
Nerozšiřování a omezování léčby na resuscitačním oddělení – francouzský přístup

Rusinová K.

KARIM 1. LF UK a VFN Praha, Ústav pro humanitní studia v lékařství 1. LF UK, Praha

Souhrn

Problematika etiky resuscitační péče je v posledních letech důležitou otázkou našeho oboru. Patří sem zejména rozhodovací procesy na konci života (end-of-life decisions in ICU), nerozšiřování a omezování léčby (withholding, withdrawing therapy) a komunikace s příbuznými pacienta. Článek přináší komentovaný překlad dvou dokumentů, které mapují vývoj diskuse na toto téma ve Francii. Jedná se o oficiální stanovisko odborné společnosti k otázce omezování léčby z r. 2002 a dále o zákonnou normu upravující práva pacientů na konci života z r. 2005.

Pacienti v pokročilé či terminální fázi onemocnění mají v současné době ve Francii právo odmítnout jakoukoliv léčbu včetně té, která je bezprostředně udržuje při životě. Pokud nejsou kompetentní vyjádřit svou vůli, má ošetřující lékař povinnost v zájmu pacienta zamezit používání těch léčebných postupů, které se staly marnými, tzn. že jsou nepřiměřené a jejich jediným výsledkem je pouze „umělé udržování při životě“.

Klíčová slova: nerozšiřování léčby – omezování léčby – resuscitační oddělení – etika – komunikace

Abstract

Withholding and withdrawing therapy in the intensive care unit – the French approach

Problems related to intensive care ethics have become an important issue during the last few years, in particular end-of-life decisions in the ICU, withholding and withdrawing therapy, and communication with family members. The present article is based on a translation of two documents mapping the development of the discussion and solving these issues in France. It concerns the official attitude of a professional society to the withdrawing of life sustaining therapy in 2002 and the legislative standard defining the patients' rights at the end of life in 2005.

In France, patients in an advanced or terminal stage of their disease are entitled to refuse any treatment including those keeping them alive. If the patients are incompetent to express their will, it is the attending physician's role to omit all treatment considered to be futile, inadequate and believed to lead only to the "artificial sustainment of life".

Keywords: withholding therapy – withdrawing therapy – ICU – ethics – communication

Anest. intenziv. Med., 19, 2008, č. 1, s. 66–68.

1 Úvod

Problematicke etiky resuscitační péče je věnována v odborné literatuře v posledních letech rostoucí pozornost [1]. Ve středu zájmu stojí rozhodovací procesy na konci života (end-of-life decisions in ICU), nerozšiřování a omezování léčby (withholding, withdrawing therapy) a komunikace s příbuznými pacienta [2, 3]. V souvislosti s diskusí na téma eutanázie a asistované sebevraždy, která u nás probíhá na půdě parlamentu a v médiích, se zdá rozumné iniciovat tuto debatu i na půdě odborné. Přínosem a určitou inspirací by mohla být znalost vývoje diskuse a stanovisek jiných evropských odborných společností.

Za svého nedávného studijního pobytu v Paříži jsem měla možnost se detailně seznámit s francouzským přístupem k této problematice [4, 5]. Ve Francii došlo k významnému posunu v těchto otázkách, které se vynořují ruku v ruce s rozvojem vysoce specializovaných resuscitačních technologií. Problém stojí na průsečíku roviny odborně medicínské, etické, morální a právní.

Tento článek přináší:

– komentovaný překlad dokumentu, který vznikl na

půdě Francouzské společnosti anesteziologie a resuscitace v r. 2002;

– komentář k zákonné normě z r. 2005 (vztahující se k právům pacientů na konci života), která byla výsledkem celospolečenské debaty na toto téma.

2 Postoj francouzské společnosti anesteziologie a resuscitace (SFAR) a francouzské společnosti intenzivní medicíny (SRLF) k otázce nerozšiřování a omezování léčby u dospělých pacientů na odděleních resuscitační péče z r.2002

Dokument poskytuje oficiální stanovisko francouzské odborné společnosti k tématu, které je denním problémem na odděleních (týká se více než 50 % pacientů, kteří umírají na odděleních resuscitační péče – údaj z Francie z r. 2000) a zároveň bylo v posledních letech ve středu společenské a mediální debaty.

