
Právo a etika rozhodování na konci života

JUDr. Barbora Steinlauf, MA, Ph.D.

B | S

-
- I. Limitace péče optikou Ústavního soudu
 - II. Výzkum k DNR ve FNKV a FN Plzeň
 - III. Postavení sester a dalších nelékařských zdravotníků v rozhodování o péči v závěru života

Pokyny DNR

Nález ÚSsp. zn. I. ÚS 1594/22

Skutkové okolnosti

Pacientka byla od 27. 6. 2013 do 6. 7. 2013 hospitalizována ve Svitavské nemocnici a.s. Pacientce bylo v době rozhodování o neresuscitaci 67 let. Od 1. 7. 2013 byla pacientka hospitalizovaná na oddělení interní JIP, dne 6. 7. 2013 v 11:05 hodin měla srdeční zástavu a zemřela. Lékaři ne zahájili kardiopulmonální resuscitaci, a to s ohledem na základní diagnózu pacientky a další četné komorbidity. Pacientka měla onkologické onemocnění v pokročilém stádiu, byla po absolvované onkologické léčbě, trpěla cukrovkou a onemocněním ledvin i plic. Ošetřující lékař zohlednil dřívější rozhodnutí lékařů z května a června o stanovení rozsahu péče – včetně pokynu DNR.

Ačkoliv lékaři opakovaně hovořili s pacientkou a do dokumentace zaznamenávali její stanoviska, poskytnuté informace se týkaly chemoterapie, dialýzy a přání jít domů, nikoliv případné resuscitace. Listinou označenou jako informovaný souhlas bylo prokázáno, že ještě dne 2. 7. 2013 nemocnice žádala od pacientky souhlas k zavedení centrálního žilního katetru.

Právo na ochranu autonomie

„Při hodnocení vhodnosti postupu v léčbě ve vztahu ke konkrétnímu pacientovi jsou relevantní jednak kritéria čistě medicínská, jednak kritéria nemedicínská/subjektivní – kvalita života, míra strádání a utrpení pacienta, důstojné dožití a další.

Nemedicínská kritéria nutně zahrnují hodnotové soudy odrážející individualitu konkrétního pacienta.

Pokud je pokyn DNR vydán jednostranně bez zavzetí pacienta do rozhodování o resuscitaci, je pacientovi odňata možnost ovlivnit hodnotové soudy, které jsou součástí rozhodování o postupu v léčbě.“

Hlavní poselství

„Zahrnuje-li ***komplexní hodnocení vhodnosti provedení KPR*** v budoucnu i aspekty související s životní zkušeností pacienta, je předně nutné respektovat jeho tělesnou a duševní integritu a ***umožnit mu na rozhodování o budoucím omezení léčby participovat v co největší možné míře.***

Základnímu požadavku participace odpovídá požadavek ***informovat pacienta*** o navrhovaném budoucím léčebném postupu – neprovedení KPR v případě selhání organismu. Pacient přitom musí být o navrhovaném postupu ***informován srozumitelně, jasně, vhodným způsobem a v dostatečném rozsahu.***“

*Ačkoliv lékaři nemají bezpodmínečnou povinnost provést resuscitaci, pokud ji považují za výkon, kterým by zasáhli do práva pacienta na důstojné dožití, **jednostranné vydání pokynu DNR ze strany lékařů bez informování či jakéhokoliv zapojení pacienta (nebo jeho blízkých) do rozhodovacího procesu, může být v rozporu s jeho (jejich) participačním právem.***

S ohledem na konkrétní okolnosti tedy jednostranný pokyn DNR bude v rozporu s právem pacienta (případně jeho blízkých) na nedotknutelnost osoby a respektování rodinného a soukromého života podle čl. 7 odst. 1 Listiny základních práv a svobod a čl. 8 Úmluvy o ochraně lidských práv a svobod.

