

# **Přechod z intenzivní péče na péči paliativní**

## **Jedná se o pasivní eutanazii?**

**Pavel Ševčík**

**KARIM FN Ostrava a LF OU**

# Motto

„Moderní technologie používané v medicíně přinášejí bezprecedentní formy umírání nebo bolestivého přežívání neslučitelného se životem. To je zdrojem nových dilemat a mnoha nezodpovězených otázek.“

Výbor pro bioetiku řeckokatolické církve, 2000

**„Pokrok medicíny nás nutí k revizi našeho pojetí života a umírání.“**

**Peter Singer. Rethinking Life and Death, 1994**

**„Living, not existing, beyond  
critical care.“**

**(Žít, nikoli jen přežívat, po  
kritickém onemocnění.)**

**Mihae Yu, Crit Care Med 2001**



# Prodloužení délky života

- Před 100 lety většina lidí „stonala krátce a umírala rychle“ (nejčastěji na úrazy a infekce)
- Dnes – „dlouhé stonání a pomalé umírání“ (na chronická onemocnění srdce, plic, DM, nádory)
- Domnívám se, že to je jeden z hlavních podnětů současných debat o eutanazii

# Geriatrická intenzivní péče

- 60% všech dní na PRIM – pacienti > 65 let
- počet dní na 1 pacienta strávených na PRIM je 7x vyšší u pac. > 75 let oproti pac. < 65 let
- výskyt akutního respiračního selhání léčeného UPV se od věku 55 do 85 let desetinásobně zvyšuje

# Přijímání nemocných na PRIM

- Nelze přijímat pacienty příliš málo nemocné pro tuto úroveň péče ani ty, kteří jsou nemocní terminálně, tedy příliš mnoho na to, aby jim mohla pomoci sebelepší intenzivní péče.

# Prognóza nemocných na PRIM

- příznivá
- nejistá
- nepříznivá



# Kriticky nemocný s nepříznivou prognózou

- Situace je vzhledem k anamnéze, povaze základní choroby a jejímu dosavadnímu průběhu taková, že není reálná šance na přežití či obnovení přijatelné kvality života.
- Nelze očekávat, že rizika, NÚ, nepohodlí, útrapy spojené s další terapií převáží nad přínosem a povedou ke zlepšení prognózy.

# O kterých pacientech hovoříme?

- Progresivní MOF při maximální intenzivní péči bez naděje na úspěšnou léčbu příčiny
- Terminální selhání vitálních orgánů bez možnosti transplantace nebo přiměřené dlouhodobé orgánové podpory
- **Život ohrožující interkurentní onemocnění či komplikace nebo ztráta autonomních vitálních funkcí po ireverzibilním poškození mozku**
- Terminální stav chronické nebo onkologické choroby, kterou nelze ovlivnit jakoukoli léčbou

# Nevhodná (marná) léčba

- „Medicína je odstraňování utrpení nemocných, zmírňování prudkosti jejich chorob a odmítání léčit ty, kteří jsou přemoženi chorobou, při vědomí si toho, že v těchto případech je medicína bezmocná.“

Hippokrates (460-370 př.n.l.)



# Nevhodná (marná) léčba

- V současnosti lze zachránit mnoho životů, ale pacient někdy dlouhodobě přežívá ve stavu, který je považován za neutěšený.



# Nevhodná (marná) léčba

- První moderní diskuse – zač. 90. let 20. stol.
- Nyní: marná je ta léčba, která je natolik nedostačující či minimálně účinná, že se lékaři shodnou na jejím neposkytování, a to i pokud ji pacient či jeho zástupci vyžadují.
- Přednost má spíše termín medicínsky nevhodná či neadekvátní léčba.

# Omezení rozsahu léčby

- Pacient by neměl být udržován na přístrojové podpoře, pokud to již není medicínsky smysluplné.

Dostál O, Medical Tribune 2005

# Omezení rozsahu léčby

- Musíme se nově ptát, kdy pacienta odpojit od respirátoru, protože dříve jsme respirátory k dispozici neměli.

Peter Singer, rozhovor pro LN, VII. 2015



# Postup lege artis ?

- V tomto případě, kdy lékař sleduje zvolením určitého postupu zájem pacienta (zabránění zbytečnému utrpení) a zajistí důstojné podmínky v procesu umírání, postupuje lege artis a v žádném případě nelze jeho jednání označit za tzv. pasivní eutanazii.

