



7.

konferencia
Slovenskej spoločnosti
paliatívnej medicíny

10. 11. 2023, Hotel Senec

ZBORNÍK ABSTRAKTOV

Hodnotenie spirituálneho distressu

ThDr. Marian Bodolló PhD.

Príspevok sa zameriava na skúmanie možností pastorálnej podpory paliatívnych pacientov pri spirituálnom distresse. Hľadá evidence based prístupy pre ekumenicky a pastoračne citlivé prístupy k paliatívneho pacientovi v jeho špecifickej situácii. Náš riešiteľský tím zostavil dotazník na šesť oblastí duchovnej bolesti, k týmto oblastiam priradil otázky pre štrukturovaný rozhovor a kvôli prirodzenému rozhovoru ich usporiadal do štyroch okruhov (voľné otázky, otázky intrapersonálne, otázky interpersonálne, otázky transcendentné). V testovanej fáze bolo realizovaných 100 rozhovorov (na paliatívnom oddelení, ambulancii, v mobilnom a kamennom hospici) s vysokou mierou otvorenosti pre takýto typ rozhovoru (zo 102 klientov len dvaja rozhovor odmietli). Súčasne bol rozhovor vedený so značnou slobodou pre klientov pre otázky, ktorým sa nechcú venovať. Všetky výsledky rozhovorov sú v súčasnosti vo fáze štatistického vyhodnotenia a interpretácie nálezu. Očakávame, že z tejto fázy vyplynú podnetné pozorovania, ako napríklad pri záverečnej otázke, podľa ktorej až 72 percent prejavilo o záujem o kňaza pri umieraní.

Kľúčové slová: spirituálny distress, výskum, pastorálny rozhovor, výsledky

The contribution focuses on the investigation of the possibilities of pastoral support for palliative patients in spiritual distress. It is looking for evidence-based approaches for ecumenically and pastorally sensitive approaches to the palliative patient in his specific situation. Our research team compiled a questionnaire for six areas of spiritual pain, assigned questions for a structured interview to these areas, and arranged them in four circles for a natural interview (free questions, intrapersonal questions, interpersonal questions, transcendental questions). In the test phase, 100 interviews were carried out (in the palliative care department, outpatient clinic, mobile hospice, and hospice building) with a high degree of openness to this type of interview (out of 102 clients, only two refused the interview). At the same time, the interview was conducted with considerable freedom for the clients to questions they do not want to address. All interview results are currently in the phase of statistical evaluation and interpretation of findings. We expect that stimulating observations will emerge from this phase, such as in the final question, according to which up to 72 percent expressed an interest in a priest when dying.

Keywords: spiritual distress, research, pastoral conversation, results

Perinatálna paliatívna starostlivosť.

Dolníková D., Neonatologická klinika intenzívnej medicíny LF UK a NÚDCH, NÚDCH Bratislava

Perinatálna strata je často prežívaná ako trauma a smútenie môže byť komplikované. Je to aj strata anticipačná, strata budúcnosti, predstáv a očakávaní. Rodičia ktorých sa týka, musia často vo veľmi krátkom čase urobiť extrémne zložité a ťažké rozhodnutia, pričom diagnostická a prognostická neistota je vysoká a morálne, etické, ale aj právne kontroverzie veľké.

Perinatálna paliatívna starostlivosť (PPS) je holistický model starostlivosti zameraný na prevenciu a liečbu fyzických, duchovných, emocionálnych a sociálnych potrieb plodov a novorodencov so život ohrozujúcimi alebo život limitujúcimi stavmi. Primárnym príjemcom starostlivosti je v tomto prípade rodina, ktorá takéto dieťa očakáva, prežíva alebo prežila perinatálnu stratu. Poskytuje ju multidisciplinárny tím s cieľom zlepšiť rodinám kvalitu života od momentu stanovenia diagnózy (často in utero) až po smrť a smútenie (o niekoľko dní, mesiacov alebo rokov neskôr).