Stanovisko si klade za cíl:

– chránit pacienta na jedné straně před tzv. marnou léčbou (tj. používáním „nepřiměřeně extenzivní léčby“ na konci života, či „umělým udržováním při životě za každou cenu“) a na straně druhé před eutanázií,

- poskytnout vodítko pro ošetřující týmy v jejich rozhodování o těchto otázkách.

Dokument lze v originále stáhnout na www.srlf.org/download/recom.LATA.pdf. Obsahuje 16 stran textu. Pro tento článek vybírám následující tři aspekty: okolnosti vzniku stanoviska, východiska a hlavní závěry.

2. 1 Okolnosti vzniku stanoviska

Formulace oficiálního postoje francouzské společnosti intenzivní medicíny (SRLF) byla iniciována prezidentem společnosti v říjnu 2001. Byla vytvořena pracovní skupina, jejímiž členy byli 4 lékaři ARO, 2 filozofové, 1 pediatr a 1 psychiatr. Po prostudování dostupné literatury a současných doporučení byla vytvořena první verze textu. Ta byla prezentována a diskutována na francouzském národním kongresu v dubnu 2002, poté schválena výborem francouzské společnosti intenzivní medicíny (SRLF) a francouzské společnosti anesteziologie a resuscitace (SFAR) v červnu 2002. Následně byla publikována v oborovém časopise a prezentována na kongresech. Tématu je ve Francii věnována soustavná pozornost a běžná praxe na odděleních je systematicky vyhodnocována.

2. 2 Východiska

Východiskem pro pracovní skupinu byly následující okruhy textů: právní normy, úvahy a již existující doporučení odborných společností a konečně klinické studie. Úplný seznam těchto textů je uveden v závěru dokumentu (www.srlf.org/download/recom.LATA.pdf). Zde vybírám některé z těch, které jsou pro lékaře méně běžné, a nejsou publikovány v odborném tisku:

- *Code de déontologie médicale*, vydaný francouzskou lékařskou komorou (v českém kontextu je obdobně formulovaný *Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory: Etický kodex*. Celý dokument k dispozici na www.clkcr.cz. Např. v § 2, čl. 7 Etického kodexu se píše: „Lékař u nevyléčitelně nemocných a umírajících účinně tlumí bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanázie a asistované suicidium jsou nepřijatelné.“
- *Doporučení Rady Evropy č. 1418 z r. 1999, „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících“*, tzv. Charta práv umírajících (text v plném znění lze najít např. na webových stránkách FN Motol, FN Ostrava atd.). V tomto dokumentu se říká, že „základní práva odvozená z důstojnosti nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory“ mimo jiné „umělym prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínským postupů, nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného.“
- *Pius XII: Answers to some questions about resuscitation, proslov k anesteziologům dne 24. 11. 1957* (uveden anglický název, česká verze není k dispozici). Tento text se vyjadřuje k povinnosti lékaře zajistit potřebnou péči k udržení života a rozděluje medicín-

ské prostředky použité k tomuto účelu na tzv. řádné a mimořádné. Dále se v něm uvádí, že zastavení resuscitačních postupů je za daných okolností pouze nepřímou příčinou konce života.

- *Francouzský zákon č. 2002-303 z r. 2002 týkající se práv pacientů a kvality systému zdravotní péče* (u nás odpovídá Zákon o péči o zdraví lidu). Z něj vybírám: „Lékař je povinen vhodným způsobem nemocného, popřípadě členy jeho rodiny poučit o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování léčebně preventivní péče“. „Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy“.
- *Encyklika Jana Pavla II Evangelium vitae* [6] uvádí: „V těchto případech, kdy již nastává ohlášená smrt a nelze se jí vyhnout, lze v souladu se svědomím učinit rozhodnutí odmítnout léčení, které nedokáže způsobit nic jiného než prodloužení omezeného a bolestiplného života, ovšem při zachování náležitě péče, která v podobných případech nemocnému přísluší.“

