

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V PLZNI**

Ústav sociálního lékařství

MUDr. Renata Pařízková

**ROZHODOVACÍ PROCESY A KVALITA
ŽIVOTA NEMOCNÝCH V INTENZIVNÍ PÉČI**

End-of-life decision making and quality of life in
critically ill patients

Disertační práce k získání akademického titulu Ph.D.

Plzeň 2008

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

LÉKAŘSKÁ FAKULTA V PLZNI

Ústav sociálního lékařství

MUDr. Renata Pařízková

**ROZHODOVACÍ PROCESY A KVALITA
ŽIVOTA NEMOCNÝCH V INTENZIVNÍ PÉČI**

End-of-life decision making and quality of life in
critically ill patients

Disertační práce k získání akademického titulu Ph.D.

Plzeň 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto doktorskou disertační práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací se školitelem disertační práce a ostatními odborníky v oboru.

Souhlasím s nahlížením a zapůjčováním disertační práce pro oponentní činnost, studijní potřeby a autorské citace, s evidencí vedenou Děkanátem a Ústavem sociálního lékařství LF UK v Plzni. Souhlasím, aby disertační práce byla poskytnuta digitálnímu zpracování a zpřístupněna veřejnosti.

.....

Poděkování

Poděkování autorky patří

Doc. MUDr. Heleně Zaváralové, CSc. za odborné vedení a vstřícný přístup,

Doc. MUDr. Vladimíru Černému, Ph.D., FCCM za nasměrování k tématu, cenné rady a připomínky,

a JUDr. Ondřejovi Dostálovi, Ph.D., LL.M. za právní konzultace,

bez nichž by tato práce nemohla vzniknout.

OBSAH

1	ÚVOD DO PROBLEMATIKY	2
1.1	TERMINOLOGIE	4
1.2	HISTORIE VÝVOJE NÁZORŮ	6
1.3	ROZHODOVACÍ PROCESY A KVALITA ŽIVOTA Z POHLEDU MEDICÍNY	8
1.3.1	Rozhodovací procesy	8
1.3.2	Kvalita života	9
1.4	VYBRANÉ PRÁVNÍ ASPEKTY	17
1.4.1	Listina základních práv a svobod	18
1.4.2	Úmluva o lidských právech a biomedicině	21
1.4.3	Trestní zákon	26
1.4.4	Zákon o péči o zdraví lidu	29
1.4.5	Zákon o veřejném zdravotním pojištění	35
1.4.6	Charta práv umírajících	36
1.4.7	Organizace paliativní péče	41
1.5	ZÁKLADNÍ PRINCIPY LÉKAŘSKÉ ETIKY	43
1.6	KATEGORIZACE NEMOCNÝCH	45
1.7	EUTANÁZIE, ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA	49
2	CÍLE A METODIKA PRÁCE	51
3	VLASTNÍ PRÁCE	53
3.1	FORMULACE VÝCHODISEK PRO ROZHODOVACÍ PROCESY	54
3.1.1	Komentář	55
3.1.2	Naplnění cílů - shrnutí	57
3.2	POSOUZENÍ UKAZATELŮ KLINICKÉHO VÝSLEDKU	58
3.2.1	Komentář	59
3.2.2	Naplnění cílů - shrnutí	61

3.3	POSOUZENÍ VÝŠE NÁKLADŮ U NEMOCNÝCH V INTENZIVNÍ PÉČI.....	62
3.3.1	Komentář	63
3.3.2	Naplnění cílů - shrnutí	64
3.4	NÁZORY LÉKAŘŮ ARO/JIP K OTÁZKÁM OMEZENÍ LÉČBY.....	65
3.4.1	Komentář	66
3.4.2	Naplnění cílů - shrnutí	71
3.5	KONSENSUÁLNÍ STANOVISKO PRO ROZHODOVACÍ PROCESY V PRAXI.....	72
4	ZÁVĚRY PRO PRAXI	73
5	LITERATURA.....	81
6	PUBLIKAČNÍ ČINNOST SE VZTAHEM K TÉMATU	88
7	PŘÍLOHY.....	92

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARDS	Acute Respiratory Distress Syndrome
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
DNR	Do not resuscitate
EOLD	End-of-life decision
IP	Intenzivní péče
ICU	Intensive Care Unit
JIP	Jednotka intenzivní péče
KPCR	Kardiopulmocerebrální resuscitace
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NHP	The Nottingham Health Profile
NYHA	New York Heart Association
OSN	Organizace spojených národů
PAS	Physician-assisted suicide
PTSS	Posttraumatic Stress Syndrom
QOL	Quality of life
TW	Terminal weaning
UPV	Umělá plicní ventilace
WD	Withdrawing treatment
WH	Withholding treatment

