

- EKG
- Kapnometrie (monitorování ETCO_2 se provádí u výkonů v celkové anestezii spojených s použitím kapnoperitonea nebo v neurochirurgii u nitrolebních výkonů)
Rozšíření rozsahu sledovaných ukazatelů nad rámec tzv. minimálního monitorování navrhuje lékař se SZ v oboru AIM nebo lékař s OZ pod jeho odborným dohledem se zohledněním zdravotního stavu pacienta, povahy výkonu a použité anesteziologické techniky.

2. 2 Minimální monitorování v průběhu zotavování z anesteziologické péče na tzv. dospávací jednotce/pokoji

- Klinické sledování fyziologických funkcí
- Pulzní oxymetrie
- Srdeční frekvence
- Krevní tlak

- EKG
Péče v průběhu zotavování je dokumentována. Interval sledování stanoví lékař.

2. 3 Minimální monitorování v průběhu převozu pacienta z operačního sálu

- Klinické sledování fyziologických funkcí
- Pulzní oxymetrie
- Srdeční frekvence
Rozšíření rozsahu sledovaných ukazatelů před transportem navrhuje lékař se SZ v oboru AIM nebo lékař s OZ pod jeho odborným dohledem se zohledněním zdravotního stavu pacienta, povahy výkonu a předpokládané doby transportu.

Připravila pracovní skupina: Cvachovec Karel, Černý Vladimír, Herold Ivan, Kozlík Pavel, Šturma Jan

Schváleno výborrem ČSARIM ke dni 18. 5. 2009. Verze 1/2009.

Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním (ČSARIM ČLS JEP, ČSIM ČLS JEP)

Editor: Černý Vladimír

Koeditoři: Cvachovec Karel, Pařízková Renata, Ševčík Pavel, Rožnovská Ludmila, Šimek Jiří, Dostál Ondřej

Pracovní skupina: Cvachovec Karel, Černý Vladimír, Dostál Ondřej, Heger Leoš, Maláska Jan, Matějovič Martin, Nalos Daniel, Novák Ivan, Pařízková Renata, Payne Jan, Rožnovská Ludmila, Rusínová Kateřina, Ševčík Pavel, Šimek Jiří, Tavel Peter, Vácha Marek

Jazyková korektura textu: Vladimír Koblížek

1 Úvod

Předložený text formuluje principy a rámcová doporučení pro poskytování paliativní péče u dospělých pacientů neschopných o sobě rozhodovat v konečné fázi jejich dále léčebně neovlivnitelného onemocnění. Mezi nejčastější klinické situace, na které se text konsenzuálního stanoviska zaměřuje, patří pacienti s multiorgánovým selháním, kde i přes maximální možnou podporu či náhradu orgánových funkcí dochází k trvalému zhoršování zdravotního stavu a kde vyvolávající příčina či její důsledky (následný patofyziologický děj) nejsou léčebně ovlivnitelné, nebo pacienti v hlubokém bezvědomí bez odůvodněného předpokladu obnovení integrity mozkových funkcí z důvodu přítomnosti známek ireverzibilního poškození centrálního nervového systému.

2 Cíle konsenzuálního stanoviska

- Definovat nejčastěji používané pojmy se vztahem k problematice.
- Formulovat základní východiska a principy pro rozhodování o zahájení paliativní péče u nemocných

v terminálním stavu dále neléčitelného onemocnění nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kde zdravotní stav nebo použité způsoby léčby znemožňují vyjádření vlastní svobodné vůle.