PPS musí byť komplexná, skladajúca sa zo všeobecnej paliatívnej liečby, ktorú by mali poskytovať lekári s využitím základných znalostí, prístupov a zručností, s cieľom rozpoznať a liečiť symptómy a spolupracovať s ostatnými odbornosťami. Na túto starostlivosť by mala nadväzovať starostlivosť špecializovaná, poskytovaná multidisciplinárnym tímom odborníkov vzdelaných v paliatívnej starostlivosti. Zaisťovať by mala starostlivosť o pacientov a ich rodiny, u ktorých intenzita a dynamika ťažkostí prevyšuje možnosti všeobecnej paliatívnej starostlivosti. Táto starostlivosť by mala preklenúť aj obdobie smútenia.

Z hľadiska načasovania môžeme PPS rozdeliť na perinatálnu paliatívnu starostlivosť, ktorá je definovaná ako starostlivosť poskytovaná v období od viability plodu (v SR 24. týždeň tehotenstva), cez obdobie pôrodu do 7 dní od narodenia a na paliatívnu starostlivosť o novorodenca. Tá sa väčšinou odohráva v nemocniciach, obvykle na novorodeneckých jednotkách intenzívnej starostlivosti. Potreba paliatívnej liečby tu často nevzniká postupne, spolu s kuratívnym prístupom, ale náhle a intenzívne, nakoľko u týchto detí dôjde napriek intenzívnej či resuscitačnej liečbe k zlyhaniu vitálnych funkcií a presmerovaniu cieľov liečby v zmysle obmedzenia alebo ukončenia podpory vitálnych funkcií. Je preto potrebné zaoberať sa inštitútom márnej liečby, ktorá nie je zákonom definovaná a nie je jasné, či je povinnosťou lekára ju poskytovať. Veľmi často však poskytovaná je a to z obavy pred forenznými následkami.

Pre zdravotníkov je v tejto zložitej situácii možné opierať sa o princípy morálne a etické, predovšetkým o princíp beneficencie a nonmaleficencie. Často to znamená ustúpiť od všetkých mimoriadnych, i keď dostupných prostriedkov, ktoré by viedli len k predlžovaniu umierania. Kľúčovú roľu hrá empatická komunikácia s rodinou a schopnosť identifikovať rodičovské ciele starostlivosti.

Použitá literatúra:

Perinatálna paliatívni péče, Kateřina Rastislavová, vydavatelství Grada

Koncepcie péče o děti a dospívající se závažnou život limitující a ohrožující diagnózou a jejich rodiny, kolektiv autorov A. Kersting, M. Reutemann, P. Ohrmann, E. Baez, W. Klockenbusch, M. Lanczik and V. Arolt: Grief after termination of pregnancy due to fetal malformation. J Psychosom Obstet Gynecol 2004;25:163–169

Nikola Kyzlinková, Etické a právní problémy v neonatální intenzivní péči, Diplomová práce PF MUNI Brno 2017/2018

Paliativní péče v prostředí zdravotnické záchranné služby

Mgr. Michala Chatrná, Centrum paliativní péče, m.chatrna@paliativnicentrum.cz

Zdravotnická záchranná služba (ZZS) je často volaná k pacientům s pokročilým nevyлéčitelným onemocněním. Péče výjezdových skupin ZZS a hospitalizace na akutním lůžku přitom často nejsou pro pacienta v závěru života přiměřenou odezvou na jeho potřeby. Část výjezdů tohoto typu končí úmrtím na akutním lůžku během terminální hospitalizace, což je systémově nežádoucí jev. Konkrétně v Praze dojde ročně k asi 7 300 očekávatelným úmrtím, tj. úmrtím z důvodu očekávatelného vývoje nevyлéčitelného onemocnění. K polovině z nich dojde za hospitalizace. Dvěma třetinám z těchto očekávaných úmrtí, ke kterým dojde v pražských nemocnicích, předchází výjezd zdravotnické záchranné služby. To představuje zhruba 2 300 pacientů za rok, jejichž závěr života by mohl vypadat jinak, pokud bychom byli schopni ovlivnit jejich trajektorii v rámci systému.