1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY

V posledních desetiletích došlo k významnému rozvoji medicíny díky aplikaci nových technologií ve všech lékařských oborech. Mezi obory, které doznaly nejvýraznějšího rozvoje patří i intenzivní medicína, kde zavedení nových diagnostických a terapeutických postupů zvýšilo možnost přežití mnoha nemocných a významně pozměnilo naše vnímání orgánového postižení či selhání. Intenzivní a resuscitační péče je v demokratické vyspělé společnosti poskytována na principu solidarity zdravotnického systému, protože intenzivní péče představuje mimořádně nákladnou součást zdravotní péče, její podíl na nemocničních výdajích dosahuje až 30% a významně tak ovlivňuje ekonomiku zdravotnických zařízení (1, 2, 3, 4, 5). Uzavřený systém financování zdravotnictví vede k trvale se zvyšujícímu tlaku na efektivitu poskytované péče ve všech jejích segmentech a sledování nákladů na zdravotní péči spolu se snahou o jejich účelné rozdělování je společným zájmem nejenom plátců, ale i poskytovatelů zdravotní péče. Stále narůstající nepoměr mezi možnostmi současné lékařské vědy a dostupnými zdroji je zřetelnější a ekonomické aspekty intenzivní péče se stávají jedním z faktorů rozhodovacích procesů v klinické praxi (6, 7).

Rozmach intenzivní medicíny sebou přinesl nejen možnost příznivého ovlivnění dříve neřešitelných stavů, současně ale sebou přinesl zcela nové problémy medicínské, etické i ekonomické. Intenzivní medicína díky novým technologiím je schopna při využití maximálního úsilí udržovat při životě jedince, kteří by bez její pomoci v krátké době zemřeli. Pokud jsou všechny postupy vynakládány tam, kde se jeví perspektiva zvládnutí stavu jako reálná a odůvodněná, kdy nemocný příznivě reaguje na léčbu a porucha jeho orgánových funkcí je považován za reverzibilní, neměl by v naší společnosti existovat jediný důvod pro omezení léčebného úsilí. Složitější situace nastává v případě, kdy přes poskytování intenzivní léčebné péče dochází k trvalé progresi stavu se ztrátou integrity orgánových funkcí a další pokračování terapeutických a diagnostických postupů se jeví jako zcela marné bez reálného předpokladu zlepšení stavu. Pokračování v léčebných postupech v těchto případech nemůže vést k zachování života a kvality života nemocného, může vést pouze k prodlužování utrpení a strádání postiženého a v tomto kontextu i k porušení základních etických principů medicíny. Poskytování neadekvátní, život uměle prodlužující léčby s použitím všech prostředků může být i v rozporu se zajištěním důstojnosti umírajícího. Na poskytování neadekvátní marné a neúčelné léčby nelze nahlížet jako na poskytování všech dostupných prostředků k zachování života a zdraví jedince, ale jako na umělé prodlužování umírání s utrpením a strádáním nemocného, což je v přímém rozporu s etickými principy medicíny. Lékař se nesmí v žádném případě podílet na umožnění strádání a utrpení nemocného, ale naopak v případě neřešitelného zdravotního stavu musí

nemocnému zajistit především důstojné prostředí, důstojný přístup všech osob v jeho okolí s důstojným zacházením. K zajištění důstojnosti patří i zabezpečení základních fyzických, psychologických, sociálních a duchovních potřeb nemocného včetně eliminace pocitu diskomfortu, bolesti, dušnosti, žízně a hladu.