- Zdůraznit etické aspekty poskytování především intenzivní péče, zejména respektování předchozího názoru pacienta (pokud je dostupný), uchování lidské důstojnosti a zajištění maximálně možného komfortu nemocných.
- Omezit poskytování marné a neúčelné léčby v situacích, kde se lze na základě odborného medicínského posouzení odůvodněně domnívat, že přínos zahájení nebo pokračování v dané léčebné metodě s ohledem na zdravotní stav nemocného nepřevažuje nad rizikem komplikací, bolesti, diskomfortu a strádání pro pacienta a nedává možnost příznivého ovlivnění zdravotního stavu nebo záchrany jeho života.
- Přispět ke zvýšení kvality rozhodování v uvedených situacích a zlepšit komunikaci jak uvnitř zdravotnických týmů, tak mezi zdravotníky a rodinami či blízkými pacientů.
- Formulovat pro odbornou a laickou veřejnost stanovisko České lékařské společnosti J. E. Purkyně, že:
 - odborně podložené a náležitě zdokumentované nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby je v souladu s etickými principy medicíny a platnými právními předpisy;
 - nezahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby nesmí být zaměňováno za eutanázii.
- Identifikovat základní právní předpisy a ostatní dokumenty se vztahem k problematice.

- Usnadnit a podpořit vznik „místních“ doporučení zabývajících se uvedenou problematikou na jednotlivých pracovištích intenzivní péče.

3 Použitá terminologie

- Pacient v terminálním stadiu onemocnění – pacient v konečném stadiu onemocnění, které není slavitelné se životem a není dále léčebně ovlivnitelné.
- Pacient neschopný o sobě rozhodovat – nemocný s poruchou vědomí, který je vzhledem ke svému aktuálnímu zdravotnímu stavu neschopný posouzení situace a rozhodování o své osobě, není schopen vyjádřit informovaný souhlas.
- Paliativní léčba – léčba, jejímž cílem je zabránění bolesti, strádání či diskomfortu nevléčitelně nemocného, umírajícího pacienta.
- Marná a neúčelná léčba – léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Marná a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací.
- Nezahajování léčby – léčebný postup, který nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta, není indikován, a není proto zahajován. Takový postup by byl léčbou marnou či neúčelnou. Nepřijetí pacienta v konečné fázi jeho onemocnění na pracoviště intenzivní medicíny, kdy již nelze zastavit postup choroby, navrátit zdraví či odvrátit smrt patří mezi opatření nezahajování léčby.
- Nepokračování léčby – při nemožnosti zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt není ve stávající marné a neúčelné léčbě pokračováno a tato je ukončena (např. vysazením farmakologické podpory oběhu, ukončením hemodialýzy, ukončením ventilační podpory).
- Eutanázie – usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou než pacientem samým, a to na jeho vlastní žádost. Právní systém České republiky pojem eutanázie nezná.

4 Východiska

- Život člověka je konečný.
- Každý pacient má právo na náležitou odbornou úroveň zdravotních služeb, tj. každému pacientovi musí být poskytnuta léčba a péče, které jsou přiměřené jeho zdravotnímu stavu a jeho potřebám.
- Všeobecně přijatým cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví pacienta – odstranění vyvolávající příčiny zhoršení zdravotního stavu a poskytování postupů orgánové podpory či náhrady u nemocných se zvrtným (nebo předpokládaným zvrtným) orgánovým selháním, tj. „udržovat život, ale nikoliv prodlužovat umírání“. V případě, kdy nelze tyto cíle naplnit, je nutné poskytnout pacientovi péči, která vyloučí bolest, diskomfort a strádání, umožní zachování lidské důstojnosti a uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb.
- Jakékoliv rozhodování v průběhu poskytované zdravotní péče musí být v souladu s existujícími právní-

mi předpisy a musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta, musí bezvýhradně respektovat základní etické principy medicíny, především lidský život jako nejvyšší hodnotu, dále pak právo na sebeurčení nemocných a uchování jejich lidské důstojnosti.

