

Kriticky nemocný z hlediska lékařské etiky

Jiří Šimek

Katedra filozofie a etiky v pomáhajících profesích,
Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Základním mravním apelem v medicíně je odbornost zdravotníků. Od druhé poloviny dvacátého století je nutné se o všech zamýšlených zdravotních výkonech s pacientem dohodnout. V intenzivní medicíně je dohoda z různých důvodů obtížná, ale není možné ji zcela opomíjet. Novým obtížně řešitelným problémem posledních let je problém prodlužování života terminálně nemocných, stále častěji se objevuje nesouhlas s prodlužováním života za každou cenu. Proto autor vítá vypracování Konsenzuálního stanoviska k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním. Autoři poskytli kvalitní podnět pro diskuzi a také vypracovali slovník vhodný pro tuto debatu.

Klíčová slova: etika v medicíně, etika léčby kritických stavů, přechod na paliativní péči.

The critically ill patient in terms of medical ethics

The main ethical demand in medicine is professionalism of all health care providers. In last decades it is necessary to consult with patient on all planned health care procedures. In intensive care is difficult to communicate with a patient, but it is not possible to miss it. A new difficult problem in last decades is growing disagreement with prolongation of life of critical patients at any cost. Therefore author highly appreciate elaboration of Consensus Guidelines for the provision of Palliative Care in Patients with irreversible Organ failure. Authors of the text prepared a good stimulus for discussion of the problem and they also elaborated vocabulary suitable for the discussion.

Key words: ethics in medicine, ethics of care for critically ill patients, change to palliative care.

Interv Akut Kardiol 2011; 10(Suppl. B): 13–14

Nesporným základním mravním apelem ve zdravotnictví je co nejvyšší odbornost všech členů zdravotnického týmu. Odborné selhání je současně i selháním mravním. Zákonné požadavky na vzdělávání zdravotnických pracovníků a na jejich celoživotní vzdělávání je právní aplikací tohoto základního mravního pravidla. V akutní medicíně je tento požadavek mimořádně důležitý, protože i malá selhání kteréhokoliv z členů ošetřujícího týmu mohou mít fatální důsledky pro pacienta.

Ovšem ne každé odborné selhání je mravně zavrženíhodné. Zdravotníci jsou lidé a lidé dělají chyby. Navíc se zdravotníci často rozhodují v časové tísní a mnohdy nemají k dispozici všechna fakta, která ke kvalifikovanému rozhodnutí potřebují. Tuto skutečnost nelze změnit žádnými razantními požadavky ani proklamacemi. Samozřejmě, že silným mravním požadavkem je dělat vše proto, aby se žádná chyba nestala, a když se chyba stane, zdravotník nese právní důsledky svého omylu. O míře zavinění pak rozhodují odborníci, soudní znalci a soud. Mravní soud je zde někdy paradoxně tolerantnější než právní. Avšak přirozená lidská omylnost je faktem, který bychom měli občas připomínat. Považuji za chybu, že upozorňování na tuto stránku medicíny v našich médiích zcela chybí. Nejde o to legitimizovat nedbalost, ale mírnit přehnaná, nerealistická očekávání lidí.

Před sto lety lékař jako vysoce vzdělaný a moudrý člověk požíval velké důvěry. Nikdo po něm záranky nechtěl, protože medicína byla slabá a mnoho toho nedokázala. Hlavní rolí lékaře bylo provázet nemocného a jeho rodinu chorobou. V dnešní době medicína disponuje účinnou technologií, která pomáhá diagnostikovat a léčit stále více nemocí a zvládat stále těžší úrazy. Jsou to někdy „záranky“, co zdravotníci dokáží, ale lidé, místo toho, aby byli spokojeni, žádají stále více, někdy skutečné záranky, které medicína neumí a umět nikdy nebude. Vždycky budou nějaká omezení, vždy bude něco, co medicína nedokáže. I toto bychom se měli pokoušet v médiích zveřejňovat.