Za účelem včasné identifikace paliativně relevantních pacientů byl v rámci pilotního projektu Centra paliativní péče a Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy vytvořen a pilotně ověřen screeningový nástroj Rapid-PCST. Nástroj obsahuje otázky na diagnostická kritéria a hospitalizační historii a byl navržen speciálně pro využití operátory záchranných služeb. Od července 2021 probíhala na pražské záchrance triáž hovorů na linku 155 podle Rapid-PCST a u prvních 290 pacientů, kteří byli tímto způsobem identifikováni jako paliativně relevantní, byla dohledána jejich další trajektorie v rámci zdravotnického systému. Výsledky ukázaly, že 85 % pacientů bylo pomocí Rapid-PCST identifikováno správně a splnili indikační kritéria pro poskytování specializované paliativní péče. Včasná identifikace paliativně relevantních pacientů měla i další pozitivní důsledky, více pacientů bylo například po залéčení ponecháno doma, častěji se také následně dostali do systému paliativní péče.

Použití Rapid-PCST na operačním středisku a další doporučené postupy pro péči o paliativně relevantní pacienty v prostředí ZZS a urgentních příjmů v nemocnicích popisuje „Konsensuální doporučení pro péči o pacienty v terminálním stavu v podmínkách urgentní medicíny“. Jde o společný metodický dokument, který společně přijaly Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof České lékařské společnosti J. E. Purkyně (ČLS JEP) a Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP.

Centrum paliativní péče realizuje v současné době tříletý projekt „Paliativní péče v prostředí zdravotnické záchranné služby“, jehož cílem je vytvořit a nabídnout krajským ZZS systém metodické a praktické podpory při zavádění paliativních přístupů do praxe operačního střediska i výjezdových skupin. Mezi aktivity projektu patří: 1) metodická podpora vybraným krajským ZZS, 2) sběr dat a vyhodnocování zaváděných změn, včetně dalšího ověřování Rapid-PCST, 3) síťování a sdílení zkušeností mezi jednotlivými krajskými ZZS prostřednictvím tzv. paliativních ambasadorů, 4) vznik a fungování odborné rady projektu, 5) vzdělávání zdravotnických záchranářů v oblasti paliativní péče, včetně organizace kurzů pro záchranáře a tvorby výukových materiálů, 6) zahraniční spolupráce.

Více informací o projektu je k dispozici na www.paliativnicentrum.cz/projekty/zzs.

Srdcové zlyhávanie a paliatívna starostlivosť.