Pařízková R, Vácha M, Dostál O. Etika a právní normy v IM. In: Ševčík P et al. Intenzivní medicína, Galén 2014



# Dokument Rady Evropy – 1999 – k péči o smrtelně nemocné

- Pokrok klade na medicínu v rozvinutých zemích také požadavek, aby zabránila nesmyslnému prodlužování terminálních fází života proti vůli nemocných při neadekvátním nasazení všech dosažitelných prostředků.

# Dokument Rady Evropy – 1999

## – k péči o smrtelně nemocné

- Základní práva odvozená z důstojnosti smrtelně nemocných nebo umírajících jsou ohrožena mnoha faktory, mj.
- malou dostupností paliativní péče a kontroly bolesti
- umělým prodlužováním procesu umírání, buď nepřiměřeným používáním léčebných prostředků, nebo pokračováním v léčbě bez pacientova souhlasu.

# Dokument Rady Evropy – 1999 – k péči o smrtelně nemocné

- Zajistit, aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení.
- Zachovat předpis zakazující úmyslné usmrcení smrtelně nemocných nebo umírajících.



# Islámský kodex lékařské etiky (konference v Kuvajtu, 1981)

- Lékařům se doporučuje, aby si byli vědomi svých možností a nepřekračovali je. Jestliže je naprosto jasné, že život nemůže být obnoven a zachován, je zbytečné zachovávat vegetativní stav, případně používat všechny možné heroické prostředky k udržení stavu. Lékař se snaží pomáhat v procesu života, ne bránit procesu umírání. V žádném případě však lékař nesmí ukončit pacientův život jakýmkoli aktivním způsobem.



# Omezení rozsahu léčby

- Nerozšiřování léčby (withholding treatment)
- Vysazení léčby (withdrawing treatment)
- Ukončování ventilační podpory (terminal weaning)
- Nezahajování resuscitace (DNR)

Černý V, 2000

# Omezení rozsahu léčby

- To, jaká léčba se má poskytnout a jaká vysadit, je věc odborná a poslední slovo by měl mít lékař. Je potřeba přihlédnout k názoru příbuzných, ale ani příbuzní, a dokonce ani soud, by neměli mít v těchto záležitostech konečné a rozhodující slovo.

# Omezení rozsahu léčby

- Otázka, kde leží hranice pro vysazení léčby, je mnohem složitější. Tyto případy se nedají jednoduše vyjmenovat a určitě to není věcí jen medicínské racionality. Hranice se v každém jednotlivém případě hledá s přihlédnutím k možnostem medicíny, perspektivě a mezilidským vztahům.



# Omezení rozsahu léčby

- Lékař by měl vždy respektovat přání způsobilého pacienta odmítnout léčbu, zejména v případech, kdy je stav pacienta ve finální fázi nemoci již nezvratný a intenzivní zdravotní péče může jeho život pouze o něco málo prodloužit.



# Dříve vyslovené přání (zák. 372/2011)

Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit (dále jen „dříve vyslovené přání“).

Poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas. Bude respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení ošetřujícím lékařem pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s níž dříve vyslovené přání souvisí.

Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Součástí dříve vysloveného přání je písemné poučení podle odstavce 2. Platnost dříve vysloveného přání je 5 let.

Pacient může učinit dříve vyslovené přání též při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace, a to pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem. Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek; v tomto případě se nepostupuje podle odst. 3.



# Dříve vyslovené přání

není třeba respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím; rozhodnutí o nerespektování dříve vysloveného přání pacienta a důvody, které k němu vedly se zaznamenají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi,

nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti,

nelze respektovat, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby,

nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušlení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti,

nelze uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty nebo pacienty zbavené způsobilosti k právním úkonům.