Úvahy nad případným omezením rozsahu poskytované péče zahrnují nejenom otázku dalšího nerozšiřování stávajících postupů orgánové podpory, ale i jejich případné odejmutí či vysazení (8, 9). Diferenciace rozsahu péče podle stavu a prognózy nemocného se tak stává nedílnou součástí léčebného plánu. Problematika hledání medicínsky odůvodněného, etické principy a právní normy neporušujícího rozsahu péče u nemocných se známkami ireverzibilního multiorgánového selhání představuje jeden ze široce diskutovaných okruhů nejenom v intenzivní péči, ale i v celé současné medicíně. Etické a právní aspekty péče tak výrazně zasahují do odborných rozhodovacích procesů a podílejí se na určování diagnosticko-léčebných postupů. Úvahy nad případným omezením rozsahu poskytované péče (tzv. end of life decisions, EOLD) u pacientů, kde by další léčba vedla pouze k prodlužování ireverzibilního stavu při neměnné nepříznivé prognóze klinického výsledku se stávají součástí denní klinické praxe (8). Přestože většina pracovišť typu jednotek intenzivní péče (JIP) nebo resuscitačních oddělení (ARO) realizuje v různé míře a podobě omezení některých součástí terapie včetně postupů orgánové podpory, jako je podpora oběhu katecholaminy či náhrada funkce ledvin hemodialýzou, postup umělé plicní ventilace (UPV) zůstává v převážné většině případů zachován, a to i v situacích, kde je vysazena veškerá ostatní terapie a kdy se mluví o tzv. basální terapii, jejíž obsah nebyl nikdy jednoznačně definován. Pojetí umělé plicní ventilace jako nezbytné a neodstranitelné součásti péče o nemocné v terminálním stavu prochází v poslední letech velmi výraznou změnou, jejíž výsledkem je realizace ukončování umělé plicní ventilace ve vymezených případech (10, 11, 12, 13, 14). Ukončování (vysazení, odejmutí) ventilační podpory je chápáno jako součást komplexního pojetí ukončování postupů orgánové podpory u nemocných, kde došlo k ireverzibilnímu selhání životních funkcí a smrt je přirozeným vývojem nevyléčitelného onemocnění nikoliv nepříznivým výsledkem neúspěšné léčby (12). Odejmutí léčebných postupů je nutné tedy chápat ne jako ukončení indikované léčby, ale jako nepokračování ve zcela marných, neúčelných a z medicínského hlediska neindikovaných postupech se současným zajištěním léčebných a ošetrovatelských postupů, které jsou odpovídající zdravotnímu stavu nemocného a vedou k uspokojování jeho potřeb.

1.1 Terminologie

V rámci rozhodovacích procesů je stanoven takový rozsah léčebných, diagnostických a ošetrovatelských postupů, který vyžaduje zdravotní stav nemocného. Rozhodování je prováděno denně u lůžka nemocného či v ambulanci, kdy lékař rozhoduje, zda ten či onen postup, ten či onen lék je pro daného nemocného z medicínského hlediska indikovaný. Rozhodovací procesy jsou rutinní součástí klinické praxe a součástí denního léčebného plánu. V případě omezení léčby v důsledku absence její účinnosti a tedy i indikace byly do praxe zavedeny obecné pojmy usnadňující začlenění nemocného do kategorie, která obsahovala omezený výčet léčebných a diagnostických postupů (15). Kategorie nemocných s omezením léčby byly nazývány jako paliativní léčba, bazální terapie, racionální léčba apod. Konkrétní obsah či náplň kategorií nejsou legislativně ani jiným způsobem stanoveny. To znamená, že musí být určeno, které postupy jsou a budou prováděny v určité kategorii a které nikoliv. V anglosaské literatuře jsou užívány termíny „withholding treatment“ (WH), který představuje nerozšiřování či nenasazení nového léčebného postupu (nezahájení hemodialýzy v případě selhání ledvin apod.). Pro ukončení či vysazení (9, 16, 17) postupu orgánové podpory je používán termín „withdrawing treatment“ (WT). Nejstarší kategorie „do not resuscitate“ (DNR) je součástí postupu nerozšiřování léčby, kdy v případě srdeční zástavy nebude zahájena kardiopulmonální resuscitace. Při ukončování ventilační podpory je užíván termín „terminal weaning“ (TW), tedy terminální odpojování od ventilátoru, které představuje snižování až ukončení ventilační podpory (10, 11). Jedná se o konkrétní naplnění pojmu ukončení či vysazení podpory orgánové funkce.

Používané termíny v praxi:

1. *standardní (plná, maximální) terapie*

Rozsah poskytované péče reflektuje: (a) aktuální názor medicíny na diagnosticko-léčebný postup u daného klinického stavu (*lege artis* postupy, doporučení, standardy), (b) dostupnost těchto postupů v daném zdravotnickém zařízení, (c) aktuální stav nemocného s ohledem na předchorobí, dosavadní vývoj a předpokládanou prognózu i z dlouhodobého hlediska. Ošetřující lékař se snaží využít všech dostupných postupů, metod a farmak, které jsou v daném okamžiku k dispozici a které považuje za indikované.

