnitelné).
- Pacient (příp. jiná oprávněná osoba, pokud pacient není schopen sám rozhodovat o poskytnutí zdravotní péče) musí se záměrem zahájit paliativní sedaci souhlasit. Důvod zahájení PS musí být uveden ve zdravotnické dokumentaci.
- Před zahájením PS je nutné stanovit, jakým způsobem bude v průběhu PS zajištěna výživa a hydratace.
- K zajištění paliativní sedace používáme nejčastěji kontinuální podání midazolamu (10-200 mg/24h i.v.), v případě bolesti a dušnosti současně s morfinem (10 - 200 mg, dle intenzity bolesti). Lze užít také levomepromazin nebo propofol.

4.7 Resuscitační péče u pacienta v terminálním stavu

U pacienta v terminálním stavu není v případě oběhové zástavy indikováno zahájení kardiopulmonální resuscitace ani překlad do intenzivní péče.

4.8 Péče o psychický komfort pacienta

Lékaři i nelékařský zdravotnický personál musí s pacientem komunikovat způsobem, který bude podporovat pacientovu schopnost adaptace na skutečnost závažného život ohrožujícího onemocnění. Při zjištění větší míry psychického distresu u pacienta a jeho blízkých je třeba pátrat po jeho příčinách a možnosti ovlivnění.

Při klinicky významné úzkosti a depresi je indikované včasné zahájení symptomatické farmakoterapie (viz tabulka č. 1 v bodě 4.6.2). Je žádoucí, aby lékaři a ošetrovatelský personál v péči o pacienty v terminálním stavu využívali odbornou psychologickou a sociální péči a včas kontaktovali příslušné odborníky (konziliář v oboru paliativní medicína, klinický psycholog, sociální pracovník).

4.9 Péče o duchovní komfort pacienta

Duchovní oblast může být v terminální fázi nemoci zdrojem specifických potřeb a problémů. Současně je ale velmi významným zdrojem inspirace, motivace a životní energie ke zvládnutí závěru života. Systematická péče o duchovní oblast pacientova prožívání je proto integrální součástí paliativní péče v závěru života. Lékař a ošetřující personál aktivně zjišťují, zda pacient netrpí spirituálním distresem. Při zjištění významného spirituálního distresu se