K výzkumu ve FNKV a FN Plzeň

Výzkum – dotazníkové šetření

- 11/2023 - 5/2024 - email + výzva k participaci
- 467 respondentů = > 54% sester, 46% lékařů
- FNKV 65%, FN Plzeň 35%
- 12 otázek
 - zmapování aktuální situace – rozhodovací proces vč. zapojení pacienta, dokumentace DNR
 - povědomí o rozhodnutí ÚS a event. změna praxe
 - demografie

Výsledky

- 91% zdravotníků – pacient by MĚL BÝT zapojen do procesu rozhodování ($S > L$)
- 71% zdravotníků – pacient zapojen NENÍ ($S = L$)
- Důvody pro rozhodnutí o neresuscitaci:
 - terminální stav (85 %)
 - terminální stadium onemocnění (77 %)
 - obava z prodlužování utrpení (32 %)
 - přesvědčení, že KPR by nevedla k prodloužení života (32 %)

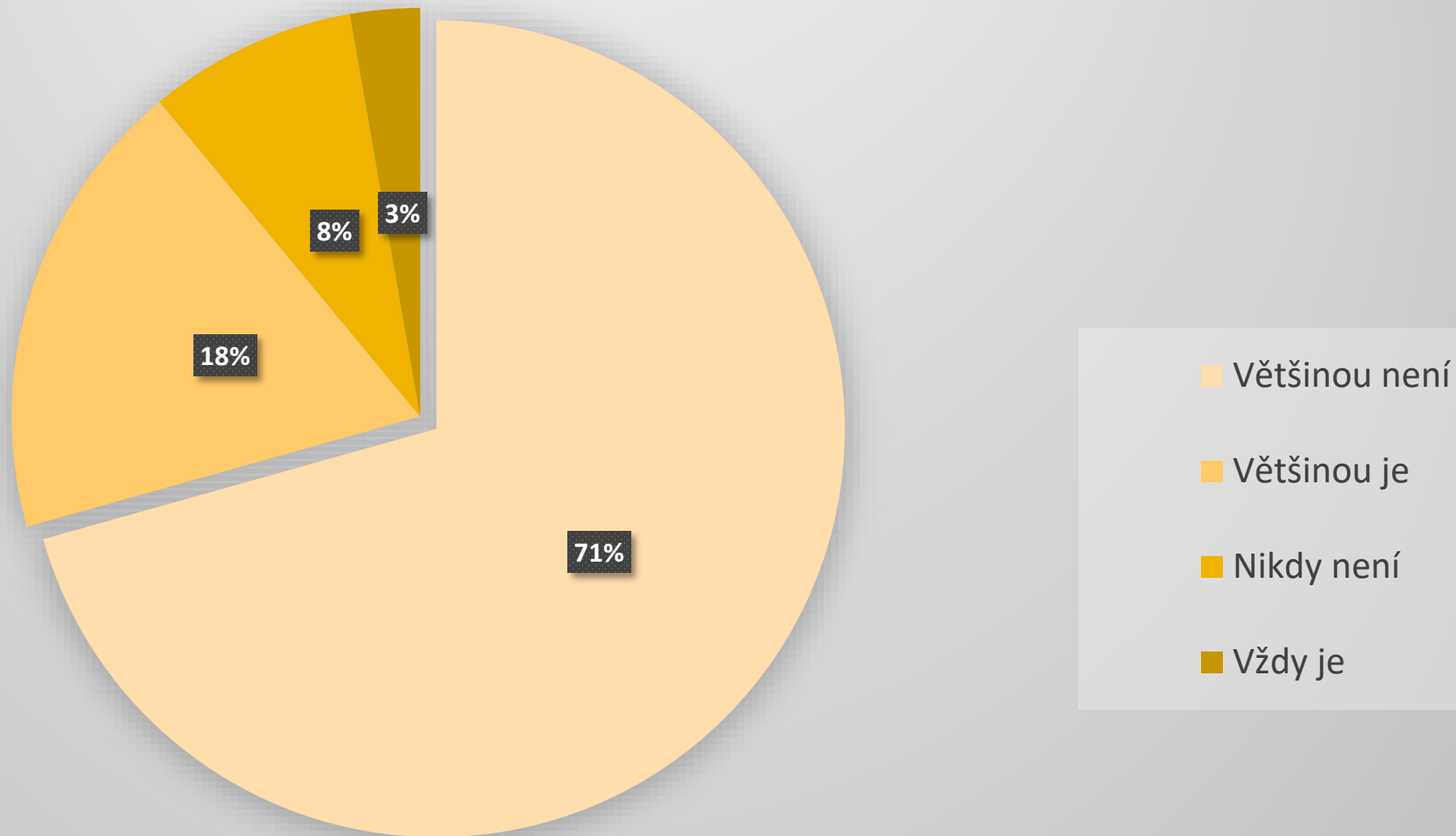
Výsledky

- NEJTĚŽŠÍ při rozhodování
 - tlak ze strany rodiny/přátel na poskytnutí KPR (45%)
 - utrpení umírajícího pacienta při medicínsky neindikované KPR (40%)
 - komunikace s rodinou (37%) > s pacientem (29%)
 - nejasná medicínská indikace (25%), nejistota v péči o umírající pacienty (13%)

