

Reakce

V minulém čísle *Universitas* vyšla stať M. Munzarové *Princip respektu k autonomii nemocného a eutanazie. Zabývala se problémem zejména z teoretického hlediska lékařské etiky. Jak se na tuto otázku dívají klinici, osvětluje R. Kraus, primář Anesteziologické a resuscitační kliniky FN U Sv. Anny.*

Nenasazení a vysazení marné léčby a distanzie

Motto

Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.

Etický kodex vydaný ČLK

Rozvoj intenzivní medicíny přinesl kromě nových léčebných a diagnostických prostředků a postupů také nové etické problémy a otázky. Došlo k výraznému odklonu od koncepce „vítězné medicíny“. Mnoho lidí je zachráněno, nikoliv však uzdraveno, neboli v podmínkách intenzivní medicíny přibývá nemocných, kteří nemohou být uzdraveni, ale díky použití moderních technických pomůcek, přístrojů a postupů nemohou ani zemřít. Tuto situaci nazýváme zadrženu smrtí-distanzií. Kromě toho, že takováto situace přináší utrpení nemocnému a celé jeho rodině a známým, nelze ani pominout aspekty ekonomické. V současnosti, kdy na celém světě a v naší republice obzvláště narůstá nepoměr mezi možnostmi současné medicíny a dostupnými zdroji, stávají se aspekty etické a ekonomické nedílnou součástí rozhodovacího procesu v denní klinické praxi.

Současné léčebné postupy zvyšují přežití a umožňují návrat do života nemocným s reverzibilním selháním orgánových funk-

cí. Naše vnímání pojmu reverzibility orgánové dysfunkce či selhání se výrazně změnilo.

Intenzivní medicína stejně jako ostatní klinické obory plně respektuje základní principy: *Činit dobro pro pacienta, nikdy pacienta nepoškodit, zachovat autonomii pacienta a právo na stejnou péči bez rozdílů.*

Při uplatňování výše zmíněných principů musíme zahájení či prodlužování léčby, která není účinná a přínosná, považovat za postup, který není v zájmu a ku prospěchu nemocného. Proto v denní praxi uplatňujeme přístup nenasazení (withold) a vysazení (withdraw) marné léčby. Jednoznačně se musíme vyhnout postupům, které by se daly označit jako eutanazie. Při stanovení léčby se musí každý nemocný posuzovat přísně individuálně.

Základem tohoto přístupu je podle některých autorů, kteří se touto problematikou zabývají, kategorizace nemocných do tří skupin.

I. Standardní (plná, maximální) terapie

Rozsah poskytované péče reflektuje:

- aktuální názor medicíny na diagnostiko-léčebný postup u daného klinického stavu (lege artis, guidelines, standardy),
- dostupnost těchto postupů v daném zdravotnickém zařízení,
- aktuální stav nemocného se zřením k předchorobí, dosavadnímu vývoji a k předpokládané prognóze i z dlouhodobého hlediska. Ošetřující tým se snaží využít všech dostupných postupů, metod a léků, které jsou v daném okamžiku k dispozici a které považuje za indikované.

II. Nerozšiřování nastavené terapie (withold)

Na základě písemně dokumentované rozvahy lékaře není rozšiřováno spektrum diagnostických a terapeutických postupů, které by neovlivnily dosavadní vývoj či průběh onemocnění. Stávající terapie je v daném okamžiku považována za maximální vzhledem k stavu a prognóze nemoc-

ného. Součástí tohoto postupu je i případná ordinace DNR.

DNR (do not resuscitate) znamená nezařadit nedokladnou resuscitaci u nemocných, kde je předem evidentní, že nemůže vést k efektu.

III. Omezení terapie (withdraw)

U nemocných s přesvědčivými známkami nepříznivého vývoje a nepříznivé prognózy je poskytována pouze základní terapie, tj. analgezie/sedace, tekutiny, někdy pokračování v umělé plicní ventilaci. Ostatní léky či postupy jsou vysazeny (ukončení dialýzy, ukončení podpory srdeční činnosti léky a přístroji atd.). Součástí rozhodnutí je i ordinace DNR. Toto rozhodnutí je dnes zahrnováno do nenaznačení léčby.

Obecně se za marné lékařské počínání považuje péče, která neslouží či nevede k užitečnému cíli a neposkytuje okamžitý nebo dlouhotrvající prospěch, či léčba, která má sice efekt na fyziologické parametry, není však v konečném důsledku prospěšná pacientovi jako osobě.

Diskuse o otázkách marné péče obvykle končí v obtížnosti definovat poměr a vztah mezi paternalismem lékaře a autonomií pacienta. Problém je najít rovnováhu mezi nimi, je komplikován obecnou širokou definicí péče a léčby, což poskytuje možnost lékařům rozhodovat se převážně pro léčbu. O frekvenci rozhodnutí nenaznačení nebo vysazení marné péče rozhoduje také přesvědčení lékaře, jeho filozofická vyspělost, jasná představa o použitých termínech, rozvaha a odvaha individuálního týmu lékařů.

Realizace těchto závažných rozhodnutí probíhá přesně strukturovaným a časově jednoznačně určeným procesem na základě následujících principů:

- základním principem rozhodování je očekávaný vývoj stavu s ohledem na anamnézu, dosavadní průběh onemocnění, stupeň a rozsah orgánové dysfunkce, stupeň narušení integrity organismu jako celku, reakce na dosavadní terapii a prognóza nemocného v krátkodobém i dlouhodobém časovém horizontu se zřetelem na výchozí a předpokládaný dosažený stupeň kvality života po propuštění z intenzivní péče,

- zohlednění a aplikace základních etických principů v rozhodovacím procesu je vždy prioritní při zahájení úvahy o případné změně kategorie,

- vstupní kategorie je vždy kategorií I., o zařazení do jiné kategorie v čase přijetí rozhoduje vedoucí lékař oddělení,

- kategorie je přehodnocována pravidelně ošetřujícím lékařem (minimálně jednou denně),

- zařazení nemocného do jiné kategorie navrhuje ošetřující lékař, součástí návrhu je zdůvodnění s následnou diskusí uvnitř celého kolektivu lékařů a sester,

- označení kategorie je součástí denního záznamu chorobopisu,

- zdůvodnění změny kategorie je podrobně dokumentováno v denním záznamu chorobopisu s podpisy ošetřujícího lékaře, vedoucího oddělení a primáře nebo přednosty kliniky (oddělení),

- za všech okolností snaha o kvalitní, srozumitelnou a maximální informovanost nejbližších příbuzných po celou dobu hospitalizace.

O důležitosti a závažnosti celého problému svědčí exponenciálně narůstající počet literárních sdělení a bloků přednášek v rámci kongresů intenzivní medicíny, kde se hovoří o nesnadno přiléhavě přeložitelném termínu end-of-life care. Podle statistických analýz umírá v USA jedna čtvrtina nemocných na jednotkách intenzivní péče a většina z nich po určitém stupni omezení život udržující léčby. Této skutečnosti se nelze vyhnout ignorováním celého složitějšího problému. Je nutné všechny aspekty co nejdříve diskutovat mezi zdravotníky a rozšířit kvalifikovaný a srozumitelný dialog na celou veřejnost – potenciální nemocné a příbuzné umírajících.

ROMAN KRAUS