Jakubeková, M.: Interná a endokrinologická ambulancia, NOMIMED, s.r.o

EBM snáď najvýraznejšie v pozitívnom zmysle ovplyvnila kardiológiu, ktorá svoju tvár v oblasti paliatívnej medicíny ešte len začína hľadať. Pritom množstvo kardiovaskulárnych ochorení má prognózu dožitia aj kvalitu života od stanovenia diagnózy podstatne horšiu než mnohé onkologické ochorenia. Prevalencia srdcového zlyhávania (SZ) výrazne rastie s vekom a dosahuje viac ako 10% vo vekovej skupine nad 70 rokov. Tento trend v prevalencii SZ sa niekedy označuje ako „zlyhanie úspechu“, pretože je spôsobený nielen starnutím populácie, ale do veľkej miery aj pokrokmí v liečbe artériovej hypertenzie, akútnych koronárnych syndrémov a kardiovaskulárnych ochorení všeobecne. Tradične sa SZ delí na odlišné fenotypy na základe hodnôt EF LK na HFrEF (SZ s redukovanou EF LK <40%), HFmrEF (SZ s mierne zníženou EF LK 41-49%) a HFpEF (SZ so zachovanou EF LK $\geq$ 50%). U pacientov so SZ je veľmi obtiažne predpovedateľná trajektória vývoja ochorenia v porovnaní s onkologickými pacientmi. Charakteristickým znakom sú opakované relapsy a remisie, náhla srdcová smrť môže nastať kedykoľvek v priebehu SZ, čo veľmi komplikuje stanovenie prognózy ochorenia. Práve táto obtiažnosť v stanovení prognózy SZ je hlavným problémom, kto a kedy indikuje paliatívny prístup u pacienta so SZ. Podľa posledných guidelines Európskej kardiologickej spoločnosti z r.2021 pacienti s pokročilým SZ v štádiu NYHA III-IV napriek optimálnej liečbe, ktorí nie sú indikovaní na transplantáciu srdca alebo mechanickú podporu obehu, vyžadujú paliatívnu starostlivosť. Základným nástrojom liečby SZ s prognostickým dopadom, s efektom na kvalitu života a zníženia rizika hospitalizácií, ostáva aj naďalej farmakoterapia. 4 základné piliere farmakoterapie predstavujú 1.ACE-i/AIIRB/ARNI, 2.beta blokátory, 3. MRA, 4.iSGLT2. Táto lieková kombinácia je v súčasnosti považovaná za jednoznačný základný stavebný kameň v liečbe pacientov so SZ, a keďže tieto lieky zlepšujú symptomatológiu SZ a znižujú riziko rehospitalizácií, mali by byť ponechané v liečbe čo najdlhšie obdobie aj u pacientov v paliatívnej starostlivosti. Nesmieme zabúdať ani na diuretiká, ktoré rýchlo a účinne zmierňujú až odstraňujú symptómy a známky kongescie. Aj napriek optimálnej vedenej liečbe SZ pomerne veľké percento pacientov trpí refraktérnymi symptómami ako je dušnosť, kašeľ alebo bolesť. V prípade refraktérnej dušnosti neváhame iniciovať liečbu opioidmi, iniciálne nízkymi dávkami morfinu 2,5-5mg, ktoré podávame 2-4x denne s postupnou uptitráciou podľa miery symptómov. U pacientov v terminálnej fáze SZ býva často prítomná hypoperfúzia orgánov, perzistujúca kongescia, rezistencia na diuretiká. Na prelomenie tohto začarovaného kruhu môže byť užitočná inotropná podpora vo forme intermitentnej infúzie. Komplexná liečba SZ zahŕňa okrem čisto medicínskeho prístupu k liečbe aj prístup reflektujúci osobné hodnoty a ciele pacienta. Len implementáciou týchto oboch prístupov dokážeme pacientom poskytnúť tú najkvalitnejšiu starostlivosť.

Kľúčové slová: 1. srdcové zlyhávanie 2. prevalencia SZ 3.terminológia SZ
4.prognostikácia srdcového zlyhávania 5.farmakoterapia SZ
6.opioidy 7. inotropná podpora

Ako spoznať paliatívneho pacienta na urgentnom príjme

Jozef Kalužay v spolupráci s Martin Kubík

Urgentné príjmy nemocníc sú miestom prvej, ale neraz aj poslednej pomoci. Dôveryhodný vzťah si musí lekár s pacientom a rodinou vybudovať na urgentnom príjme za pár minút. Nedokumentovaný plán starostlivosti u chorých s ťažkým ochorením traumatizuje zdravotníckych pracovníkov nemocníc. Rozhodovanie sa pod bezprostredným tlakom akútne sa zhoršujúceho stavu pacienta alebo pod tlakom nedostatku kapacít nie je možné vnímať ako úplne správne.

Pre klinické uvažovanie nemocničného lekára pacient v paliatívnej starostlivosti často nie je bezprostredne zomierajúci pacient. Paliatívna starostlivosť pre hospitalistu neznamena len starostlivosť na konci života. Nemocniční lekári vnímajú termín paliatívna starostlivosť z odlišného uhla pohľadu. Všeobecná paliatívna starostlivosť je pre hospitalistu blízko klasickej medicínskej definícii „starostlivosť zameraná na symptómy ochorenia“.