Zák. 372/2011 (o zdravotních službách)

# Doporučení k omezení a přerušení léčby – konsensus rakouských společností IM

- Východiska:
- Úkolem IM je zachovat život, nikoli prodlužovat umírání
- Otázkou je, zda je možné přerušit/omezit léčbu
- Rozhodnutí musí být založena na základních etických principech
- Rozhodnutí jsou navýsost medicínskou záležitostí a nelze je delegovat na jiné
- Text je určen výhradně pro situace, kdy pacienti nejsou schopni vlastního rozhodování



# Základní etické principy

- Plné respektování pacientovy autonomie a lidské důstojnosti
- Všechny intervence jsou činěny pro dobro pacienta (beneficience)
- Primum non nocere (nonmaleficience)
- Správné a spravedlivé využití dostupných prostředků (justice)
- Pravdivé informování pacienta / příbuzných



# Základní principy Doporučení

- Nejedná se o aktivní opatření zkracující život (eutanazii), nýbrž o přerušeni či nerozšiřování léčby, která prodlužuje utrpení a umírání a není proto nadále oprávněná
- Z tohoto pohledu – všechny důvody, které opravňují k nerozšiřování léčby, opravňují rovněž k jejímu přerušeni

# Eutanazie

- Především ve starší odb. literatuře se lze setkat s rozlišováním forem eut. dle způsobu jednání, úmyslu jednajícího a přání nemocného:
- aktivní a pasivní
- přímá a nepřímá
- vyžádaná, nevyžádaná, nedobrovolná
- Uvedená dělení jsou považována za překonaná

# Základní principy Doporučení

- Jakmile je jasné, že pacient v kritickém stavu není v prostředí IM zachránitelný, stává se nejvyšší prioritou umožnění důstojného umírání:
- PRIM musí poskytovat atmosféru lidské důstojnosti pro umírající a stejně tak dobrou kvalitu umírání
- Komfort v procesu umírání znamená rovněž péči o pacientovy blízké

Valentin A et al. Intens Care Med 2008



# Základní principy Doporučení

- Cíle intenzivní péče a otázka, zda jsou dosažitelné, musí být v léčebném procesu průběžně přehodnocovány:
- Počátek procesu umírání nelze definovat
- Progresivní a nezvratnou ztrátu vitálních funkcí lze často poznat pouze tak, že stav nereaguje na léčebná opatření IM

Valentin A et al. Intens Care Med 2008



# Účastníci rozhodovacího procesu

- Všichni, kteří se účastní léčby a péče o pacienta
- Konečná zodpovědnost leží na ošetřujícím lékaři
- Ošetřující lékař se k rozhodnutí dobere vždy ve spolupráci s celým ošetřujícím týmem, přičemž musí vzít do úvahy řadu nezbytných souvislostí:
  - Pacientova vůle, vyjádřené přání
  - Postoje resp. názory příbuzných a blízkých
  - Názory dalších lékařů – konziliářů, potřebný je konsensus
  - Názory ošetřujících sester
  - Případný „druhý názor“ jiných expertů IM
  - Případná účast duchovních (komunikace s blízkými)

# Pozice sester

- Sestry jsou velmi citlivými účastníky procesu – jsou v nejtěsnějším kontaktu s pacientem a jeho utrpením
- Často velmi záhy očekávají rozhodování lékaře o další taktice léčby
- Informace od sester a jejich názory v rozhodovacím procesu jsou nezastupitelné



# Pozice příbuzných

- Pacientovi příbuzní nemají zákonem dané právo být zavzati do rozhodování týkajícího se léčby (dle rakouské legislativy)
- Nicméně názory a situaci příbuzných a blízkých je nutné brát v úvahu
- To však v žádném případě nesmí znamenat požadavek, aby rozhodli příbuzní. Nemají pro to zpravidla adekvátní znalosti a zejména jsou v emočně vypjaté situaci



# Pozice příbuzných

- Konflikty s příbuznými jsou vzácné, pokud jsou informováni citlivě a jsou přivzati do debaty o rozhodování, aniž bychom na ně delegovali vlastní rozhodnutí
- Pokud by výjimečně konflikt hrozil, pak by měla dočasně léčba pokračovat, aby se získal čas pro lepší porozumění a přijetí ze strany příbuzných

# Další aspekty

- Dokumentace učiněného rozhodnutí
- Rozhodnutí musí být revokovatelné, pokud se změnila východiska (např. překvapivé zlepšení pacientova stavu)

Valentin A et al. Intens Care Med 2008

# Definice pojmů

- Nerozšiřování léčby primární – při nepříznivé prognóze není pacient přijímán na PRIM
- Nerozšiřování léčby sekundární – nedochází k navyšování orgánové podpory, nezahajují se nové postupy. Tato omezení musí být jasně definována a dokumentována. Příklady – nenavyšování katecholaminů, neintubování, nenasazení UPV. Sem patří angloamerické koncepty DNE (do not escalate), DNAR (do not attempt resuscitation) a DNR (do not resuscitate)



# Definice pojmů

- Omezení léčby – léčebná opatření již zahájená jsou redukována (např. omezení katecholaminů, antibiotik)
- Ukončení léčby – jsou vysazena všechna léčebná opatření intenzivní medicíny, která jsou v konkrétním případě zbytečná, beznadějná. Týká se to UPV, podávání katecholaminů a vazopresorů, použití mimotělních očišťovacích metod...

