

Etické a právní problémy v akutní kardiologii

Jan Vojáček

1. interní klinika Lékařské fakulty UK Praha a Fakultní nemocnice v Hradci Králové

Výrazně zlepšená péče vede k prodlužování života nemocných se srdečními chorobami. Na druhé straně je však nezřídka lékař kardiologické intenzivní péče postaven před nutností rozhodovat o nezahajování či nepokračování intenzivní léčby. Dále u řady srdečních chorob dovedeme zvrátit akutní situace a převést nemocného do chronické fáze onemocnění, kdy však po určité době dojde k postupnému vyčerpání všech léčebných prostředků a k tomu, že stále větší počet osob se dožívá nezvratitelných konečných fází onemocnění, kde již selhává léčba a je třeba se připravit na její ukončení. Toto vše přináší do rozhodování nové etické a právní problémy.

Klíčová slova: marná a neúčelná léčba, etika, paliativní léčba.

Ethical and legal challenges in acute cardiology

Significant improvements in care result in prolonging the life of patients with heart diseases. On the other hand, however, it is not uncommon for a cardiac intensive care physician to be faced with the need to decide not to initiate or to discontinue intensive treatment. In addition, acute situations can be reversed in a number of heart diseases and the patient converted to a chronic stage of disease; however, over time, all treatment options become gradually exhausted and an increasing number of individuals live to reach irreversible end-stage disease in which treatment fails and it is necessary to prepare for its termination. All of this presents new ethical and legal problems for decision-making.

Key words: ethics, futile and purposeless treatment, palliative treatment.

Interv Akut Kardiolog 2011; 10(Suppl. B): 4–5

V poslední době dochází k výrazným pokrokům v léčbě celé řady srdečních onemocnění, léčba se průběžně posunuje především do akutních fází onemocnění, zlepšuje se péče o kriticky nemocné. Na druhé straně však právě výrazně zlepšená péče vede nejen k prodlužování života nemocných se srdečními chorobami, ale u části takto léčených úspěšné obnovení krevního oběhu nevede k obnovení mozkových funkcí a nemocný zůstává závislý na podpoře přístrojů. Vedle toho u řady srdečních chorob dovedeme zvrátit akutní situace a převést nemocného do chronické fáze onemocnění, kdy však po určité době dojde k postupnému vyčerpání všech léčebných prostředků a k tomu, že stále větší počet osob se dožívá nezvratitelných konečných fází onemocnění, kde již selhává léčba a je třeba se připravit na její ukončení.

Toto vše přináší do rozhodování lékařů odborníků – kardiologů další novou dimenzi – nutnost brát do úvahy a vypořádat se s novými etickými problémy. Hovoříme o etických problémech, ale při hlubším pohledu vidíme na jedné straně základní filozofické otázky a na druhém konci spektra musíme vyhovět platným legálním požadavkům a musíme se zajímat i o právní otázky související s rozhodováním o kriticky nemocných. Průběžné rozhodování v uvedených situacích není tedy zdaleka jen lékařským problémem.

Některé ze zmíněných situací jsou nové a nově používané lékařské postupy neměly dosud

jednoznačnou oporu v dosavadních etických a právních kodexech. Určitým východiskem může být dokument České lékařské komory, který byl vydán v roce 2010 a může být vodítkem v našich postupech při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminální fázi onemocnění. Přesto zůstává v tomto směru nevyřešena celá řada otázek, jimž je třeba věnovat pozornost a na které by chtěl upozornit i tento soubor prací supplementa Intervenční a akutní kardiologie.

Dokument České lékařské komory umožňuje definovat postavení pacienta v terminálním stadiu onemocnění, tedy v takovém konečném stadiu choroby, kdy její další pokračování není slučitelné se životem a kdy jej již dále nedovedeme léčebně ovlivnit. Jedná se mimo jiné i o nemocné, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.

Jsme postaveni před rozhodnutím, zda a kdy a za jakých odborných, etických a právních podmínek jsme oprávněni nahradit intenzivní, náročnou a mnohdy i drahou kauzální léčbu za paliativní. V případě takového rozhodnutí již další léčbou nechceme ovlivnit příčinu onemocnění a zcela vyléčit nemocného, ale pouze zabránit bolesti, strádání či jinému nepohodlí postiženého. Dokument České lékařské komory definuje kategorii léčby, o které často musíme rozhodovat, čili marnou a neúčelnou léčbu. Takováto léčba vlastně není v zájmu nemocného, je minimální naděje, že může nemocnému

pomoci, a naopak jej může zatěžovat zbytečným strádáním a rizikem komplikací. Správná definice marné a neúčinné léčby, čili léčby, která nevede k záchraně života, k uchování zdraví či udržení kvality života, je rozhodující pro stanovení další léčebné strategie u těchto kriticky nemocných. V zásadě tedy musíme odborně rozlišit mezi akutní účinnou léčbou, která má naději zvrátit onemocnění, a marnou a neúčelnou léčbu na jedné straně a dále musíme být kompetentní v rozpoznání okolností a příznaků jednoznačně určujících, kdy nemocný je již v terminálním stadiu onemocnění a žádným způsobem nemáme naději na vyléčení.