2. *Nerozšiřování nastavené terapie (withholding)*

Na základě písemně zdokumentované 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 s ohledem na stav a prognózu nemocného. Součástí tohoto rozhodnutí je i případná ordinace DNR.

3. Omezení terapie (*withdrawing*)

U nemocných s přesvědčivými známkami nepříznivého vývoje a nepříznivé prognózy není pokračováno v již zahájených terapeutických postupech, které jsou považovány za marné, neúčelné a neindikované. Terapeutické a ošetrovatelské cíle jsou zaměřeny na odstranění pocitů diskomfortu, bolesti, hladu, žízně a dušnosti se zvýšeným důrazem na uplatnění lidského, citlivého, důstojného a maximálně etického přístupu, včetně umožnění přítomnosti příbuzných a blízkých u lůžka nemocného.

Terminologie používaná v odborné literatuře v souvislosti s „end-of-life decisions“

- *nemocný v terminálním stádiu onemocnění (terminally ill patient)* – nemocný v konečném stádiu onemocnění, které není slučitelné se životem
- *kompetentní nemocný* – nemocný bez poruchy vědomí, schopen plného porozumění informací o svém zdravotním stavu, schopen udělení informovaného souhlasu a rozhodování o své osobě
- *nekompetentní nemocný* – nemocný s poruchou vědomí, neschopen posouzení a rozhodování o své osobě pro svůj aktuální zdravotní stav, není schopen informovaného souhlasu
- *rozhodovací procesy na konci života (end-of-life decisions, EOLD)*
- *nezahajovat resuscitaci (do not resuscitate, DNR)* – nezahájení kardiopulmonální resuscitace v případě srdeční zástavy
- *nerozšiřování léčby (withholding treatment, WH)* – nenasazení či nerozšiřování léčby/postupů orgánové podpory
- *vysazení léčby (withdrawing treatment, WD)* – vysazení léčby/postupů orgánové podpory
- *ukončování ventilační podpory (terminal weaning, TW)* - snižování ventilačních parametrů, odpojení od ventilátoru (součást withdrawing treatment, bývá mnohdy vnímáno samostatně)
- *pomoc/asistence při umírání (assistance in dying, assisted dying)* je nejširším konceptem zahrnující jakoukoliv osobu či instituci, která napomáhá či asistuje při umírání a všechny způsoby pomoci při umírání včetně asistované sebevraždy a eutanázie.

- *lékařem asistovaná smrt (physician-assisted death)*- všechny druhy pomoci při umírání, na kterých se nějakým způsobem podílí lékař
- *lékařem asistovaná sebevražda (physician-assisted suicide, PAS)* - část výše uvedeného konceptu, kdy se lékař podílí např. předepsáním letálních dávek léků či přípravou infuze smrtících léků, vlastní aplikace je prováděna pacientem
- *eutanázie* – usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou než pacientem samým a to na jeho vlastní žádost
 - *aktivní eutanázie* – synonymum k eutanázii
 - *pasivní eutanázie* – urychlení smrti z důvodu neprovádění či ukončení léčebných úkonů
 - *nepřímá eutanázie* – uspíšení smrti nemocného jako vedlejší účinek léčby (zvyšující se dávky analgetik)

Termínům „pasivní či aktivní“ eutanázie je nutné se v odborné literatuře vyhnout, přestože jsou často používány. Právní systém České republiky pojmy „aktivní či pasivní“ eutanázie nezná. Eutanázie představuje usmrcení člověka ze soucitu na jeho vlastní žádost jinou osobou. V případě „pasivní eutanázie“, kdy tento termín je používán pro ukončení léčebných postupů, které může vést k urychlení smrti nemocného, nejsou splněny dva základní atributy eutanázie: nejedná se o žádost nemocného a především cílem ukončování postupů orgánové podpory není, na rozdíl od eutanázie, usmrcení člověka. Termín „pasivní eutanázie“ je tedy zcela nesprávný a zavádějící, a neměl by být vůbec používán. Pokud neexistuje pasivní eutanázie, logicky nemůže existovat ani eutanázie aktivní.