# Pacientova důstojnost, bezbolestnost

- Při omezování léčby je vždy nutno zachovat pacientovu důstojnost, bránit bolesti a dušnosti
- Ve většině případů jsou nezbytné opioidy
- Terminální odpojení od UPV a extubace jsou možné tehdy, je-li jistota, že pacient nebude trpět dušností nebo si ji uvědomovat
- Umírající pacient musí mít odpovídající ošetrovatelskou péči
- Měl by mít samostatnou místnost nebo být oddělen od jiných pacientů a měly by být vypnuty alarmy
- Při předpokládaném prolongovaném umírání lze uvažovat o překladi pacienta na standardní oddělení. Je však potřeba pečlivě komunikovat s blízkými.

- Dosáhne-li intenzivní medicína svých limitů, musí být veškerá energie a zkušenost soustředěna na to, aby naše péče umožnila pacientovi důstojný odchod v pokoji, za přítomnosti svých blízkých.



# Konsensuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s orgánovým selháním

- Editor – Vladimír Černý
- Koeditoři
  - Karel Cvachovec
  - Renata Pařízková
  - Pavel Ševčík
  - Ludmila Rožnovská
  - Jiří Šimek
  - Ondřej Dostál
- Další autoři
  - Kateřina Rusínová
  - Jan Maláska
  - Daniel Nalos
  - Peter Tavel
  - Marek O. Vácha
  - Ondřej Dostál
  - Jan Payne
  - Leoš Heger
  - Martin Matějovič



Je váš postoj k doporučení představenstva ČLK o změně léčby pacientů na paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli?

Dr. J. Škála, otolaryngolog, Zlín, Válašské Klobouky

si, že toto doporučení je první nebo spíše prvním oficiálním, který se snaží definovat nevyčleřitelné nemocných patřících k tiché praxi vedla po celá léta přechod na paliativní způsob nemínám jako negativum. Stejně je pomyšlená představa, že podle onkologickému pacientovi říkat, tak už není jiné cesty, tak definovat, že pokud je kauzální příčina, je nutné respektovat ideu smrti. Celý problém je ale v tom, že paliativní péče musí být jasně známá nejen veřejnosti, tedy lékařům a příbuzným, ale i lékařům i laikům obecně. Přechod na kvalitativně jiný, ale stejně takový způsob léčby je nesmírně všechny zdravotníky i pro je náročný na komunikaci s jeho rodinou. Je nutné opakovaně způsob léčby neponechat bez pomoci, že se nejedná jen o kauzální léčbu, ale že všechny symptomy, které kvalitu konce vřítí, budou podle posledních BM řešeny ku prospěchu pacienta v žádném případě nejedná o umělé zkracování života, ale o v maximální možné míře otec života, kdy již je tento faktem. Materiál vydaný lékařskou komorou může sloužit jako, a teprve praxe ukáže, jaké oblasti ho doplnit, je-li doplnit a měnit. Jak jsem ale je dobře, že se veřejně komo o problému přihlásila.

Dr. J. Škála, Ph.D., všeobecný praktický lékař, člen výboru SVL ČLS JEP, předseda revizní komise ČSPM ČLS JEP

kaž záchranné služby Olomouc vedlejší pracovní poměr pracující OCHRIP (odd. chronické resuscitativní péče) a na DIOP (odd. intenzivní ošetrovatelské) mám snažím intenzivně podílet

## Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli

### Článek 1

Doporučení představenstva ČLK formuluje principy a rámcová doporučení pro poskytování paliativní péče u dospělých pacientů neschopných o sobě rozhodovat v konečné fázi jejich léčebné neovlivnitelného onemocnění. Mezi nejčastější klinické případy patří pacienti s multiorganovým selháním, při němž i přes maximální možnou podporu či náhradu organových funkcí dochází k trvalému zhoršování zdravotního stavu nebo záchrany jeho života.

