

pomocí ICU Mobility Scale po 15 dnech a po 3 a 6 měsících (ve všech případech $p < 0,05$). Kvalita života byla rovněž významně lepší ve skupině s kombinací NMES a časně mobilizace, přičemž tento přínos přetrvával až 6 měsíců po propuštění z nemocnice ($p < 0,05$). Mezi skupinami nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl ve skóre symptomů posttraumatické stresové poruchy.

Závěr: Časně zahájení neuromuskulární elektrické stimulace v kombinaci s protokolem časně mobilizace během prvních 48 hodin pobytu na JIP vedlo u kriticky nemocných pacientů k lepším dlouhodobým funkčním výsledkům a vyšší kvalitě života až do 6 měsíců po propuštění z nemocnice ve srovnání s časnou mobilizací samotnou.

19 Shrnutí: Klinická doporučení Society of Critical Care Medicine pro péči o dospělé pacienty na konci života na jednotkách intenzivní péče

Marshall MF, Davis FD, Fogelman PA, Oczkowski S, Reid JC, Arellano D, et al. Executive Summary: Society of Critical Care Medicine Clinical Practice Guidelines on Adult End-of-Life Care in the ICU. *Crit Care Med.* 2025;53(12):e2729-e2733.

doi: [10.1097/CCM.0000000000006855](https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000006855).

Cílem těchto guidelines Society of Critical Care Medicine z roku 2025 je identifikovat a šířit doporučení založená na důkazech, vycházející ze současného výzkumu, aby bylo možné lépe porozumět tomu, jak poskytovat vhodnou a efektivní péči o dospělé pacienty na konci života na jednotkách intenzivní péče (JIP). Multidisciplinární týmový přístup k péči na konci života na JIP je s ohledem na stárnutí populace Spojených států zásadní, mimo jiné v důsledku prodlužující se délky života a zátěže spojené s chronickými onemocněními. Výzkum ukazuje, že nejméně 20 % pacientů na JIP má v současnosti cíle, které nejsou z medicínského hlediska dosažitelné, nebo jejich léčebný plán není v souladu s cíli, kterých lze reálně dosáhnout. Proto je klíčové lépe porozumět tomu, jak podporovat rozhodovací procesy, zmírňovat konflikty týkající se léčebných cílů, řešit utrpení a posilovat kapacity pro poskytování péče na konci života na JIP. To zahrnuje i podrobné znalosti o tom, jak je péče na konci života začleněna do poskytování vysoce kvalitní intenzivní péče.

Klinická doporučení:

1.1. Doporučujeme používat strukturované nástroje k usnadnění sdíleného rozhodování o léčbě na konci života (EOL) na jednotkách intenzivní péče. Poznámka: Neexistuje jediný ideální nástroj; mezi nástroje studované v prostředí JIP patří komunikační facilitátory, strukturované plány setkání a papírové či webové rozhodovací pomůcky.

1.2a. Doporučujeme, aby jednotky intenzivní péče vytvářely zdroje pro edukaci osob oprávněných rozhodovat za pacienta o jejich roli při rozhodování jménem pacientů, kteří nejsou schopni rozhodování.

1.2b. Jednotky intenzivní péče by měly mít standardizovaný proces identifikace a dokumentace osoby oprávněné rozhodovat za pacienta u pacientů neschopných rozhodování, včetně pacientů, u nichž nelze zástupce identifikovat, a to v souladu s místní legislativou a institucionálními předpisy. Poznámka: Tento proces je nejlépe řešen na úrovni nemocnice nebo zdravotnického systému; odpovědné osoby se mohou mezi jednotlivými JIP lišit a mohou zahrnovat klinický tým, sociální pracovníky, etickou komisi, právní služby nebo oddělení řízení rizik.

1.3. Doporučujeme proaktivní konzultaci paliativní péče / paliativní medicíny a/nebo etické konzultační služby, pokud jsou dostupné, k podpoře stanovení cílů péče u pacientů na JIP, kteří již nemusí mít prospěch z pobytu v intenzivní péči.

1.4. Doporučujeme zavedení institucionální politiky zaměřené na řešení konfliktů týkajících se marné nebo potenciálně nevhodné léčby na JIP.

2.1. Doporučujeme používat protokolizované postupy pro ukončování život udržujících léčby a pro zvládání symptomů na JIP, včetně hodnocení a léčby symptomů před extubací, během odvykání od umělé plicní ventilace a po extubaci.

2.2a. Klinici na JIP by měli zohledňovat a podporovat kulturní, spirituální a rodinné tradice pacientů a jejich rodin v období péče na konci života.

2.2b. Doporučujeme používat polostrukturovaný přístup k podpoře pacientů a jejich rodin a k řešení spirituálních potřeb, zahrnující úvodní setkání, týdenní následná setkání a následné sledování po propuštění z nemocnice.

2.3. Doporučujeme konzultaci a spolupráci s etickou konzultační službou a/nebo paliativní medicínou, pokud jsou dostupné, k řešení utrpení pacientů a jejich rodin v období péče na konci života, zejména pokud přetrvávají obtíže v řešení konfliktů, distresu nebo utrpení.

3.1a. Neexistuje dostatek důkazů pro doporučení nebo nedoporučení konkrétních intervencí zaměřených na identifikaci a snížení nenaplněných potřeb paliativní péče u specifických populací pacientů přijímajících péči na konci života na JIP.

3.1b. Klinici poskytující péči na konci života na JIP by měli zjišťovat a řešit paliativní potřeby pacientů s ohledem na pohlaví, genderovou identitu, sexuální identitu, rasu, etnicitu, náboženské tradice, zemi původu, mateřský jazyk a socioekonomický status.

3.2. Doporučujeme poskytovat vzdělávání a školení v oblasti paliativní péče všem členům týmů jednotek intenzivní péče za účelem zvýšení schopnosti poskytovat péči na konci života na JIP.

3.3. Doporučujeme, aby kliničtí pracovníci poskytovali edukační intervence pacientům, rodinám a náhradním rozhodovatelům s rizikem přijetí na JIP, s cílem zlepšit jejich porozumění fungování JIP, možnostem péče na konci života, realistickým výsledkům léčby a plánování péče předem.

Závěr: Zlepšení péče na konci života na jednotkách intenzivní péče vyžaduje systematické uplatňování doporučení založených na aktuálních důkazech a úzkou spolupráci multidisciplinárních týmů. Implementace těchto postupů může přispět k lepšímu sladění léčby s cíli pacientů, ke snížení utrpení a ke zvýšení kvality intenzivní péče v závěru života.