2. 3 Hlavní závěry

Stanovisko SRLF definuje tři základní situace, za kterých je možné zvážit omezení léčby u pacientů hospitalizovaných na resuscitačním oddělení:

- **Pacient nereagující na léčbu.** Rozhodnutí o omezení léčby má za cíl neprodužovat umírání nahrazováním funkce selhávajících orgánů.
- **Pacient s velmi nepříznivou prognózou vzhledem ke kvalitě života.** Pokračování v nahrazování funkce selhávajících orgánů se může jevit jako nepřiměřené.
- **Pacient informovaný a kompetentní si sám přejí ukončit podporu selhávajících orgánů.**

Vždy je nezbytné, aby rozhodnutí o omezení léčby byla přijata ve vši vážnosti, odpovědně, jasně, konsenzuálně a kolegiálním způsobem. Takovému rozhodnutí musí předcházet komplexní posouzení stavu pacienta se všemi relevantními argumenty, se zřetelným a průkazným odůvodněním.

Této debaty se účastní celý ošetřující tým (lékaři, sestry, příslušní konziliáři a další); navíc ve druhém ze tří výše zmíněných případů jsou přizváni rodinní příslušníci pacienta.

Rozhodnutí o omezení léčby v žádném případě neznamená omezení či neposkytování ošetrovatelské péče. Za každé situace je zajištěna její kontinuita.

Je rovněž žádoucí, aby veškeré informace týkající se tohoto procesu byly písemně dokumentovány, kolegiálně sdíleny a aby v rámci ošetřujícího týmu byl vytvářen pravidelně prostor a čas pro reflexi procesu.

Velmi důležitá je kvalitní, adekvátní a otevřená komunikace s blízkými pacienta tak, aby byla zachována důvěra a důvěryhodnost ve vztahu s ošetřujícím týmem. V případě úmrtí pacienta je žádoucí, aby ošetřující tým podpořil rodinné příslušníky, pomohl jim při-

jmout úmrtí jejich blízkého a plně respektoval jejich zámutek.

Jakékoliv podání léků s cílem ukončit život pacienta (např. podání kuraremimetik u neventilovaného pacienta, podání infuze chloridu draselného) není obhajitelné a je právně kvalifikováno jako úmyslné zabití.

Je žádoucí, aby v problematice etiky resuscitační péče byl systematicky prováděn výzkum. Na odděleních, kde se uskutečňují rozhodnutí o omezení léčby, by se měly vyhodnocovat používané postupy.

3 Komentář k francouzské zákonné normě č. 2005-370 z dubna r. 2005, která se vztahuje k právům pacientů na konci života

Po vydání výše zmiňovaných doporučení odborná i společenská diskuse dále pokračovala. Práce expertů z oblasti práva, etiky a medicíny vyústila v návrh zákona, týkající se práv pacientů na konci života, který byl schválen v dubnu r. 2005. Jedná se o sérii úprav ve francouzském zákoně o zdravotní péči.

Zákonná norma je postavena na principu přiznání nových práv pacientovi. Týká se výhradně **pacientů v pokročilé či terminální fázi onemocnění a léčebných postupů, které se staly marnými, tzn. že jsou nepřiměřené a jejich jediným výsledkem je „umělé udržování při životě“**. Důležitou skutečností je, že rozhodování o omezení léčby nesmí být činěna v časové tísní (tato zákonná norma vyžaduje „dobu dostatečně dlouhou k rozhodování o omezení léčby“), tím jsou tedy vyloučeny veškeré urgentní život ohrožující stavy.