### Článek 2

Cíle doporučeného postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných:

- Definovat nejčastěji používané pojmy ve vztahu k této problematice.
- Formulovat základní východiska a principy pro rozhodování o zahájení paliativní péče u nemocných v terminálním stavu dále neléčitelného onemocnění nebo s ireverzibilní poruchou integrity organových funkcí, při níž zdravotní stav nebo použité způsoby léčby znemožňují vyjádření vlastní svobodné vůle.
- Zdůraznit etické aspekty poskytování intenzivní péče, zejména respektování předchozího názoru pacienta (pokud je dostupný), uchování lidské důstojnosti a zajištění maximálně možného komfortu nemocných.
- Omezit poskytování marné a neúčelné léčby v situacích, v nichž se lze na základě odborného medicínského posouzení odvodněné domnívat, že přínos

zahájení nebo pokračování v dané léčebné metodě s ohledem na zdravotní stav nemocného nepřevažuje nad rizikem komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání pro pacienta a nedává možnost příznivého ovlivnění zdravotního stavu nebo záchrany jeho života.

- Prispět ke zvýšení kvality rozhodování v uvedených situacích a zlepšit komunikaci jak uvnitř zdravotnických týmů, tak mezi zdravotníky a rodinami či blízkými pacientů.
- Formulovat pro odbornou a laickou veřejnost stanovisko, že odborně podložené a náležitě zdokumentované nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby je v souladu s etickými principy medicíny a platnými právními předpisy, nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby nesmí být zaměřováno za eutanazii.
- Ušnadnit a podpořit vznik „místních“ doporučení zabývajících se uvedenou problematikou na jednotlivých pracovištích intenzivní péče.

### Článek 3 Terminologie

- Pacient v terminálním stadiu onemocnění – pacient v konečném stadiu onemocnění, které není slučitelné se životem a není dále léčebně ovlivnitelné.
- Pacient neschopný o sobě rozhodovat – nemocný s poruchou vědomí, který je vzhledem ke svému aktuálnímu zdravotnímu stavu neschopný posouzení situace a rozhodování o své osobě, není schopen vyjádřit informovaný souhlas.
- Paliativní léčba – léčba, jejímž cílem je zabránění bolesti, strádání či dyskomfortu nevyčleřitelné nemocného nebo umírajícího pacienta.
- Marná a neúčelná léčba – léčba, která nevede k záchrane života, uchování zdraví či udržení kvality života. Marná

a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací.

- Nezahajování léčby – léčebný postup, který nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta, není indikován, a není proto zahajován. Takový postup by byl léčbou marnou či neúčelnou. Nepřijetí pacienta v konečné fázi jeho onemocnění na pracovišti intenzivní medicíny, kdy již nelze zastavit postup choroby, navrátit zdraví či odvrátit smrt, patří mezi opatření nezahajování léčby.
- Nepokračování léčby – při nemožnosti zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt není ve stávající marné a neúčelné léčbě pokračováno a tato léčba je ukončena (např. vysazení farmakologické podpory oběhu, ukončení hemodialýzy, ukončení ventilační podpory).
- Eutanazie – usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou než pacientem samotným, a to na jeho vlastní žádost. Právní systém České republiky pojem eutanazie nezná. Uvedené jednání by bylo hodnoceno jako trestný čin a je nepřijatelné. Nepřípustná a trestná je také pomoc k sebevraždě.

### Článek 4 Základní východiska pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných:

- Život člověka je konečný.
- Každý pacient má právo na náležitou, odbornou úroveň zdravotní péče.
- Všeobecně přijatým cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví pacienta, odstranění vyvolávající příčiny zhoršení zdravotního stavu a poskytování postupů organové podpory či náhrady u nemocných se zvrátitelným (nebo předpokládaným zvrátitelným) organovým selháním, tj. „udržovat život, ale nikoliv prodloužovat umírání“. V případě, kdy nelze tyto cíle naplnit, je nutné poskytnout pacientovi péči, která vyloučí bolest, dyskomfort a strádání, umožní zachování lidské důstojnosti a uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb.
- Jakékoliv rozhodování v průběhu poskytování zdravotní péče musí být v souladu s existujícími právními před-

pisy a musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta, musí bezvýhradně respektovat základní etické principy medicíny, především lidský život jako nejvyšší hodnotu a právo na sebeurčení nemocných a uchování jejich lidské důstojnosti.