1.2 Historie vývoje názorů

Intenzivní medicína se díky rychlému rozvoji vědy stala jedním z nejmladších nových oborů, který přinesl obrovské možnosti pro kriticky nemocné umožňující zvýšení přežívání pacientů, jejichž zdravotní stav byl v předešlých letech považován za neřešitelný. Zavádění nových technologií a farmak s nutností i vysokého počtu ošetřujícího personálu je spojeno s významnými náklady, které jsou v této sféře spotřebovávány. Část zdravotnické a laické veřejnosti nabyla falešného optimismu, že možnosti medicíny jsou neomezené, že lze lidský život prodlužovat téměř do nekonečna bez ohledu na další aspekty, jako je kvalita života, přání nemocného. Současně dochází k nerozpoznání situace, kdy už se z medicínského hlediska nejedná o prodlužování života, ale o prodlužování umírání s utrpením a strádáním, které konečné stadium života provází. Tyto zcela nové problémy a otázky zpočátku nebyly řešeny, nicméně hlavním spouštěčem pro diskuse v oblasti rozhodování o pokračování či

nepokračování léčebných postupů v intenzivní medicíně byly narůstající ekonomické výdaje v prostředí omezených zdrojů. Nově vzniklý termín „alokace zdrojů“ představuje snahu o účelné rozdělení a směřování lidských a ekonomických zdrojů tam, kde lze očekávat reálnou naději na zlepšení stavu či obnovení přijatelné kvality života při současném omezení terapie v situacích, kde by další léčba (podpora orgánových funkcí) vedla pouze k prodlužování ireverzibilního stavu, tj. oddálení (zadržetí) smrti (1, 2, 4). Účelné rozdělování dostupných zdrojů vyžaduje velmi odpovědné rozhodování ze strany poskytovatelů zdravotní péče a může představovat v některých situacích silné osobní profesionální a morální dilema. Obtížnost takovýchto rozhodování je dále umocněna tlakem plátců zdravotní péče a ekonomů zdravotnických zařízení, jejichž mnohdy zjednodušené vnímání celé problematiky je ovlivněno zejména absencí reálné odpovědnosti za konkrétního nemocného. Hlavním etickým aspektem kategorizace je neprodužovat umírání a útrapy nemocného v situacích, kde se léčba jeví jako tzv. marná, pouze prodlužující umírání a kde není reálný předpoklad dobrého výsledku nejenom z pohledu přežití či nepřezítí nemocného, ale i s ohledem na dosažení „přijatelné“ kvality života. Limitace léčby ale nebyla na poli medicíny nic nového, o těchto otázkách bylo hovořeno již v oblasti onkologie, kde bylo do praxe zavedeno neprovádění kardiopulmonální resuscitace („do not resuscitate“, DNR) u nemocných v terminálním stadiu onkologického onemocnění (18), kde srdeční zástava a smrt nemocného byly vnímány jako přirozený vývoj základního onemocnění. Kategorie DNR je v praxi aplikována i dnes a představuje postup, kdy v případě srdeční zástavy terminálně nemocného nebude zahájena kardiopulmonální resuscitace (19). V literatuře se objevují pojmy, které představují v obecném pohledu určité zúžení léčby – terapie bazální, paliativní, racionální apod. V kontextu uvedeného sledu se může zdát vývoj „peníze – omezení léčby“ jako neetické. Nicméně je nutné zdůraznit, že ekonomické náklady sice stály na začátku diskusí i vlastní realizace limitace neúčinné a marné léčby v praxi, ale současně byla tímto spuštěna rozsáhlá, otevřená, komplexní diskuse nejen o limitaci léčby, která se jeví jako marginální součást celého problému, ale obecně o etických otázkách ve všech aspektech intenzivní medicíny. Do diskuse a praktického provádění, které se vždy musí pohybovat ve vymezeném právním rámci a které je v jednotlivých zemích různé, vstupují aspekty filosofické, kulturní, sociální či náboženské, významně ovlivňující pohled na danou problematiku (20). V anglosaské literatuře a zcela sporadicky v českém písemnictví se začaly vyskytovat práce o limitaci léčby, která je v obecném významu vnímána jako nerozšiřování léčby, či postupů orgánové podpory nebo jako vysazení či nepokračování léčby, tedy ukončení postupů orgánové podpory. Současně se rozvíjely názory o omezení jednotlivých léčebných postupů, kdy z obecného hlediska