Niektoré klinické stavy komplikujúce ťažké základné ochorenie, napr. pneumónia, výpotky, krčové stavy, arytmie, sú aktívnym prístupom nemocničného lekára ovplyvniteľné a v prípade úspechu vedia zlepšiť stav pacienta aj na niekoľko mesiacov.

Najzložitejšie otázky pre hospitalistov sú vo veci iniciácie orgánovej podpory napr. u ľudí s DMO, ALS, ťažkou stareckou demenciou. Podobne zložitý je rozhodovanie v otázkach zabezpečenia výživy takýchto pacientov.

K identifikácii paliatívneho pacienta na urgentnom príjme je verifikovaný 5-otázkový dotazník SPEED (*Screening for Palliative Care Needs in the Emergency Department*).

Otázky, ktoré by sme s pacientom a jeho rodinou mohli pri rozhovore otvoriť sú: 1. ako veľmi trpíte pre bolesti, 2. ako veľmi zložitý je naplnenie vašich potrieb v domácom prostredí, 3. ako veľmi zložitý je zabezpečiť zdravotnú starostlivosť podľa stanovených cieľov, 4. ako veľmi trpíte z preťaženia, 5. aké veľmi zložitý sú problémy v súvislosti s vašou liečbou. Tieto otázky však musia byť položené citlivo, nie navádzajúco k určitej preferovanej odpovedi.

Paliatívna liečba u pacientov s kardiostimulátorom alebo implantovaným kardioverter-defibrilátorom.

MUDr. Kvetová M.: Doliečovacie odd., Špecializovaná geriatrická nemocnica, Bratislava

Kardiovaskulárne implantovateľné prístroje zahŕňajú **kardiostimulátor (pacemaker, PM)** a **implantovateľný kardioverter-defibrilátor (ICD)**. Prístroje sú bezdrôtovo pripojiteľné k počítaču, čo umožňuje diagnostiku samotného prístroja (napr. jeho funkcie, stavu batérie, životnosti, funkčnosti elektród atď.), ako i jeho nastavenie (napr. rôznych režimov PM, úpravy funkcie v špecifických situáciách – operácia, vyšetrenie magnetickou rezonanciou a pod.). Každých 6-12 mesiacov je potrebná kontrola na špecializovanom pracovisku, prístroje majú životnosť niekoľko rokov a po skončení životnosti je potrebná ich výmena.

PM slúži na liečbu srdcových arytmií spojených s bradykardiou. Podstatou jeho funkcie je snímanie elektrickej aktivity srdca, stimulácia srdcových predsiení a komôr a prispôsobenie frekvencie stimulácie fyzickej aktivite pacienta. PM je schopný riešiť niektoré akútne poruchy srdcového rytmu (má tzv. antitachykardickú funkciu) a poskytovať tzv. resynchronizačnú liečbu u pacientov s ťažkým srdcovým zlyhávaním. Indikácie implantácie PM sú dysfunkcia sínusového uzla (so symptomatickou bradykardiou), symptomatická chronotropná inkompetencia, AV blokády vyššieho stupňa (AV blokáda II. a III.st., prevodové poruchy pri neuromuskulárnych ochoreniach, po kardiochirurgických výkonoch, katérových abláciách), chronická bi- a trifascikulárna blokáda, prevodové poruchy vzniknuté v súvislosti s infarktom myokardu a rôzne špecifické situácie (napr. u pacientov s kardiomyopatiou, po transplantácii srdca a pod.).