Zákon rozlišuje dvě základní situace:

1. Pacient je kompetentní vyjádřit svou vůli.

Zákon zde rozšiřuje povinnost respektovat princip autonomie. Zákon stanoví, že pacient v pokročilé či terminální fázi onemocnění má právo odmítnout jakoukoliv léčbu: umělou plicní ventilaci, dialýzu, umělou výživu či hydrataci atd. *Lékař je povinen respektovat pacientovo přání* i v situaci, kdy zastavení takové léčby může vést ke smrti pacienta. Současně má lékař informovat pacienta o riziku jeho rozhodnutí a nechat mu dostatečný čas na rozmyšlenou. Je jeho povinností zajistit kontinuitu ošetrovatelské péče, adekvátní úlevu od bolesti a paliativní léčbu a vhodným způsobem podpořit rodinné příslušníky.

V takovém případě pak lékař nemůže být obviněn z trestného činu neposkytnutí pomoci (v českém kontextu se jedná o § 207 trestního zákona).

2. Pacient není kompetentní vyjádřit svou vůli.

Jestliže pacient není kompetentní vyjádřit své přání, odpovědnost týkající se omezení léčby, která se stala marnou a jejímž jediným výsledkem je pouze „umělé udržování při životě“, leží v tomto případě na ošetřujícím lékaři. *Omezení takové léčby je považováno za postup, který je v zájmu pacienta*. Diskuse o takovém postupu může být iniciována jak členy ošetřujícího týmu, tak rodinnými příslušníky.

Lékař je při rozhodování povinen respektovat tzv. kolegiální a konsenzuální postup a podrobně jej zazna-

menat do dokumentace pacienta. Jeho podstatou jsou dva základní body:

- a) zjištění přání, která pacient formuloval v době, kdy byl kompetentní*. Jedná o tzv. *advanced directives* formulované pacientem nebo svědectví pacientem pověřené osoby. Pokud ani jedna z těchto možností nevede k cíli, je na řadě pokusit se zjistit pacientovo přání od blízkých příbuzných.
- b) dosáhnutí shody o postupu při omezování léčby v rámci ošetřujícího týmu* (lékaři a sestry). V případě potřeby lze konzultovat postup s praktickým lékařem pacienta či jiným lékařem-specialistou, který se o pacienta staral, případně si vyžádat názor třetího nezúčastněného lékaře.

Samotné rozhodnutí může mít následující obsah:

- nezačínat léčbu případných komplikací,
- určit maximální dobu či dávkování již nasazené léčby,
- zastavit jeden nebo více léčebných postupů,
- zvýšit analgezii a sedaci.

4 Závěr

V uplynulých měsících se v České republice rozvinula široká diskuse na téma eutanázie, asistovaná sebevražda a terminální péče o pacienty. Ukazuje se, že existuje velká potřeba tříbení názorů v této problematice.

Ačkoliv každá země má odlišný legislativní rámec a různý stupeň priority této otázky, a to i v rámci Evropské unie, lze se nepochybně inspirovat zkušenostmi ze zahraničí. I když je francouzská legislativa nepřenosná do českého prostředí, byla by škoda nezohlednit francouzský přístup jako jeden z možných zdrojů inspirace.

Literatura

1. Carlet, J., Thijs, L. G. et al. Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. *Intensive Care Med.*, 2004, 30, p. 770–784. (dostupné na: www.srlf.org/Data/ModuleGestionDeContenu/application/577.pdf)
2. Davidson, J. E., Powers, K. et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit. Care Med.*, 2007, 35, p. 605–622.
3. Lautrette, A., Darmon, M. et al. A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU. *N. Engl. J. Med.*, 2007, 356, p. 469–678. (free fulltext na www.nejm.org)
4. Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte. Doporučení SRLF, ke stažení na www.srlf.org/download/recom.LATA.pdf.
5. Recommendations de bonnes pratiques cliniques concernant l'application de la loi N.2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Dokument ke stažení na www.sfar.org/s/IMG/pdf/recosfdv0606.pdf
6. Jan Pavel II. *Evangelium vitae „O životě, který je nedotknutelné dobro“*, encyklika z 25.3. 1995, Zvon, České katolické nakladatelství : Praha, 1995.

Adresa pro korespondenci:

MUDr. Kateřina Rusinová

KARIM VFN

U Nemocnice 2

120 00 Praha 2

e-mail: kaca.urbanova@seznam.cz