není rozdíl mezi vysazením katecholaminů, hemodialýzy či ventilační podpory u nemocných s umělou plicní ventilací. Nicméně názory veřejnosti i lékařů se různí a např. ukončení ventilační podpory je pro některé lékaře nepřijatelné, přestože není právního ani etického rozdílu mezi vysazením jednotlivých postupů orgánové podpory (10, 21). Rovněž byly zahájeny diskuse o vysazení nutriční a infuzní podpory (22), která se zdá být přijatelná pod podmínkou, že nemocný nesmí cítit pocit hladu či žízně. Nedodržení těchto principů je považováno za eticky nepřijatelné. Způsoby omezení léčby byly veřejností a i osobami ze zdravotnického prostředí vnímány a nesprávně zaměňovány s termínem eutanázie (23, 24). Pouze důsledným vysvětlováním, uplatňováním právních a etických principů a hlubokými odbornými medicínskými znalostmi lze trpělivě vysvětlovat rozdíly, které vyplývají z cílů léčebných postupů ať už v jakémkoliv rozsahu. Mezi tyto cíle patří zachovat život a zdraví nemocného, nicméně pokud tyto cíle nelze uskutečnit, je nutné cíle přehodnotit a stanovit nové. U těchto nemocných naše léčebné a pečovatelské úsilí směřuje k odstranění strádání, utrpení, dystanázie, žízně, hladu a bolesti. Cílem léčebného úsilí je zajištění komfortu nemocného s umožněním přítomnosti rodiny a blízkých, důstojnosti jako základního práva jedince. Během dvou desítek let se názory na problematiku omezování léčby, na jejímž začátku byly narůstající ekonomické náklady postupně změnila a staly se součástí komplexního přístupu k nemocným v terminálním stadiu jeho onemocnění, objevil se nový obor zvaný paliativní medicína, který zasahuje i do oblasti intenzivní péče (25, 26, 27). Ve světle dnešního poznání se jeví pojmy omezování, nerozšiřování či limitace léčby jako pojmy, které jsou ve své podstatě nesprávné a svým způsobem i zavádějící. V lidském myšlení pojem „omezování“ většinou implikuje cosi nesprávného a negativního, že je odebráno něco, na co má člověk právo a co mu náleží. Ve skutečnosti omezování léčby není nic jiného, než poskytování terapeutických, diagnostických, ošetrovatelských a pečovatelských postupů v rozsahu, jaký vyžaduje zdravotní stav nemocného. Jedná se o úplně stejný postup jako u jiných nemocných, kde rozsah všech uvedených postupů je také přizpůsoben zdravotnímu stavu pacienta, kdy marné a neúčelné postupy nejsou indikovány.

1.3 Rozhodovací procesy a kvalita života z pohledu medicíny

1.3.1 Rozhodovací procesy

Rozhodovací procesy v medicíně jsou každodenní součástí klinické praxe aniž si to mnozí zdravotničtí pracovníci či nemocní uvědomují. Každé rozhodnutí o nasazení určité skupiny léku k léčbě základního onemocnění, výběr konkrétního léku z dané skupiny, stejně tak jako rozhodnutí o chirurgickém invazivním výkonu či diagnostickém vyšetření více či méně

invazivním jsou základní náplní lékařské péče o nemocné a představují denodenní rozhodování, zda je či není pacientovi z objektivních důvodů určitý postup či farmakum indikováno. Nenasazení léku, pokud není indikován, je postup, o kterém rozhoduje lékař na základě odborného posouzení stavu a z obecné roviny je nenasazení např. antibiotika u chřipkového onemocnění, kde jistě není indikováno, na stejné úrovni jako nezahájení hemodialýzy u nemocného se selháním ledvin z důvodu irreverzibilního kardiogenního šoku, kdy náhrada funkce ledvin nemůže ovlivnit jednoznačně nepříznivý klinický výsledek u nemocného s terminálním selháním funkce myokardu. Rozhodování o léčebných postupech se týká nejen nasazení terapie či postupu, ale i jeho vysazení či ukončení provádění v případě, že se daný postup jeví jako nepřínosný pro nemocného a kdy rizika postupu převyšují přínos terapie (28, 29). Bohužel postupy ukončování či nepokračování léčebných postupů mohou být vnímány jako neoprávněné ukončování něčeho, co nemocný musí dostat. Opak je ale pravdou, protože pacient v jakémkoliv zdravotním stavu musí dostat takovou léčbu a takovou péči, která je jeho zdravotnímu stavu adekvátní, je v souladu s nejnovějšími lékařskými poznatky a je v souladu s právními a etickými principy. Jedná se především o odborné posouzení a rozhodnutí, který postup a léčba budou aplikovány v zájmu zachování zdraví a kvality života nemocného. Nerozšiřování léčby je zcela oprávněný krok, kdy neděláme to, co je v dané situaci zcela marné a neúčelné. Má-li pacient pneumonii, neuvažujeme o operaci asymptomatické tříselné kýly, přestože by si to nemocný přál. To ale neznamená, že pacienta omezujeme, jen neuvažujeme o krocích z hlediska aktuálních potřeb pacienta neúčelných. Omezení již probíhající léčby, která se jeví neúčelná, neznamená, že chceme pacientovi něco odejmout, ale chceme přestat provádět neúčelné kroky a je nutno zdůraznit, že ekonomický aspekt v tomto kontextu nehraje žádnou roli. Ukončení neúčelných postupů musí být následováno rozhodnutím o vymezení medicínských cílů, kterými již není zachování života a zdraví nemocného, protože to není možné, ale zamezení pocitu bolesti, dušnosti, žízně a diskomfortu nemocného (30). Cílem této snahy není a v žádném případě nesmí být urychlení průběhu choroby, ale umožnění přirozeného průběhu onemocnění. Smrt nemocného v tomto kontextu nemůže být chápána jako nepříznivý klinický výsledek léčby, ale jako neodvratitelný vývoj terminálního stadia základního onemocnění.