ICD je prístroj na liečbu život ohrozujúcich komorových arytmií s cieľom zabrániť náhlej srdcovej smrti. Všetky moderné ICD majú aj funkciu kardiostimulátora. ICD monitoruje elektrickú aktivitu srdca a reaguje na závažné poruchy srdcového rytmu. Pri bradykardii svojou kardiostimulačnou funkciou nahrádza vynechané impulzy zo sínusového uzla. Pri komorovej tachykardii sa krátkou kardiostimuláciou s vysokou frekvenciou pokúsi o nastolenie normálneho rytmu, pri neúspechu podá defibrilačný výboj alebo sériu výbojov s nízkou energiou. Pri komorovej fibrilácii prístroj do niekoľkých sekúnd podá bifázický defibrilačný výboj (cca 30 - 40J) a to aj opakovane, do terminácie arytmie. Indikáciou implantácie ICD je prevencia náhlej kardiálnej smrti. V rámci sekundárnej prevencie je indikovaný u pacientov po KPCR pre zastavenie srdca pri komorovej arytmií, u pacientov so zle tolerovanou pretrvávajúcou komorovou tachykardiou, u pacientov so synkopami pri kardiomyopatii, závažnej systolickej dysfunkcii ľavej komory alebo dokázanej indukovateľnej komorovej tachykardii. V rámci primárnej prevencie je ICD indikovaný u pacientov, u ktorých na základe EBM možno predpokladať vysoké riziko vzniku komorovej arytmie ako potenciálne fatálnej príhody (pacienti po infarkte myokardu, s chronickým srdcovým zlyhávaním so závažnou systolicou dysfunkciou ľavej komory, s hypertrofickou alebo dilatálnou kardiomyopatiou, sy. dlhého QT intervalu, arytmogénnou kardiomyopatiou pravej komory).

Cieľom uvedenej prístrojovej liečby je zlepšenie prežívania pacientov s ochorením srdca a zlepšenie kvality ich života. Zlepšovaním diagnostiky i dostupnosti tejto liečby narastá počet pacientov s implantovanými prístrojmi (na Slovensku ročne pribudne cca 1000 „nových“ nositeľov ICD). Narastá i počet takýchto pacientov, ktorí sa dostávajú do terminálneho štádia kardiálneho alebo iného ochorenia (napr. malignita, demencia, neuromuskulárne ochorenie a pod.). V súvislosti s blížiacim sa koncom života sa menia ciele liečby a preferencie pacienta.

U pacientov s implantovaným **PM** jeho deaktivácia obvykle nie je potrebná (vzniknutá bradykardia by zhoršovala symptómy srdcového zlyhávania a znižovala kvalitu života). Funkciu PM pacient nevníma, nie je bolestivá, neobmedzuje ho. Nejde o prístroj v úzkom slova zmysle život-udržiavajúci, nedokáže „resuscitovať“, nedokáže „rozbehnúť“ srdce zastavené v procese prirodzenej smrti. Je možné rozhodnúť sa i pre ustúpenie od výmeny prístroja po skončení jeho životnosti (čo platí aj pre ICD).

Situácia u pacientov s **ICD** je podstatne iná. Ponechanie ICD so všetkými funkciami môže predĺžiť zomieranie a významne zhoršiť kvalitu života. Pacienti s terminálnym srdcovým zlyhávaním

môžu zomierať v tzv. arytmickej búrke vedúcej k opakovaným výbojom ICD, ktoré sú bolestivé pre pacienta, traumatizujúce pre príbuzných a stresujúce pre ošetrojúcich zdravotníkov. Defibrilačný výboj pacienti popisujú ako bolestivý úder alebo „kopnutie koňa“ do hrudníka. Pacienti, ktorí zomierajú na iné ako kardiálne ochorenie, tiež môžu mať v terminálnej fáze komorové poruchy rytmu (i keď väčšina pacientov zomiera „cez bradykardiu k asystólí“). Na mieste je teda úvaha o deaktivácii ICD. Rešpektujeme tým právo pacienta na dôstojné zomieranie s limitáciou všetkých výkonov zvyšujúcich stres, bolesť a úzkosť na konci života a zároveň uprednostníme liečenie pacienta ako človeka pred liečením „jedného orgánu“.