- Jakýkoliv diagnostický nebo léčebný postup musí být pečlivě a odpovědně posuzován poměrem reálného klinického přínosu a míry možného rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání, které zvolený postup představí v aktuální klinické situaci pacientů. Použití postupu, kde rizika a komplikace s ním spojené nejsou vyváženy jeho přínosem pro pacienta, je v rozporu s etickými principy medicíny. Vždy je nutné brát zřetel na předchozí názor pacienta, pokud je dostupný a je nepochybné, že jde o dříve vyslovené přání příslušného pacienta (viz článek 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně).
- Jakýkoliv léčebný postup, při němž není odůvodněný předpoklad jeho příznivého účinku na zdravotní stav pacienta nebo pro záchranu života a kde rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je nutno považovat za léčbu, která není „ku prospěchu a v nejlepší zájmu pacienta“, a lze ji označit jako tzv. marnou a neúčelnou léčbu. Dosažení dočasné korekce hodnoty některé z fyziologických funkcí či jejich dílčích parametrů bez ovlivnění celkového průběhu onemocnění a možnosti záchrany života nemůže být při zvažování poměru přínosu a rizika považováno za příznivý účinek zvoleného léčebného postupu. Léčba, která se jeví jako marná a neúčelná, nemá být indikována a prováděna.
- Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby neznamená omezení pacienta v jeho právech, ale naopak je sledován zájem pacienta tak, aby nedošlo k porušení základních medicínských a etických principů včetně nechtěného nedůstojného prodloužování umírání. Smrt, která je výsledkem přirozeného průběhu onemocnění, nemůže být považována za nepřijatelný výsledek zdravotní péče.
- Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby u pacientů v termi-

na nárůstu primárně zesuscitovaným pacientů v terénu, a to na základě svých resuscitacích postupů a sofistikovaných pomůcek k tomu určených. Je pak dále svědkem výborné práce lékařů na urgentních příjmech na mnoha tech naší republiky, kam helikoptery s pacientem na palubě přiletují. S odstupem různé dlouhé a náročné intenzivní péče o tyto pacienty na ARO a JIP se snažím pečovat na OCHRIP a po vyšetření všech možností moderní medicíny pokračují tyto pacienti na DIOP a někdy na LDN, kde téměř všichni nevyčleřitelní pacienti končí svou životní pouť. Tyto základy uvedené osobní znalosti a problematiky si dovoluji vyjádřit v soulahu s doporučením představenstva ČLK č. 1/2010.

Milan Brázdil, praktický lékař v urgentní medicíně, Olomouck

Já osobně s tímto doporučením plně souhlasím. Jen na okraj chci připomenout, že již roky se paliativní péče v zdravotnických lůžkových zařízeních provádí v různé míře a v různé intenzitě, zatím ale nikdo neměl odvahu tento postup popsat a pokusit se přjmout za standardní. Jediným zařízením, které tuto péči umělo prosadit do podomní odborné i laické veřejnosti, jsou hospice. Tam je paliativní léčba základem prioritou a pacienti, kteří přicházejí do hospiců, i jejich příbuzní jsou o tom plně informováni. S tím, že tento způsob péče bude součástí komplexního přístupu k pacientovi/klientovi. Každý pacient resp. každý z nás (jelikož se všichni dožijeme) jednou staneme pacientem nebo později jednou staneme pacientem plně morální právo na důstojné umírání a poklidný odchod z tohoto světa.

Jiří Urban, Interní a diabetologická ambulance, Pold

Souhlasím s celým textem doporučení ČLK o paliativní péči u terminálně nemocných.