- Jakýkoliv diagnostický nebo léčebný postup musí být pečlivě a odpovědně posuzován poměrem reálného klinického přínosu a míry možného rizika komplikací, bolesti, diskomfortu a strádání, které zvolený postup pacientovi v aktuální klinické situaci přináší. Použití postupu, kde rizika a komplikace s ním spojené nejsou vyváženy jeho přínosem pro pacienta, je v rozporu s etickými principy medicíny. Vždy je nutné přihlídnout a respektovat předchozí názor pacienta, pokud je dostupný a relevantní.
- Jakýkoliv léčebný postup, kde není odůvodněný předpoklad jeho příznivého účinku na zdravotní stav pacienta nebo pro záchranu života a kde rizika komplikací, bolesti, diskomfortu a strádání převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je nutno považovat za léčbu, která není „ku prospěchu a v nejlepším zájmu pacienta“ a lze ji označit jako tzv. marnou a neúčelnou léčbu. Dosažení dočasné korekce hodnoty některé z fyziologických funkcí či jejich dílčích parametrů bez ovlivnění celkového průběhu onemocnění a možnosti záchrany života nemůže být při zvažování poměru přínosu a rizika považováno za příznivý účinek zvoleného léčebného postupu. Léčba, která se jeví jako marná a neúčelná, nemá být indikována a prováděna.
- Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby neznámá omezení pacienta na jeho právech, ale naopak, je sledován zájem pacienta tak, aby nedošlo k porušení základních medicínských a etických principů včetně nechtěného nedůstojného prodlužování umírání.
- Smrt, která je výsledkem přirozeného průběhu onemocnění, nemůže být považována za nepříznivý výsledek zdravotní péče.
- Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby u pacientů v terminálním stadiu neléčitelného onemocnění a/nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kteří nereagují na použité léčebné postupy, je v souladu s etickými principy medicíny a existujícími právními předpisy České republiky.
- Z hlediska medicínského, právního a etického není rozdíl mezi nezahájením nebo nepokračováním daného léčebného postupu.
- Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby jsou při správném odborném posouzení postupy, které nelze zaměňovat za eutanázii či úmyslné ublížení na zdraví.

5 Základní principy

- Přijetí pacienta na pracoviště intenzivní péče by mělo být podloženo předpokládaným přínosem poskytované péče, která mu má být na daném oddělení poskytnuta.

- Stanovení rozsahu poskytované léčby musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta.
- Zahájení nebo pokračování jakéhokoliv léčebného postupu, který není odborně odůvodněný, kde neexistuje racionální předpoklad jeho příznivého účinku na celkový průběh onemocnění a kde rizika komplikací, strádání, útrap a bolesti převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je v rozporu s etickými principy medicíny a Chartou práv umírajících. Neexistuje povinnost zahajovat marnou a neúčelnou léčbu nebo v ní pokračovat, pokud je probíhající léčba odůvodněně za takovou označena.
- Zabezpečení fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb pacienta, odstranění pocitů bolesti, strádání a utrpení s respektováním lidské důstojnosti jsou základní priority paliativní péče.

6 Doporučení pro klinickou praxi

- Podnět k zahájení paliativní péče může dát kdokoli z ošetřujícího zdravotnického týmu, z rodiny či okruhu tzv. blízkých pacienta.
- Kdykoliv je to možné, pacientovo přání a názor rodiny či blízkých musí být zahrnuty do rozhodování o zahájení paliativní péče.
- Rodina či blízcí pacienta by měli být do rozhodování co nejvíce zahrnuti, nejlépe ve formě strukturovaného rozhovoru. Delegování odpovědnosti na rodinu či blízké za přijaté rozhodnutí zahájení paliativní péče není ale přípustné.
- Do rozhodování o zahájení paliativní péče by měli být zahrnuti všichni členové (lékaři i nelékařský zdravotnický personál) ošetřujícího zdravotnického týmu (tzv. „shared-approach to end-of-life decision making“ model).
- Výsledek rozhodnutí a zahájení paliativní péče by měly být přijaty konsenzuálně všemi členy ošetřujícího zdravotnického týmu. Pokud není dosaženo konsenzu, odlišné názory by měly být znovu pečlivě posouzeny a zohledněny před formulací závěrečného rozhodnutí. Konečné rozhodnutí je odpovědností ošetřujícího lékaře.
Rodina či blízcí pacienta by měli být do rozhodování co nejvíce zahrnuti, nejlépe ve formě strukturovaného rozhovoru. Delegování odpovědnosti na rodinu či blízké za přijaté rozhodnutí není přípustné.
- V situaci, kdy není dosaženo souhlasu mezi rodinou či blízkými a ošetřujícím zdravotnickým týmem, lze zvážit přizvání jiného nezávislého lékaře nebo etické komise ustanovené pro tento účel.
- Závěrečné rozhodnutí o zahájení paliativní péče je odpovědností ošetřujícího lékaře.
Zahájení paliativní péče a rozhodnutí o nezahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby musí být vždy uvedeno ve zdravotnické dokumentaci jako součást léčebného plánu.
- Zápis do zdravotnické dokumentace před zahájením paliativní péče by měl obsahovat minimálně:

- odborné posouzení zdravotního stavu a medicínské zdůvodnění rozhodnutí zahájení paliativní péče,
- okruh osob, které se na rozhodování o zahájení paliativní péče podílely,
- formulování cílů další péče a léčebného plánu.
- Cíle péče, přínos a rizika plánovaných i probíhajících jednotlivých diagnostických a léčebných postupů by měly být v pravidelných intervalech přehodnocovány a zvažovány (minimálně jednou za 24 hodin). Jakékoliv již přijaté rozhodnutí může být v odůvodněných případech změněno. Záznam o důvodech změny léčebného plánu musí být zaznamenány do zdravotnické dokumentace.
- K zahájení paliativní péče by mělo být přistoupeno vždy až po zápisu do zdravotnické dokumentace a informování rodiny či blízkých pacienta, pokud lze.
- Prioritou léčebného plánu paliativní péče je odstranění známek bolesti, diskomfortu a strádání.
- Léčebný plán paliativní péče musí obsahovat přinejmenším dostatečnou ošetrovatelskou péči a analgosedaci přiměřenou klinickému stavu.
- Přítomnost rodiny či blízkých pacienta by měla být vždy umožněna, pokud ji pacient neodmítá.

7 Seznam základních platných právních předpisů, norem a vybraných prací se vztahem k problematice konsenzuálního stanoviska

- Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava ČR, ve znění změn a doplňků.
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění změn a doplňků.
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů ve znění změn a doplňků.
- Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních ve znění změn a doplňků.
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ve znění změn a doplňků.
- Zákon č. 140/1961 Sb., Trestní zákon ve znění změn a doplňků.
- Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním.
- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění změn a doplňků.
- Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod ve znění změn a doplňků.
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých dalších zákonů ve znění změn a doplňků.
- Zákon č. 96/2001 Sb., Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluva o lidských právech a biomedicině). Vysvětlující zpráva k Úmluvě:

<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Reports/Html/164.htm>.

- Zákon č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník, úvodní ve znění změn a doplňků, ustanovení o způsobilosti a právních úkonech.
- Vyhláška č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a o pohřebnictví, ve znění změn a doplňků.
- Vyhláška 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění změn a doplňků.
- Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících“ (tzv. Charta práv umírajících).
- **Valentin, A., Druml, W., Steltzer, H., Widermann, Ch. J.** Recommendation on therapy limitation and therapy discontinuation in intensive care units: Consensus Paper of the Austrian Associations of Intensive Care Medicine, *Intensive Care Medicine*, 2008.
- Withholding and withdrawing life-prolonging treatments: Good practice in decision-making. http://www.gmc.uk.org/guidance/current/library/withholding_lifeprolonging_guidance.asp
- Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care Challenges in end-of-life care in the ICU. *Resuscitation*, 13, 2004, p. 440–452.
- An official American Thoracic Society Clinical Policy Statement: Palliative Care for Patients with Respiratory Diseases and Critical Illnesses. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 177, 2008, p. 912–927.

