

# **ETIKA V INTENZIVNÍ PÉČI**

**Josef Kuře**

**Ústav lékařské etiky &  
Univerzitní centrum pro bioetiku  
Lékařská fakulta  
Masarykova univerzita**

**22/04/2009**



NĚJAKĚ VLÍDNĚ CHOVÁNÍ ROZHODNĚ NEDČEKÁVEJTE. S NÁMI SE VZP  
TAKY NEMAZLÍ!

# Schéma:

**1) Východisko: dvě limity  
cíle medicíny**

**2) Postupy**

**Marná léčba**

**Nerozšiřování/redukování léčby**

**Perzistentní vegetativní stav**

**Dříve vyslovená přání**

**3) Kritéria (prospěch, autonomie,  
lidská důstojnost...)**

**4) Modus rozhodování**

# Dvě limity:

## Limita medicíny

- Medicína během několika desetiletí prodělala větší rozvoj než během celé historie
- Medicína zůstává limitovanou

## Limita života

- Lidský život, jakkoli je možné ho prodlužovat pomocí technologií, je limitovaný v čase (smrt jako limita života)
- Změna paradigmatu: cure → care

**Cíl medicíny ?**

# Cíl(e) medicíny

## Medicínské umění znamená

- nemocné zcela osvobodit od utrpení
- mírnit prudkost nemoci
- záměrně se nepokoušet o léčbu těch, kteří jsou přemoženi nemocí

*Corpus Hippocraticum, VI, 3 (Aforismy 3)*

# (Nejen) Descartesův sen o medicíně

René Descartes (1596-1650):

*Discourse de la méthode (1637)*

Domnívám se, že není nikoho, ani mezi profesionály, kdo by nepřipouštěl, že vše, co v současnosti víme, je téměř nic ve srovnání s tím, co zbývá objevit; a že se můžeme osvobodit od bezpočtu chorob těla i ducha a dokonce od slabosti stáří (*infinité de maladies tant du corps que de l'esprit, et même aussi peut-être de l'affoiblissement de la vieillesse*), jestliže máme dostatečnou **znalost jejich příčin** a všech léků/prostředků, jež nám poskytuje příroda (*si on avoit assez de connoissance de leurs causes et de tous les remédes dont la nature nous a pourvus*).

*Discours de la méthode pour bien conduire sa raison, et chercher la verité dans les sciences, VI*

- **Znalost příčin (mechanismus)**
- **Evidence based medicine**

# Marná léčba (Medical Futility)

- Marná léčba – medicínský postup, který není pro pacienta přínosem (uzdravení, prodloužení nejen fyziologického života, QoL) a zatíží ho (strádáním)
- Definovat ML klinicky je obtížné
- Členění ML:
  - Kvantitativní (pravděpodobnost přínosnosti daného postupu pro pacienta je velice malá)
  - Kvalitativní (přínos daného postupu je pro pacienta velice malý)
  - Post-hoc
  - Prediktivní: a) conceptual futility, b) probabilistic futility, c) physiologic futility, d) doctor-patient goal disagreements“, e) qualitative futility
- Ambivalence a „nepřesnost“
- Historicky: ML stará jak medicína sama (physicians should „refuse to treat those overmastered by their illness“ - *CorpHipp*)  
řádné – mimořádné prostředky
- „Half-way“ technologies – udržovat biologický/fyziologický život bez prognózy/vyléčení
  - Vysoká zátěž intervence
  - Minimální benefit
  - Výrazně snížená kvalita života



# **Marná léčba: kritéria etického rozhodování**

- **Princip přínosnosti (beneficence)**
- **Princip neškodění (maleficence)**
- **Princip autonomie**
- **Princip důstojnosti**
- **Princip (nejlepšího) zájmu**
- **Princip proporcionality (přiměřenost)**
- **Princip sociální spravedlnosti**
- **Princip konsensu**

# Redukování léčby (Withdrawing)

## Nerozšiřování léčby (Withholding)

- **Redukování léčby (Withdrawing) – ukončení léčby marné léčby**  
„Withdrawal of therapy is relatively easily defined as the removal of a therapy that was started in an attempt to sustain life but has become futile and is just prolonging the dying process“ (Vincent J.-L.: Withdrawing may be preferable to withholding, *Critical Care* 2005; 9: 226).
- **Nerozšiřování léčby (Withholding) - nezačínání léčby, která by byla marnou**
- **„Gatekeeper“**
- **„The majority of deaths on the intensive care units now occur following a decision to limit life sustaining therapy, and end-of-life decision making is an accepted and important part of modern intensive care medical practice“ (Vincent J.-L, 2005)**
- **Příklady withdraw/withhold:**  
CPR, intubace, umělá plicní ventilace, umělá výživa/hydratace, operace, dialýza, další diagnostika, medikace (antibiotika...), přijetí na JIP
- **Rozhodnutí o withdraw/withhold závisí na tom, zda zákrokem bude dosaženo terapeutického cíle (lékař, pacient, příbuzní), který je medicínsky reálný**
- **„ICU test“ (2-3 dny, zlepšení - withdraw); fatální chyba: chybná komunikace (ne/reálná očekávání, falešné naděje)**