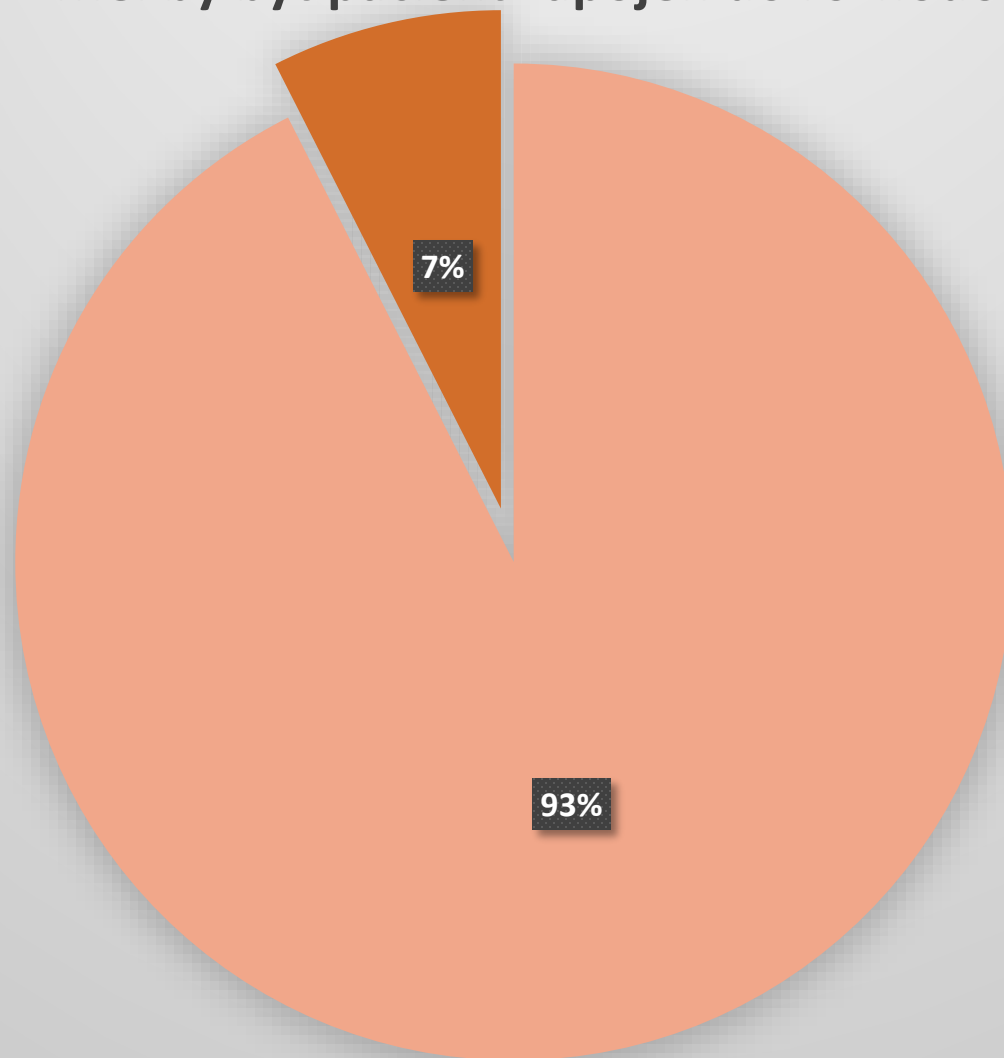
Výsledky

- SESTRY nejsou zapojeny do rozhodování (9% respondentů uvedlo, že zapojeny jsou)
- Většina sester (> 80 %) se domnívá, že by měly být zapojeny do týmového rozhodování.
 - 30 % sester si myslí, že by sestra měla být zapojena do týmového rozhodování