1.3.2 Kvalita života

S rozvojem celé medicíny v posledních desetiletích dochází i v oblasti intenzivní péče (IP) k výraznému rozšíření diagnostických a terapeutických možností, které zásadním způsobem

ovlivňují možnosti přežití stavů pacientů, spojených s přechodným selháním orgánových funkcí. Náklady na intenzivní/resuscitační péči tvoří významnou část nemocničních prostředků, ve vyspělých zemích mají jednoznačně vzestupný trend a ekonomické aspekty intenzivní péče se stávají nedílnou součástí všech diskusí, zabývajících se rozsahem poskytované zdravotní péče s ohledem na dosažený klinický výsledek léčby. Stoupající zájem a pozornost jsou zaměřeny jak na hledání cest a způsobů efektivního využití „lidského“ potenciálu a dostupných ekonomických zdrojů (tzv. „clinical pathways“), tak na definování ukazatelů, umožňujících v maximální možné míře predikovat nejenom očekávanou mortalitu, ale i případný stupeň dosažené kvality života (QOL) s cílem usnadnit rozhodovací procesy u nemocných s předpokladem nepříznivého klinického výsledku (31, 32).

V literatuře se stále častěji objevují práce, které se snaží hodnotit výsledky intenzivní péče v časovém odstupu po propuštění z jednotek intenzivní a resuscitační péče (intensive care unit, ICU), kdy přežití nemocných se pohybuje kolem 76%, po 6 měsících klesá na 61% a po 1 roce dokonce na 51% (33), dle jiných autorů se dlouhodobé přežívání nemocných neliší od zdravé populace (34, 35). Rozhodujícími faktory ovlivňující mortalitu jsou kromě primární příčiny vedoucí k přijetí do intenzivní péče především *věk a výchozí zdravotní stav* (36, 37).

Definice kvality života

Klinický výsledek v intenzivní péči byl v minulosti hodnocen převážně z hlediska přežití či nepřežití a celkový zdravotní stav byl posuzován většinou jen v souvislosti s hodnocením stupně orgánové dysfunkce v průběhu kritického stavu. Povaha základního onemocnění a zjištění funkční výkonnosti se staly hlavní náplní prvních dotazníků, které zjišťovaly zdravotní stav jednotlivých skupin nemocných. Fyzický funkční stav byl hodnocen za použití objektivních, měřitelných parametrů (např. ujití určité vzdálenosti, vyjití schodů, běžná denní činnost) a v tomto smyslu byl pojem zdravotní stav v odborné literatuře zaměňován za pojem kvalita života.

V současném pojetí je nutno pojem „kvalita života“ posuzovat především prostřednictvím subjektivního hodnocení vlastního zdravotního stavu a prožívání osobního života individuálním nemocným. Kvalita života je odrazem způsobu, jakým nemocný cítí, vnímá, prožívá a hodnotí svůj aktuální zdravotní stav a kde hraje velkou roli řada dalších vlivů a faktorů vnějšího prostředí (kulturní, sociální, společenské, rodinné, duchovní).

Kvalita života představuje míru individuálního vnímání (prožívání) života v lidské společnosti a musí být definována dvěma základními okruhy - objektivní funkce a subjektivní pocit zdraví (55).