# Do Not Resuscitate Order (DNR)

- „Cardiopulmonary resuscitation (CPR) refers to the emergency medical protocol used in an attempt to restart circulation and breathing in a patient who suffers cardiopulmonary arrest“ (Cantor M. D. et al., Do-not-resuscitate orders and medical futility, *Archives of Internal Medicine* 2003; 163: 2690).
- CPR jako příklad ambivalence: withhold/withdraw u terminálních pacientů (letting die) – prevence náhlé smrti
- Zdravotní dokumentace
- Lokální směrnice pro CPR
- Dysthanázie

## **Perzistentní vegetativní stav (PVS)**

- **Trvalá ztráta základních funkcí mozku, funkce mozkového kmene trvají, ne mozková smrt (např. spontánní dýchání, cykly spánku, bezvědomí)**
- **Problém diagnostiky**
- **Kritéria smrti**
- **Výživa, hydratace?**

# *Casuistika: Eluana Englaro*

- **25/11 1970 (Lecco) – 9/2 2009 (Udine)**
- **Od 18/1 1992 v kómatu (PVS?) po autonehodě**
- **Žádost o odpojení (withdraw) umělé výživy opakovaně odmítnuta soudy v 1999, 2005**
- **9/7 2008 odvolací soud v Miláně vynesl rozsudek: Guiseppe Englaro (otec) jako právní zástupce má právo žádat o ukončení umělé výživy a hydratace**
- **13/11 2008 Nejvyšší soud potvrdil otci Eluany právo ukončit umělou výživu**
- **Únor 2009 transfer do soukromé nemocnice v Udine (zde v lékařské péči během svých posledních dnů)**
- **6/2 2009, S. Berlusconi – dekret příkazující pokračovat v léčbě (ústavní krize: prezident odmítl podepsat dekret)**
- **9/2 2009 19:35 po 17 letech v PVS Eluana Englaro zemřela**

# **Dříve vyslovená přání**

## **(Advance Directives, Living Will)**

- **Ustanovení (autonomie, preference) pacienta učiněné v situaci kompetence pro případ inkompetence (např. PVS)**
- **Právní dokument (v některých zemích závazný)**
- **Living Will**  
seznam preferencí  
stanovení osoby, která bude rozhodovat  
orientačně: důležité hodnoty
- **Příklad Living Will:**  
„Chci žít tak dlouho, jak to je možné:
  - jen dokud jsem celkově zdravý
  - jestliže jsem nemocný a lze očekávat, že se uzdravím
  - i když jsem v trvalém bezvědomí
  - i když jsem neschopný myslet a rozhodovat se
  - i když jsem terminálně nemocný.“

# **Etika mezi ekonomikou a právem**



„Je docela možné, že už můžete chodit  
a že vám - lékaři říkají, že chodit můžete,  
ale jako váš právník vám říká naprosto  
jasně, že ještě nemůžete!“



# **Etika mezi ekonomikou a právem**

- **Náklady na intenzivní péči (distribuce/alokace zdrojů)**
- **Platná právní úprava v ČR**  
**„Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.“ (Úmluva o lidských právech a biomedicíně, 1997; ČR 2001)**
- **Forensifikace medicíny**



ZNÁTE LIDI. KDYŽ BUDOU MÍT MOŽNOST ROZHODOVAT O SVĚM ODCHODU  
ZE SVĚTA, NEBUDOU CHTĚT MLUVIT I DO SVĚHO PŘÍCHODU?

# **K situaci terminálně nemocného**

- **Desakralizace smrti**
- **Desocializace terminálně nemocného**
- **Vztahová a existenciální samota („nikoho nemám“) → „sociální smrt“**
- **Vysoké stáří jako sociální problém (nejen finanční otázka, penzióny etc.)**
- **Terminálně nemocný – medicínský, sociální, lidský problém**
- **Problém „přirozené smrti“**



TO JE PARADOX MODERNÍ MEDICÍNY, SESTRĚ, TĚ JEJÍMI NEJNOVĚJŠÍMI  
VÝDOKYTKY JSOU PŘÍROZENÝ POROD A ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA...