 - 22 % si myslí, že sestra by měla mít možnost vyjádřit svůj názor, liší-li se od názoru lékaře
 - 20 % si myslí, že mezi lékaři a sestrami by měl být konsenzus na tom, zda pacienta neresuscitovat
 - 15 % si myslí, že je to jen na rozhodnutí lékaře.

Je pacient zapojen do rozhodování o resuscitaci?

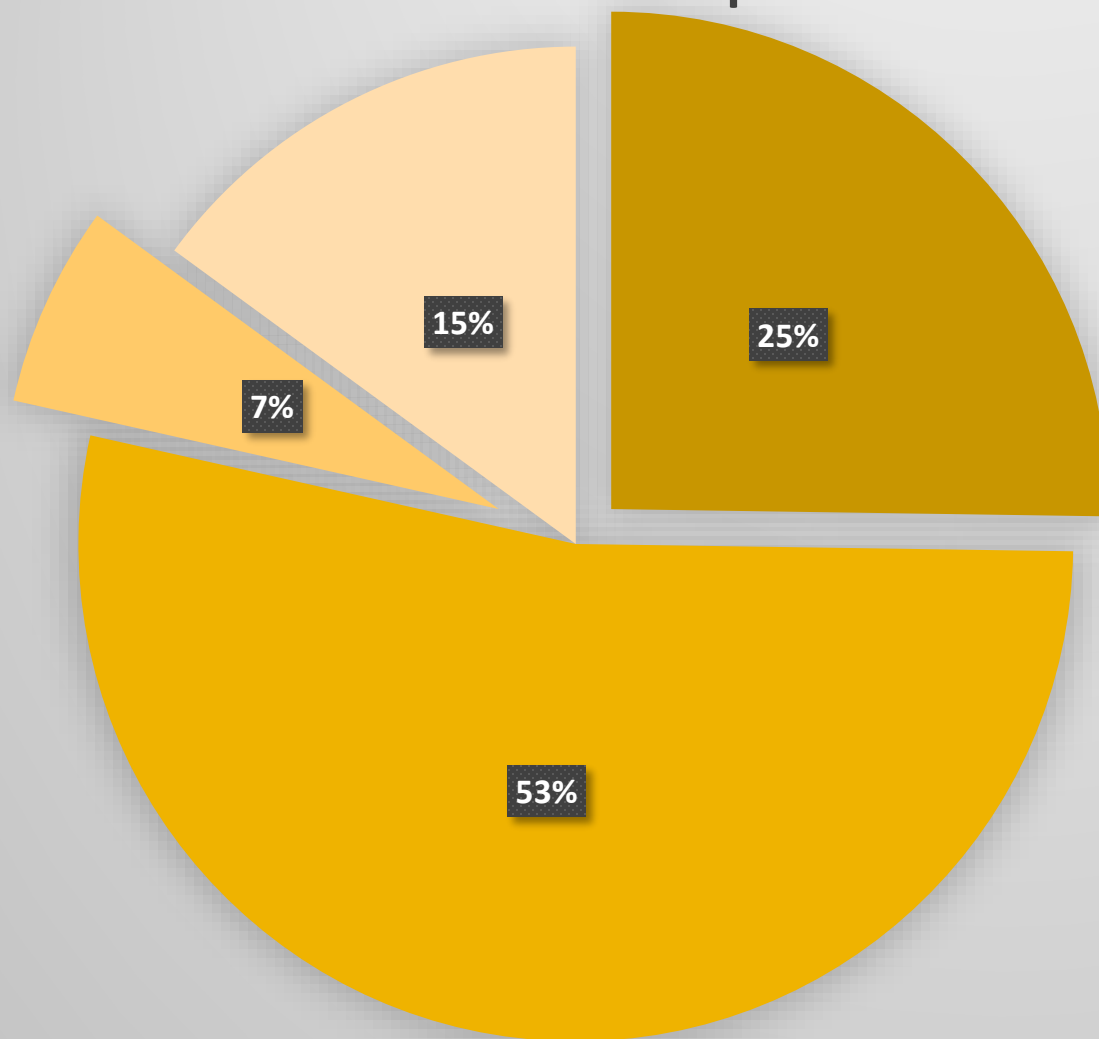


Měl by být pacient zapojen do rozhodování?