Ve druhé polovině dvacátého století se objevil nový prvek v našem jednání s pacienty. Lékařské zákroky jsou často nepříjemné, stále více pronikají do intimních sfér pacientů a ne vždycky je výsledkem našeho snažení zdravý člověk. S nadsázkou lze dokonce říci, že medicína produkuje vedle zdravých lidí i armády invalidů. Ne každý člověk proto musí s námi navrhovanými procedurami souhlasit. Nejde jen o zvažování poměru rizika a možného výsledku, někteří pacienti mají pocit, že naše zákroky jsou v rozporu s jejich pojetím lidské důstojnosti, jiným ta verze života, kterou nabízíme (omezeného mutilujícími operacemi a režimovými opatřeními), nedává smysl. Proto je dnes nutné

všechno dojednat s pacientem, kterého se naše návrhy týkají. To zvláště v kritické medicíně není vůbec snadné, jednání je někdy reálně nemožné (např. když je pacient v bezvědomí). Zdravotníci pracující v akutní medicíně ale nemohou dostat výjimku. Když domluva nejde, není možné jí žádat. Ale všude tam, kde je alespoň trochu realizovatelná, je mravní povinností se o ní pokusit. Domluva s nemocnými a s jejich blízkými je v akutní medicíně mimořádně obtížná. Bylo napsáno mnoho textů na toto téma, jako mravní požadavek dnešní doby ale zůstává. Všichni se v této oblasti učíme, všichni děláme chyby, jinudy dnes ale cesta nevede.

V kritické medicíně se v posledních dvaceti letech objevil úplně nový problém. Až dosud byla role lékaře jednosměrná, jeho úkolem bylo co možná nejdéle prodlužovat lidský život. V posledních desetiletích se stále častěji stává, že lidský život sice zachráníme, ale za cenu mimořádného utrpení nemocného nebo v neúnosné kvalitě jeho života. Kromě toho umíme udržovat nemocné na hraně smrti, cesta zpátky už nevede, ale smrt po řadu dnů až týdnů umíme oddalovat. Ani s těmito nabídkami mnozí lidé nesouhlasí, a tak se stalo, že dnes může být záchrana či prodloužení lidského života vnímána též jako lékařova chyba. První na tuto stránku upozornil v médiích Dax (Donald) Cowart, jeho příběh je na celém světě znám jako „Dax's case“.

Šlo o nemocného popáleného na 60% těla, který od počátku odmítal bolestivou péči, jehož předvídatelným výsledkem byl život v kvalitě pro pacienta nepřijatelné (slepý, s chromými prsty a s deformovaným tělem). Byl zachráněn proti své vůli a i po svém „uzdravení“ veřejně deklaroval, že i když je si plně vědom obtížnosti takového rozhodování, považuje svou záchranu za mravní chybu lékařů (1, 2). Nutno upozornit, že při své deklaraci zůstával v rovině mravního požadavku, soudní spor vedl s firmou, která popálení zavinila, a nevedl spor s lékaři.

Problém mravní oprávněnosti léčby nemocných v terminálním stadiu choroby je velmi obtížně řešitelný. Na jedné straně je zde svědectví pana Daxe, že požadavek neléčit, prosazovaný během bolestivé léčby, může být výsledkem kompetentního rozhodnutí. Na druhé straně je dost příkladů, kdy pacienti nakonec akceptovali léčbu proti jejich vůli a smířili se s životem, který jim původně odmítaná lékařská péče nakonec umožnila. Konflikt mezi autonomií nemocného a povinností lékaře zachraňovat lidské života je za těchto okolností neřešitelný, protože lékař nemůže předvídat, jak pacient v závěru jeho péči zhodnotí. Měli bychom si ale být vědomi, že tento konflikt existuje, že se s ním můžeme kdykoliv setkat a že „správné“ řešení neexistuje.

S tímto problémem souvisí i péče o umírající nemocné na intenzivní péči, zde je otázka, kdy „složit zbraně“ a přejít od aktivní léčby k paliativní. Řešení této situace bývá obtížné především tím, že pacient již nebývá schopen sdělit své preference a my jsme v současném mravním konsenzu nedali nikomu jinému plné právo léčbu odmítnout. Etického konsenzu ve společnosti nebo alespoň v lékařské obci nebylo dosud dosaženo, proto bezvědomý pacient zůstává jediným plně oprávněným rozhodnout.

Etický konsenzus ve společnosti vzniká na základě opakované zkušenosti a následné debaty všech zúčastněných. Moderní informační technologie a media mohou debaty o nejružnějších problémech posílit. Je možné očekávat,

že čím více se bude o problému veřejně diskutovat, tím dříve k nějaké shodě dojdeme. Proto by se lékaři neměli obávat veřejné diskuze, někdy i k nim silně kritické. Kritika dává možnost odpovědět závažnými argumenty, a tím se celý proces budování etického konsenzu urychluje.