# Etické směrnice (guidelines)

- **strukturální a systémové řešení**
- **nezbytné jako orientace**
- **nejsou od toho, aby byly mechanicky, bezduše a alibisticky aplikovány**
- **zohlednění konkrétní situace (každé umírání a smrt jsou jedinečné ← každý životní příběh jedinečný**

# **Etické směrnice RE: Rezoluce 613 (1976) o právech nemocných a umírajících (výťah)**

- **Nemocným a umírajícím není vždy nejlépe poslouženo horlivým nasazením všech prostředků k prodloužení života.**
- **Umírající nemocní si přejí klid a důstojnost, pokud možno s citovou podporou a pomocí své rodiny.**
- **Zbytečnou úzkost může způsobovat nejasnost v diagnostice okamžiku smrti.**
- **Stanovení okamžiku smrti se nesmí řídit ničím jiným než zájmem nemocného.**
- **Odpovědné lékařské authority člen. zemí se vyzývají, aby kriticky prozkoumaly kritéria pro rozhodování o zahájení reanimace a o dlouhodobé léčbě vyžadující arteficiální prostředky k udržení života.**
- **Evropská úřadovna WHO se vyzývá, aby prozkoumala kritéria stanovení smrti v členských zemích RE a učinila kroky pro jejich harmonizaci.**

# International Code of Medical Ethics (WMA, 1949)

## DUTIES OF PHYSICIANS IN GENERAL

**A PHYSICIAN SHALL** always exercise his/her independent professional judgment and maintain the highest standards of professional conduct.

**A PHYSICIAN SHALL** respect a competent patient's right to accept or refuse treatment.

**A PHYSICIAN SHALL** not allow his/her judgment to be influenced by personal profit or unfair discrimination.

**A PHYSICIAN SHALL** be dedicated to providing competent medical service in full professional and moral independence, with compassion and respect for human dignity.

**A PHYSICIAN SHALL** deal honestly with patients and colleagues, and report to the appropriate authorities those physicians who practice unethically or incompetently or who engage in fraud or deception.

**A PHYSICIAN SHALL** not receive any financial benefits or other incentives solely for referring patients or prescribing specific products.

**A PHYSICIAN SHALL** respect the rights and preferences of patients, colleagues, and other health professionals.

**A PHYSICIAN SHALL** recognize his/her important role in educating the public but should use due caution in divulging discoveries or new techniques or treatment through non-professional channels.

**A PHYSICIAN SHALL** certify only that which he/she has personally verified.

**A PHYSICIAN SHALL** strive to use health care resources in the best way to benefit patients and their community.

**A PHYSICIAN SHALL** seek appropriate care and attention if he/she suffers from mental or physical illness.

**A PHYSICIAN SHALL** respect the local and national codes of ethics.

# **International Code of Medical Ethics (WMA, 1949)**

## **DUTIES OF PHYSICIANS TO PATIENTS**

**A PHYSICIAN SHALL** always bear in mind the obligation to respect human life.

**A PHYSICIAN SHALL** act in the patient's best interest when providing medical care.

**A PHYSICIAN SHALL** owe his/her patients complete loyalty and all the scientific resources available to him/her. Whenever an examination or treatment is beyond the physician's capacity, he/she should consult with or refer to another physician who has the necessary ability.

**A PHYSICIAN SHALL** respect a patient's right to confidentiality. It is ethical to disclose confidential information when the patient consents to it or when there is a real and imminent threat of harm to the patient or to others and this threat can be only removed by a breach of confidentiality.

**A PHYSICIAN SHALL** give emergency care as a humanitarian duty unless he/she is assured that others are willing and able to give such care.

**A PHYSICIAN SHALL** in situations when he/she is acting for a third party, ensure that the patient has full knowledge of that situation.

**A PHYSICIAN SHALL** not enter into a sexual relationship with his/her current patient or into any other abusive or exploitative relationship.



# Modus rozhodování (nejen) v intenzivní medicíně

- Princip přínosnosti (beneficence)
- Princip neškodění (maleficence)
- Princip autonomie
- Princip důstojnosti
- Princip (nejlepšího) zájmu
- Cíl léčby (hodnotová komponenta, pacient) a jak ho dosáhnout (kvantitativní komponenta, medicínské kritérium)
- Princip sociální spravedlnosti
- Princip proporcionality (přiměřenost)
- Princip konsensu
- Medicínský paradox paliativní péče jako výzva pro (nejen) zdravotní personál
- Rozhodování:
  - Autonomní
    - 3 podmínky: podání potřebných informací (1), rozhodovací kompetence (2), bez nátlaku
  - Sdílené (shared)
  - „Náhradní“ (surrogate)

# **Diskursní etika (Diskursethik) jako teoretický nástroj pro praxi v intenzivní péči**

**Jürgen Habermas (\* 1929)**



- **Ideální komunikační skupina**
- **Konsensus všech zúčastněných**
- **Zohlednění budoucích (účastníků)**

## **Závěrem**

- **Etická dilemata intenzivní medicíny jako výzva redefinovat cíle (bio)medicíny**
- **„Od objektu k subjektu“**
- **Modely pro rozhodování v nejistých situacích**
- **Provizorní etika**