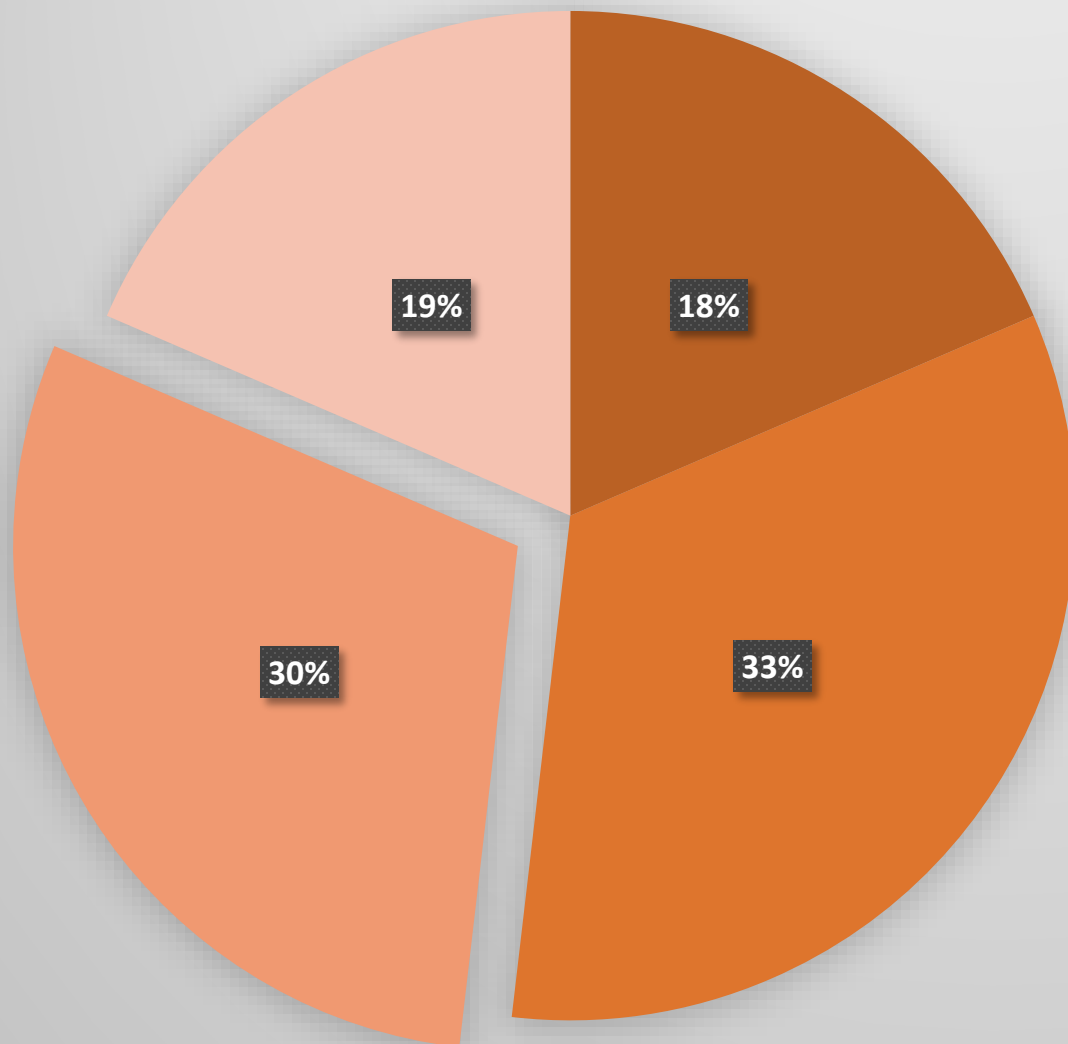
■ Ano ■ Ne

Jak rozumíte právním závěrům Ústavního soudu?