Daria Kohoutková, RDG odd. Krušický zdravotní nemocnice

Jednoznačně pozitivní, nemocnému zbavit bolesti i deprese, ale ti nejvíce trpí protahovanou marnou léčbou dle

Václav Dostál, infektolog, Léčebna pro dlouhodobě nemocné, Nory



# Definice vybraných pojmů

- Pacient v terminálním stadiu onemocnění – p. v konečném stadiu onemocnění, které není slučitelné se životem a není dále léčebně ovlivnitelné
- Paliativní léčba – léčba, jejímž cílem je zabránění bolesti, strádání či dyskomfortu nevyléčitelně nemocného, umírajícího pacienta
- Marná a neúčelná léčba – léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací
- Eutanazie – usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou než pacientem samým a to na jeho vlastní žádost. Právní systém ČR pojem eutanázie nezná



# Zák. 372/2011 – výklad JUDr. Macha

Zahájení paliativní léčby je zcela nepochybně jedním z druhů neodkladné péče, neboť brání vzniku intenzivní bolesti i zhoršení zdravotního stavu a zabraňuje tedy utrpení pacienta, které by nastalo v případě, že by paliativní péče nebyla poskytována. Jde tedy zcela nepochybně o neodkladnou péči ve smyslu § 5 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., kterou pacientovi, jež není schopen dát k léčbě informovaný souhlas, lze nepochybně zahájit a provádět i bez souhlasu pacienta.

Pokud lékař, resp. v daném případě patrně lékařský tým, rozhodne v souladu s uznávanými postupy a pravidly lékařské vědy, že určitý postup u daného pacienta není již dále z medicínského hlediska indikován a je třeba volit postup jiný (v daném případě není indikováno pokračování v intenzivní léčbě, resp. resuscitační péči a je indikován přechod na paliativní péči), není k tomu, aby bylo upuštěno od neindikované péče, zapotřebí informovaného souhlasu pacienta, a to ani tehdy, pokud by pacient byl při vědomí a mohl plnohodnotně rozhodovat o svých záležitostech. Pacient si na poskytovateli zdravotních služeb nemůže vynucovat péči, která z pohledu pravidel lékařské vědy a uznávaných medicínských postupů není v jeho případě nadále indikována. Tím spíše toto platí v případě, kdy pacient nemůže projevit svou vůli a lékařský tým je povinen postupovat na náležité odborné úrovni v souladu s ~~pravidly lékařské vědy lege artis~~. V této situaci změna léčby, upuštění od neindikované léčby a přechod k jiné, indikované, v daném případě paliativní léčbě, je zcela v souladu s právními předpisy.

# Zák. 372/2011 – výklad JUDr. Macha

**Mírnutí utrpení nevléčitelně nemocného i za cenu zvyšování dávek utišujících prostředků, byť s rizikem pro život pacienta, má rozhodně přednost a v případě, že pacient zemře v důsledku podání utišujících prostředků, které bránily jeho utrpení, když podání nižšího množství by znamenalo vystavit jej naopak utrpení, nemůže být považováno za trestné jednání. Protiprávním a neetickým jednáním by naopak mohlo být ponechat pacienta v bolestech a utrpení, ač jsou k dispozici potřebné utišující prostředky. Je-li ukončena léčba nevléčitelně nemocného pacienta, která po zralé úvaze lékařského konzilia, v souladu s uznávanými postupy a pravidly lékařské vědy není nadále indikována, nejde o euthanasii, ale postup, který je v souladu s právem i pravidly lékařské vědy. Je to ukončení života vymykající se pojmu euthanasie.**

**JUDr. J. Mach, Konference ČLK o eutanazii, Praha XII. 2012**

# Analogie s onkologií

- Je-li onkologické onemocnění kurabilní, je vynaloženo veškeré úsilí na jeho vyléčení
- Pokud již není nádorové onemocnění odstranitelné a vymkne se z kontroly, přicházejí postupy paliativní medicíny
- Jediný rozdíl: v onkologii je časová osa dlouhá měsíce či roky, v IM dny nebo týdny, v urgentní medicíně jen hodiny



# Shrnutí

- Život lidský je konečný
- Pokud akceptujeme tento základní atribut života, pak skloníme hlavu před nezbytností a umožníme průchod této konečnosti
- Je velký rozdíl mezi pojmy:
- letting die (dovolit umírajícímu pacientovi umřít)
- killing (úmyslně zabít, ať již je tento úmysl veden sebeušlechtlejšími pohnutkami)
- **Záměrem (intencí) lékaře v případě letting die není usmrcení pacienta, ale umožnění důstojného závěru života**

**Je přechod z intenzivní péče  
na péči paliativní pasivní  
eutanazií?**

**Není !**