Další dva problémy souvisí s nezahajováním léčby a nepokračováním léčby. Léčebný postup, který nemůže zastavit progresi choroby či odvrátit smrt nemocného, není indikován a nemá být proto zahajován. Takový postup by byl právě definován jako léčba marná či neúčelná. Sem patří i nepřijetí pacienta v konečné fázi jeho onemocnění na pracoviště akutní kardiologie či jiné pracoviště intenzivní medicíny, pokud již nelze zastavit postup choroby, navrátit pacientovi zdraví či odvrátit smrt a tedy nezahajování intenzivní léčby onemocnění. Pokud již probíhá intenzivní léčba a tato nedovede navrátit zdraví nebo odvrátit smrt, často jsme stavěni před nutností rozhodnutí o nepokračování v této marné a neúčelné léčbě a o jejím ukončení, tzn. deaktivaci přístrojů vedoucích k podpoře oběhu,

deaktivaci kardioverteru, defibrilátoru či kardio-stimulátoru, vysazení farmakologické podpory oběhu či ukončení umělé ventilace.

Dokument České lékařské komory uvádí, že cílem intenzivní léčby je udržet a navrátit život, ale nikoliv prodlužovat umírání. Za tímto účelem musíme především definovat, zda můžeme kauzálně odstranit vyvolávající příčiny srdečního selhání, kdy předpokládáme, že poskytování oběhové podpory a rovněž podpory či náhrady funkce ostatních orgánů se zvratným nebo předpokládaně zvratným selháním může vést k úspěšnému vyléčení či stabilizaci stavu. Pokud nelze odstranit příčinu a pokud je jasné, že ani dlouhodobou podporou nedojde k obnovení srdeční funkce či funkce selhávajících orgánů, je pacientovi poskytována péče paliativní, tzn. ta, která vyloučí bolest, nepohodlí, strádání a zachová lidskou důstojnost a základní uspokojení fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb.

I v dalších úvahách vycházíme rovněž z dokumentu České lékařské komory, který stanoví, že jakékoli rozhodování v průběhu poskytované zdravotní péče musí být v souladu s existujícími etickými zvyklostmi a právními předpisy a musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta a musí respektovat etické a všeobecně filozofické kodexy medicíny, především lidský život jako nejvyšší hodnotu a právo na sebeurčení nemocných a zachování jejich lidské důstojnosti. Z tohoto hlediska je nutné vést i rozhodování

o ukončení kauzální léčby, zahájení paliativní péče a rozhodnutí o nerozšiřování či nezahajování neúčelné či marné léčby. Do tohoto rozhodování musí být zahrnuti jednak ti nejzkušenější lékaři toho kterého oddělení, ale i nelékařští zástupci – nelékařský zdravotnický personál či další zástupci nelékařského obsazení podílejících se na péči o kriticky nemocné (*Interdisciplinary approach to end-of-life decision making*). Toto rozhodnutí by mělo být formulováno a zapsáno ve zdravotnické dokumentaci s uvedením všech osob, které se na něm podílely, a s tím, že platnost takového rozhodnutí není jednorázově konečná, ale je v pravidelných časových intervalech podrobována revizi a mění se v souvislosti s vývojem onemocnění. Všichni známe z praxe, že i rozhodnutí o nerozšiřování léčby, ukončení kauzální léčby, poskytování paliativní léčby se vyvíjí v čase a ani pomocí nejmodernějších diagnostických metod nedovedeme se stoprocentní jistotou předvídat další průběh onemocnění. Proto zásadním požadavkem k rozhodnutí je nejen účast těch nejzkušenějších odborníků s přivoláním nelékařských zástupců, ale i opakovaná revize takovýchto rozhodnutí v průběhu onemocnění. Pokud jde o přizvání nelékařských zástupců k rozhodnutí o ukončení kauzální léčby, zahájení paliativní péče a rozhodnutí o nerozšiřování či nezahajování neúčelné či marné léčby, některé názory preferují přenos takového rozhodnutí na půdu Etických komisí.

Přes uvedené skutečnosti platí pravidlo, že za závěrečné rozhodnutí je zodpovědný ošet-

řující lékař uvedeného nemocného. Tomuto rozhodnutí musí předcházet konzultace s lékařským i nelékařským personálem, musí být uvedeno, jak byla zohledněna zásadní konziliární doporučení i stávající limitace lékařské péče. Formální podmínkou je i písemné vypracování podrobné epikrízy s uvedením provedených či neprovedených diagnostických a léčebných postupů a zdrojů prognostických závěrů relevantních pro hodnocení nemocného. Každý lékař si musí být vědom limitace stávajících zdrojů, limitace možných výsledků provedených či neprovedených vyšetření a především limitací v hodnocení prognózy kriticky nemocných. Právě z těchto důvodů by měla být přijatá rozhodnutí podrobována v pravidelných intervalech kritickým revizím a činěna s tím, že v odůvodněných případech lze i takového rozhodnutí podle stavu nemocného změnit.

Z uvedeného vyplývá, že otázky etického a právního rozhodování o kriticky nemocných nejsou zdaleka jednoznačně vyřešeny a s měnícími se odbornými možnostmi a společenským a právním vnímáním okolí vyžadují naši plnou pozornost. K jejich řešení by měly přispět i práce v předkládaném sborníku, v němž jsme se snažili problém přiblížit z nejrůznějších úhlů pohledu.

prof. MUDr. Jan Vojáček, DrSc., FESC, FACC

I. interní klinika LF UK a FN Hradec Králové
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové
vojacjan@fnhk.cz
