

# **Rozhodování na konci života v prostředí intenzivní medicíny**

**Pavel Ševčík, KARIM LF MU a FN Brno**

# 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



# 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.

„Living, not existing, beyond  
critical care.“

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

Mihae Yu, Crit Care Med 2001



# Otázky IM v Japonsku i v Evropě

- 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.

# 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.

Černý, 2000



# 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









# 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



# 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 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

# 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



# 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 střední Evropě.
- SC – show code nebo HC – Hollywood code v dokumentaci

# 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



# Základní principy

- 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

# Definice pojmů

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

Černý V, 2000



# Terminální odpojení od UPV

- Perioda 6 hod. před extubací
  - Zastavit enterální výživu
  - Snížit infuzní rychlost na 25 ml F1/1 /hod.
  - Podat furosemid
  - Pokračovat v analgosedaci (midazolam nebo propofol plus morfin)
  - Snížit FiO<sub>2</sub> na 0,21, snížit PEEP na 0, PSV
- 30 min před extubací
  - Podat butylscopolamin
  - Podat metylprednisolon

# 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.





# 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 nevléčitelně 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

- 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.

# Doporučení pro klinickou praxi

- Za závěrečné rozhodnutí o zahájení paliativní péče nese odpovědnost vedoucí lékař pracoviště nebo jím určený lékař.
- Zahájení paliativní péče a rozhodnutí o nezahájení či nepokračování marné léčby musí být řádně dokumentováno.
- Cíle IP, přínos a rizika plánovaných postupů pravidelně přehodnocovat.
- Prioritou je odstranění bolesti, dyskomfortu, strádání.
- Přítomnost rodiny či blízkých by měla být vždy umožněna, pokud ji pacient neodmítl.



# Lékaři nemají léčit nevyléčitelné

Dokončení ze strany 1

Celou debatou zastřešuje myšlenka, že pokud bude dostupná kvalitní péče o nevyléčitelně nemocné, nebude vůbec potřeba eutanazie ani asistovaná sebevražda. Mírnění příznaků, které má přinést úlevu, rozhodně neznamená uspišení umírání.

„V poslední době byla celá řada debat o asistované sebevraždě, o eutanazii, o nejrůznějších krocích, které nejsou správné. Často slyšíte: lépe aby zemřel, než aby trpěl. My říkáme, že umírající člověk ale nemusí trpět. Jestliže jsou vhodně určeny priority, medicína dokáže, aby netrpěl,“ říká Karel Cvachovec z anesteziologické odborné společnosti.

Paliativní medicína, která se stará o nevyléčitelné pacienty, posílila v posledních letech u nás svou pozici. Nové doporučení lékařské komory k tomu dále přispívá.

„Díky tomuto doporučení budeme všichni zdravotníci cítit větší oporu v tom, abychom mohli s pacientem hovořit o tom, že některé léčebné postupy nejsou užitečné. Jedná se tedy hlavně o oporu a veřejné pojmenování skutečnosti, že je řada situací, kdy nemá smysl pacienta aktivně léčit, ale má smysl mu nabídnout péči úlevovou,“ uvádí Ladislav Kabelka.

Jak dokument lékařské komory zdůrazňuje, vždy musí lékaři mít na mysli přání pacienta. „Pokud je člověk schopen vyjádřit svou vůli, tak tato otázka vůbec nepřichází, jsme povinni respektovat jeho přá-



**Česká lékařská komora** ve svém doporučení popsala východiska a postupy při rozhodování, kdy ukončit intenzivní péči o nevyléčitelného pacienta.

Dokument o čtyřech stranách mimo jiné uvádí:

» **Marná a neúčelná léčba je ta, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života.**

Není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či komplikací. Nezahájení nebo nepokračování v marné a neúčelné léčbě neznamená omezení pacienta na jeho právech, ale naopak je sledován zájem pacienta tak, aby nedošlo k porušení základních lékařských a etických principů včetně nechtěného **nedůstojného prodloužení umírání.**

„Příkladem je pacient například v bezvědomí, mají dát na jeho dříve vyslovené přání. U toho je vždy vhodné, aby mělo písemnou podobu. Jistější je, pokud je potvrzené od notáře.

Doporučení komory také určuje, kdo má zodpovědnost za rozhodnutí o ukončení intenzivní péče. I když to může navrhnout kdokoli z ošetřujícího týmu, zodpovědnost vždy leží na vedoucím lé-

kaři nebo na tom, koho tento lékař určí. Doporučení lékařské komory o ukončení intenzivní péče a přechodu k paliativní péči začíná platit příští čtvrtek. „Někteří odborníci chtěli, aby ten dokument měl

charakter závazného stanoviska, ale to jsme odmítli s tím, že život je příliš složitý a přináší situace, které se nedají přesně postihnout,“ uvádí prezident lékařské komory Milan Kubek.

» Vždy je nutné brát zřetel na **předchozí názor pacienta**, pokud je dostupný a je nepochybné, že jde o jeho dříve vyslovené přání.

» **Smrt**, která je výsledkem **přirozeného průběhu onemocnění**, nemůže být považována za nepříznivý výsledek zdravotní péče.

» **Eutanazie** je usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou než pacientem samým, a to na jeho vlastní žádost. **Právní systém České republiky pojem eutanazie nezná.** Uvedené jednání by bylo hodnoceno jako **trestný čin** a je **nepřípustné**. Nepřípustná a trestná je také **pomoc k sebevraždě.**



# Pravidla smrti

Zvykejme si na oficiální pravidla neléčení

**L**ékařská komora vypracovala pravidla, která mají lékařům pomoci s rozhodováním v hraniční situaci, kdy pacienta nevléčitelně nemocného mohou přestat léčit a lidově řečeno nechat jej zemřít. Podobnou situaci řešilo v minulosti i současnosti mnoho lékařů především podle svého úsudku, povahy a svědomí, nyní mají oficiální „kuchařku“. Situace se vylepší jen pro ty lékaře, kteří jsou natolik technokratičtí, že si myslí, že jim nějaký papír může poskytnout rozhřešení. Pravidla mají pochopitelně praktický právní význam v tom, že lékařům kryjí záda v případném soudním sporu.

Zvykejme si na podobné směrnice, s tím, jak stárneme jako populace, bude přibývat nejen podobných návodů a protokolů. Se vzrůstající extrémní finanční náročností léčby některých diagnóz a zároveň nechutí voličstva k větší spoluúčasti na nemoci se budou pravidla řešící koho a kdy přestat léčit nutně vypracovávat a dříve či později i z finančních důvodů.



# Motto před závěrem

„Žádný člověk, ani žádná živá věc  
nepřežívá pod věčnou oblohou  
dlouho. Nejkrásnější ženy,  
nejučenější muži, i Mohammed, jenž  
slýchal hlas samého Alláha, všichni  
zestárli a zemřeli. Vše je dočasné.  
Nebe přežije všechno. I utrpení.“

Bowa Džohar, baltijský básník.

In: Mortenson G, Relin DO. Tři šálky čaje, Tatran 2009