- Zásadní je, že pacient má být součástí rozhodování o limitaci péče, včetně pokynu DNR
- O DNR rozhoduje ošetřující lékař nebo vedoucí lékař a zásadní je pacienta nebo rodinu o rozhodnutí informovat
- O DNR rozhodují lékaři různých odborností, zásadní je týmové rozhodování
- Nezaznamenal jsem nález, nevím ad.

Měla by být sestra zapojena do rozhodování o resuscitaci?



- Ano, mezi lékaři a zdravotními sestrami by měl být konsenzus na tom, zda pacienta neresuscitovat
- Ano, zdravotní sestra by měla být součástí týmového rozhodování
- Ne, jedná se lékařské rozhodnutí.
- Ano, zdravotní sestra by měla mít možnost vyslovit svůj názor, liší-li se od názoru lékaře

Postavení sester ve sdíleném rozhodování o péči

„Nurses are uniquely positioned to advocate for patient values and preferences in shared decision-making at the end of life.“ (*American Nurses Association Code of Ethics, 2025*)

- Sestry tráví s pacientem nejvíce času – vnímají jeho obavy, hodnoty a reakce.
- Jsou klíčovým prostředníkem mezi pacientem, rodinou a lékařem.
- Jejich účast zajišťuje, že rozhodnutí omezující léčbu vycházejí nejen z medicínských, ale i hodnotových, spirituálních a existenciálních aspektů.
- Aktivní zapojení sester podporuje důstojnost, autonomii a kvalitu umírání.

„Shared decision-making must be an interdisciplinary process, where nurses contribute their unique insights from continuous patient contact.“ (*EAPC Guidelines for Palliative Care, 2024*)

- Sdílené rozhodování (SDM) = dialog mezi pacientem, rodinou a celým týmem.
- Sestry přinášejí do SDM:
 - znalost pacientovy situace a jeho přání,
 - schopnost komunikovat citlivě o hodnotách,
 - pohled na kvalitu života a utrpení z každodenní praxe.
- Mezinárodní standardy (EAPC, ESICM) zdůrazňují: rozhodování o ukončení nebo neindikování léčby má být multidisciplinární.

„Respect for autonomy and effective nurse–patient communication improve the quality of end-of-life decision-making.“ (*BMC Nursing Systematic Review, 2024*)

- Sestra:
 - pomáhá pacientovi formulovat cíle péče a dříve vyslovená přání,
 - sleduje, zda rozhodnutí odpovídá hodnotám pacienta,
 - tlumočí pacientův hlas v týmu,
 - podporuje rodinu při akceptaci realistických cílů léčby.
- Aktivní účast sestry = vyšší důvěra pacienta, menší počet konfliktních situací, eticky konzistentní péče.

„Pouze 9 % sester je reálně zapojeno do rozhodování, přestože více než 80 % je přesvědčeno, že by měly být součástí týmového rozhodování.“ *(Steinlauf B., Výzkum FNKV/FN Plzeň, 2024)*

- 91 % zdravotníků = pacient má být zapojen do rozhodování, 71 % = pacient zapojen není.
- Sestry nejsou zapojeny do rozhodování (9% respondentů uvedlo, že zapojeny jsou), většina sester (> 80 %) se domnívá, že by měly být zapojeny do týmového rozhodování.
- Sestry často vnímají etickou odpovědnost, ale postrádají systémové ukotvení a podporu v rozhodovacích procesech.

„Nejde jen o to, jak pacient umírá, ale s kým umírá.“ (*inspirováno EAPC, 2024*)

- Vaše role má skutečný dopad
 - Každé slovo, které pacientovi pomůže porozumět, může změnit způsob, jakým prožije svůj závěr života.
 - Každé naslouchání je projevem úcty k jeho autonomii a důstojnosti.
 - Každé vaše vyjádření v týmu může dát rozhodování lidský rozměr.

„Bud'te hlasem pacienta , když už
on sám mluvit nemůže.“

B|S

JUDr.

BARBORA
STEINLAUF

MA, PhD.

Advokátka se specializací
na zdravotnické právo

+420 777 256 629

advokat@barborasteinlauf.cz

barborasteinlauf.cz