Indikáciou na deaktiváciu ICD je situácia, kedy sa stáva tzv. márnou liečbou (neprimeranou, neúčelnou, nesmerujúcou k naplneniu cieľov starostlivosti). Deaktivácia ICD nevedie bezprostredne k smrti pacienta – pacient zomiera s rôzne dlhým časovým odstupom (dni až mesiace) a príčinou smrti je jeho základné ochorenie. Deaktivácia ICD neznamená jeho kompletnú nefunkčnosť. Vzhľadom na to, že cieľom je vyhnúť sa bolesti a stresu vyplývajúcich z výboja ICD, je potrebná úprava nastavenia (preprogramovanie) ICD tak, že sa deaktivuje liečba arytmií výbojom. Kardiostimulačná a resynchronizačná funkcia zostávajú funkčné. Vzhľadom na uvedené je v komunikácii s pacientom a jeho rodinou vhodné vyhnúť sa termínu *deaktivácia* a hovoriť pravdivo o zmene nastavenia alebo preprogramovaní prístroja. Je potrebné, aby pacient o možných scenároch vedel vopred – kľúčová je komunikácia pacienta s kardiológom (optimálne už pri indikácii ICD, určite však pri závažných zmenách stavu, progresii ochorenia, zistení nového život ohrozujúceho ochorenia atď.) a primeraná komunikácia s rodinou pacienta. Potrebné je tímové riešenie situácie (lekár venujúci sa základnej dg. pacienta (napr. onkológ, geriatr) + kardiológ (resp. kardiocentrum) + paliatológ + rodina pacienta + psychológ / psychiater). Na alternatívu deaktivácie ICD je lepšie myslieť vopred a nie až v kríze. V optimálnom prípade je ICD preprogramovaný v čase, kedy je pacient schopný navštíviť špecializované pracovisko bez výraznejšieho narušenia jeho komfortu.

Plánovaná deaktivácia (preprogramovanie) ICD sa vykonáva na špecializovaných kardiologických pracoviskách (kde sú pacienti s ICD centralizovaní a dispenzarizovaní), v prípade nemožnosti transportu je možné buď vyslanie špecialistu s prístrojovým vybavením za pacientom, event. je možné, aby ICD preprogramoval technik firmy vyrábajúcej konkrétny typ ICD za prítomnosti lekára. Ide o bezbolestné bezdrôtové prepojenie ICD s prístrojom na to určeným a počítačom, náročnosť pre pacienta je rovnaká ako bežné klinické ambulantné vyšetrenie.

Urgentná / emergentná deaktivácia ICD je potrebná v prípade, kedy je pacient s ICD na konci života – a to buď terminálne chorý (zomierajúci na svoje základné ochorenie) a ICD nebol deaktivovaný, alebo v neočakávanej situácii (zomiera náhle napr. na polytraumu, rozsiahle krvácanie do CNS a pod.) a pre komorovú poruchu srdcového rytmu dostáva defibrilačné výboje. Emergentná deaktivácia ICD spočíva v priložení magnetu nad ICD (je viditeľný a hmatný v oblasti kľúčnej kosti vpravo alebo vľavo) a jeho fixovania ku koži náplastou. Priloženie magnetu deaktivuje podávanie výbojov, funkcia kardiostimulátora je zachovaná. Magnety dodávané výrobcami ICD/PM sú bežne dostupné v zdravotníckych zariadeniach (OAIM, JIS, interné oddelenia, operačné sály, kardiologické a interné ambulancie a pod.) a sú súčasťou výbavy vozidiel RZP/RLP. Alternatívou je akýkoľvek bežný magnet. Každých 7-8 hodín je potrebné oddialiť magnet na niekoľko sekúnd. Uvedené riešenie je bezpečné a efektívne pre urgentné situácie a je realizovateľné aj mimo nemocnice (napr. doma, v hospici, zariadení sociálnych služieb a pod.). Pri predpokladanej dĺžke života presahujúcej niekoľko dní je vhodná konzultácia kardiocentra ohľadom preprogramovania prístroja.