8 Seznam autorů

Prof. MUDr. Cvachovec Karel, CSc., MBA (*KAR UK 2. LF a IPVZ ve FN Motol, Praha*), Prof. MUDr. Černý Vladimír, Ph.D., FCCM (*KARIM UK v Praze, LF v Hradci Králové, FN Hradec Králové*),

JUDr. Dostál Ondřej, Ph.D., LL.M. (*Centrum pro zdravotnické právo, 3. LF UK Praha*), Doc. MUDr. Heger Leoš, CSc. (*FN Hradec Králové*), MUDr. Maláška Jan, Ph.D. (*KARIM FN Brno a LF Masarykovy univerzity Brno*), Doc. MUDr. Matějovič Martin, Ph.D. (*1. interní klinika, UK v Praze, LF v Plzni, FN Plzeň*), MUDr. Novák Ivan (*1. interní klinika, UK v Praze, LF v Plzni, FN Plzeň*), MUDr. Pařízková Renata, Ph.D. (*KARIM UK v Praze, LF v Hradci Králové, FN Hradec Králové*), MUDr. Nalos Daniel (*Oddělení intenzivní medicíny, Krajská zdravotní a. s., Masarykova nemocnice Ústí nad Labem*), Doc. MUDr. PhMgr. Payne Jan, Ph.D. (*Ústav pro humanitní studia v lékařství, 1. LF UK Praha*), JUDr. Rožnovská Ludmila (*Fakultní nemocnice Hradec Králové*), MUDr. Rusinová Kateřina (*KARIM 1. LF UK a VFN v Praze*), Prof. MUDr. Ševčík Pavel, CSc. (*KARIM FN Brno a LF Masarykovy univerzity Brno*), Doc. MUDr. Šimek Jiří, CSc. (*Katedra filosofie a etiky v pomáhajících profesích, Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích*), Ing. Mgr. Mgr. Tavel Peter, Ph.D. (*Teologická fakulta Univerzity Palackého, Olomouc*), Mgr. et Mgr. Vácha Marek, Ph.D. (*Ústav lékařské etiky, 3. LF UK Praha*)

Podpořeno částečně Výzkumným záměrem MZO 00179906 (Nové diagnostické indikátory a léčebné postupy v závislosti na různých obdobích života s důrazem na stáří).

Podpořeno částečně Výzkumným záměrem MSM 0021620819 (Náhrada a pospora funkce některých životně důležitých orgánů).

Konsenzuální stanovisko k použití terapeutické hypotermie

(ČSARIM ČLS JEP, ČSIM ČLS JEP, Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP)

1 Základní východiska

- Terapeutická hypotermie prokazatelně zlepšuje klinický neurologický výsledek nemocných po kardiopulmonální resuscitaci pro netraumatickou zástavu oběhu s nálezem komorové fibrilace jako vstupního rytmu.
- Terapeutická hypotermie je považována za standardní součást tzv. poresuscitační péče u nemocných po kardiopulmonální resuscitaci pro netraumatickou zástavu oběhu s nálezem komorové fibrilace jako vstupního rytmu. Použití terapeutické hypotermie lze zvážit i u nemocných po kardiopulmonální resuscitaci pro netraumatickou zástavu oběhu s jiným vstupním rytmem než komorová fibrilace.
- Profylaktické použití terapeutické hypotermie nevede ke snížení smrtelnosti nemocných s kranio-

cerebrálním poraněním, ale její dlouhodobé použití (> 48 h) je u vybraných skupin nemocných spojeno s příznivým ovlivněním klinického neurologického výsledku.

- Použití terapeutické hypotermie u nemocných s nitrolební hypertenzí při akutním selhání jater umožňuje kontrolovat nitrolební hypertenzi, údaje o vlivu na klinický výsledek nejsou k dispozici. Použití terapeutické hypotermie je doporučeno zvážit u nemocných s nitrolební hypertenzí při potenciálně reverzibilním selháním jater nebo jako přemostění do transplantace jater.

2 Doporučení

- Nemocní po kardiopulmonální resuscitaci pro netraumatickou zástavu oběhu s nálezem komorové