

Etická problematika v IM – pohled intenzivisty

Pavel Ševčík, KARIM LF MU a FN Brno

Intenzivní medicína – nelítostná medicína ?

- Medicína druhé poloviny 20. století byla významně orientována na záchranu života se zdůrazňováním biologického aspektu – tzv. nelítostná medicína
- V posledních letech – zdůrazňování antropologického a sociálního aspektu – kvalita života

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

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

Mihae Yu, Crit Care Med 2001

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.
- Je důvodný předpoklad, že dosažený stupeň kvality života by byl pro pacienta nepřijatelný.

Zbytečná (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.)

Zbytečná (marná) léčba

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

Bazální péče – názor dr. Payneho

- Buď pokládáme záchranu pacienta za něco, co v našich silách je, a pak máme absolutní povinnost se o tuto záchranu pokusit s tím, že k ní musíme použít těch nejvíce efektivních prostředků, anebo máme pádné důvody kteréhokoli rázu, onu léčbu ukončit, a pak je zcela zbytečné v ní pokračovat; pokračování v léčbě tím či oním způsobem, např. pod hlavičkou bazální péče, je určitým alibismem a má jen symbolickou hodnotu.

Geriatrická intenzivní péče

- 60 % všech dní na PRIM – pacienti > 65 let
- počet dní na 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

Geriatrická intenzivní péče

- Pro některé ze starších pacientů bychom měli zvážit poskytnutí co nejklidnějšího a nejkvalitnějšího umírání tím, že je na PRIM vůbec nepřijmeme, anebo naplánujeme jen krátkodobý pobyt bez prolongované podpory životních funkcí.

Wesley E, Intens Care Med 2003

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.

Omezení rozsahu léčby

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

Dostál O, Medical Tribune 2005

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.

Etikcké otázky IM v Japonsku

- 50% úmrtí – withdraw
- 25% úmrtí – withhold
- 25% úmrtí – přirozeným průběhem
- (Katolický) paternalismus nechceme, ale pacient potřebuje vedení, doprovázení
- Přílišná autonomie (anglosaské protestantství) je psychickou zátěží – řada lidí jí nedokáže využít. Záleží na informacích, které dotyčný obdrží.
- Hovořit více o komunikaci s pacientem než o informování pacienta.

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)

Pojmy z oblasti alibismu

- Defenzivní medicína – všeprostupující obava zdravotníků z možnosti stížností či žalob → nadbytečná vyšetření a léčba bez uvážení klinického úsudku. Je to trend v USA, náznaky už i ve střed. Evropě.
- SC – show code nebo HC – Hollywood code v dokumentaci

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
- Primum non nocere
- Správné a spravedlivé využití dostupných prostředků

Základní principy Doporučení

- Existuje obecný konsensus, že IM nesmí znamenat prodlužování utrpení či umírání
- Pokračování v léčbě, která nemůže přinést zlepšení stavu není obhajitelné z etického i právního hlediska. Např.:
 - UPV je nutno přerušit, slouží-li pouze k prodlužování nezvratného procesu umírání. Nejedná se o aktivní opatření zkracující život (aktivní eutanázii), nýbrž o přerušení 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 přerušení

Základní principy Doporučení

- Situace typické pro tyto rozvahy:
 - 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

Základní principy Doporučení

- Plánované přijetí na PRIM musí být založeno na naději, že pacient je zachránitelný:
 - Na PRIM dochází často k úmrtím právě proto, že rozhodování na konci života je často delegováno na intenzivní medicínu
 - Není správné překládat na PRIM pacienty, jimž nelze pomoci jednoduše pro to, aby zemřeli právě tam
 - Mj. takové překlady jdou proti etickému principu spravedlivé dostupnosti prostředků pro potřebné

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

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

Rozhodovací proces

- 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
 - Případná účast duchovních (komunikace s blízkými)
 - Případný „druhý názor“ jiných expertů IM

Pacientova vůle, vyjádřené přání

- Pacientovo přání/názor musí být získán po komplexním a detailním vysvětlení všech léčebných možností ve vztahu ke konkrétní situaci
- Předpokládané přání pacienta (pokud nezanechal jasné vyjádření) lze těžko odhadovat. Může se jednat např. o jeho dřívější vyjádření sdělené blízkým
- Takovou informaci lze zavzít do rozhodovacího procesu, ale nemá velký právní význam

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

Pozice dalších lékařů

- Další lékaři, zejména ti s primární resp. participující odpovědností za pacienta (typicky operatéři, onkologové apod.) musí být součástí rozhodovacího procesu
- Je záhodno dobrat se konsensu mezi lékaři

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

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

- Marná léčba – od léčby nelze očekávat benefit resp. léčba nepřináší benefit pro pacienta. Tento koncept je založen na komplexním hodnocení pacientovy situace, nikoli na jednotlivých aspektech, jakými jsou např. odchylky od fyziologické normy.

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 a klidný odchod, 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
 - Jiří Šimek
 - Peter Tavel
 - Ondřej Dostál
 - Jan Payne
 - Leoš Heger
 - Martin Matějovič
 - Marek O. Vácha

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
- Eutanázie – usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou než pacientem samým a to na jeho vlastní žádost. Právní systém ČR pojem eutanázie nezná

Doporučení pro klinickou praxi 1

- Podnět k zahájení paliativní péče (PP) může dát kdokoliv z ošetřujícího zdravotnického týmu, z rodiny či okruhu tzv. blízkých pacienta
- Kdykoli je to možné, musí být pacientovo přání a názor rodiny/blízkých zahrnuty do rozhodování o zahájení PP
- Rodina či blízcí by měli být do rozhodování zahrnuti, nejlépe ve formě strukturovaného rozhovoru. Delegování odpovědnosti na rodinu/blízké za přijaté rozhodnutí o přechodu na PP není přípustné
- Do rozhodování zahrnout všechny členy ošetřujícího týmu
- Výsledek rozhodnutí o zahájení PP by měl být přijat konsensuálně všemi členy týmu. Případné odlišné názory by měly být znovu pečlivě posouzeny a zohledněny

Doporučení pro klinickou praxi 2

- V situaci, kdy není dosaženo souhlasu mezi rodinou či blízkými a ošetřujícím zdravotnickým týmem lze zvážit přizvání jiného nezávislého lékaře nebo EK sestavené pro tento účel
- Závěrečné rozhodnutí je odpovědností ošetřujícího lékaře
- Zahájení PP a rozhodnutí o nezahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby musí být uvedeno ve zdravotnické dokumentaci jako součást léčebného plánu
- Jakékoli již přijaté rozhodnutí může být v odůvodněných případech změněno. Záznam o důvodech změny zaznamenat do dokumentace
- Prioritou léčebného plánu je odstranění bolesti, dyskomfortu a strádání
- Léčebný plán PP musí obsahovat přinejmenším dostatečnou oš. péči a analgosedaci
- Přítomnost rodiny/blízkých by měla být vždy umožněna, pokud ji pacient neodmítl

Shrnutí

- Rozhodování je týmové, v průběhu kritické diskuse.
- Rozhodnutí o změně charakteru léčby musí být jasně zdůvodněno a dokumentováno.
- Přejít na paliativní typ léčby musí být opakovaně přehodnocováno.
- Součástí tohoto přístupu je pravidelný kontakt s rodinou, s nejbližšími.
- Pacient má i při paliativní léčbě nárok na komfort po celý zbývajících život.