Proto můžeme uvítat nedávnou iniciativu našich lékařů z oblasti intenzivní medicíny, kteří vypracovali Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním (3). Tato iniciativa je záslužná ze dvou hledisek. V první řadě otevírá veřejnou debatu o problému, která by mohla vést ke shodě mezi lékaři. Stejně důležité je i to, že autoři dávají k dispozici slovník, který by mohl být dobrým základem pro diskuzi.

V úvodu autoři odlišují nepodávání marné léčby od eutanazie. Když totiž vidí léčbu jako marnou, nemusí (ani by neměli) jí aplikovat. To je pro praxi a pro očekávanou diskuzi velmi důležité rozlišení. Stejně důležité je upozornění, že nejde o „ukončení“ léčby, ale přechod od jednoho modu (aktivní léčba) k druhému (paliativní léčba). Pacient je dále v péči, je dále léčen, pouze s jinou strategií.

V první řadě ale musíme vyzdvihnout tvrzení, že smrt není vždy nepřijatelná prohra. Smrt je nezbytnou součástí života, a proto nemusí být za každých okolností nepřítelem. V závažných, medicínsky neřešitelných situacích může přinést smrt úlevu všem zúčastněným, včetně nemocného. Je ale otázka, kdo a jakým způsobem může rozhodnout, že léčba je marná. Ať chceme nebo ne, v termínu „marný“ je obsažený hodnotící soud. A ten nemůže být věcí pouze biologické medicíny, do zhodnocení musí proto vstoupit ještě další hlediska. Zde je důvod, proč autoři konsenzuálního stanoviska doporučují přijmout rozhodnutí teprve po debatě v týmu lékařů i sester, a proč se nevyhýbají tomu, aby byl problém prodiskutován i s blízkými umírajícího pacienta. Ti jedině totiž mohou vnést do debaty i postoje nemocného, vždyť jej znali lépe než zdravotníci.

Dalším důležitým prvkem je návrh, aby poslední slovo zůstalo ošetřujícímu lékaři. On nese právní zodpovědnost, navíc jeho hledisko, hledisko biologické medicíny zůstává tím klíčovým. Lidé jsou omylní, navíc nejsou často k dispozici všechna potřebná data („po bitvě je každý generál“). Rozhodnutí o přechodu na paliativní léčbu musí být proto vždy revokovatelné.

Konsenzuální stanovisko proto můžeme považovat za „krok správným směrem“. Víc není a ani být nemůže. Stanovisko bude jistě debatováno na nejružnějších úrovních, neměli bychom se vyhýbat ani debatě v laické veřejnosti. To přispěje k dosažení konsenzu ve společnosti, který pak již bude obsahovat vědomí, že lékaři prostě nedělají zázraky, a že smrt patří neoddelitelně k lidskému životu. A že lékař není pánem nad životem a smrtí, ale že ve chvíli, kdy jeho snaha se jeví být marnou, je schopen to poznat a je ochoten konzultovat s ostatními o tom, jakou léčbu v závěru života podat, aby to bylo skutečně v nejlépeším zájmu umírajícího. Kéž by se přidaly i další lékařské společnosti a vypracovaly vlastní návrhy řešení obdobných situací.

Literatura

1. Childress JF. Practical reasoning in bioethics. Indiana University Press, 1997: 122–140.
2. Pence GE. Classic Cases in Medical Ethics. Accounts of the Cases and Issues that Define Medical Ethics. 5th ed. Mc Graw Hill 2008: 9.
3. Cvachovec K, Černý V, Dostál O, Heger L, Malásková J, Matějovič M, Nalos D, Novák I, Pařízková R, Payne J, Rožnovská L, Rusínová K, Ševčík P, Šimek J, Tavel P, Vácha M. Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním. Anesteziologie a intenzivní medicína 2009; 20(4): 218–221. Dostupné na: http://www.urgmed.cz/postupy/cizi/2009_paliativni.pdf, http://www.prolekare.cz/anesteziologie-intenzivni-medicina-clanek?id=7692&confirm_rules=1.

doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

Katedra filozofie a etiky v pomáhajících profesích,
Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
J. Boreckého 27, 370 11 České Budějovice
jr.simek@volny.cz