Pohled nemocného na vlastní zdravotní stav je ovlivněn řadou dalších faktorů (bolest, průvodní onemocnění, obavy, stres, funkční omezení, finanční těžkosti vyplývající z omezení pracovní schopnosti, narušené sociální, pracovní a rodinné vazby, víra) (32). Subjektivní hodnocení vlastního zdraví může být ovlivněno i psychologickými faktory (typ osobnosti, povahové rysy aj.), které se zdravotním stavem nemusí být v přímé souvislosti. Významný je i časový faktor, který se může podílet na změně životních cílů, priorit a kritérií „kvalitního“ života a jeho úloha se uplatňuje především u chronických stavů. Z hlediska měření kvality života je nutné získat a posoudit všechny dosažitelné subjektivní a objektivní údaje, umožňující zhodnocení jak tělesného, tak duševního zdraví jedince.

Duševní (mentální) zdraví je v souvislosti s „kvalitou života“ nejčastěji definováno jako absence psychického napětí, strachu, patologického smutku (deprese), nadměrné a labilní emotivity, součástí definice bývá i přítomnost pozitivních emocionálních a sociálních vazeb.

Měření kvality života

V posledních letech jsou publikovány práce, které se zabývají hodnocením kvality života nemocných hospitalizovaných na ICU v časových intervalech 6-24 měsíců od propuštění. Dosaženou kvalitu života lze hodnotit pomocí dotazníků, které nemocný vyplňuje sám, nebo je možné získat data telefonicky. Současně jsou hledány skórovací systémy hodnotící závažnost stavu nemocného a predikující jeho přežití (APACHE II, SAPS, Mortality Probability Models a další) (57).

Získání validních informací ze všech oblastí kvality života

První studie se zabývaly především fyzickou stránkou nemocných a jejich soběstačností. Později byly tyto práce kritizovány za to, že jejich součástí nebylo hodnocení parametrů, které někteří nemocní nadřazují motorickým schopnostem, jednalo se o oblasti emocionální, možnosti opětovného rodinného, sociálního a pracovního zařazení. Vznikly nové typy dotazníků, které se svými parametry snaží postihnout maximum oblastí, vztahujících se ke kvalitě života (38, 56).

Způsob získávání informací

Diskutovaným problémem v hodnocení kvality života je metodika získávání informací a jejich porovnání s výchozími údaji. Poměrně snadno lze získat údaje u nemocných na odděleních standardní péče, obtíže nastávají u nemocných na ICU, kde je ve většině případů prakticky nemožné získat požadované údaje v potřebné kvalitě. Odpovědi rodinných příslušníků na stav před přijetím na ICU se shodují více v otázkách objektivních (motorika, soběstačnost, fyzická výkonnost), v oblasti subjektivních parametrů (psychika, emocionální složky) bývají odpovědi často výrazně zkreslené a postrádající dostatečnou výpovědní hodnotu (42).

Při sledování dlouhodobých výsledků kvality života nemocných po hospitalizaci na ICU je využíváno srovnání kvality života s kontrolní skupinou zdravé populace v daných věkových kategoriích (39, 40, 41). Tímto způsobem neposuzujeme změnu kvality života nemocného z období před inzultem a za daný časový úsek po něm, ale hodnotíme jeho zdravotní stav a jeho vývoj se zdravotním stavem a jeho vývojem ostatní populace. Dle většiny publikovaných prací je z dlouhodobého hlediska kvalita života ovlivněna především věkem, závažností akutního stavu a výchozím zdravotním stavem.

Sledování dosažené kvality života musí obsahovat:

- objektivní ukazatele (fyziologické funkce, funkční kapacita)
- subjektivní ukazatele (emoce, nálady, pocity)

Základní obecná kritéria dotazníku

- univerzálnost (pro všechny typy kriticky nemocných)
- validita
- spolehlivost (reliabilita) – schopnost opakovatelnosti výsledků
- možnost vyplnění dotazníku příbuznými nemocného v případě nemožnosti zodpovězení otázek přímo nemocným
- numerické vyjádření sledovaných ukazatelů (možnost skorování)
- jednoduchost a rychlost vyplnění, umožňující rutinní použití

Používané typy dotazníku

Ke sledování kvality života jsou používány dotazníky všeobecné, které lze využít u různých skupin nemocných a dotazníky specifické, které jsou zaměřeny na určité diagnostické skupiny nemocných. Pro stanovení kvality života nemocných v intenzivní péči je vhodné

použit dotazníky všeobecné, mezi nejrozšířenější patří tzv. nottinghamský dotazník (The Nottingham Health Profile) a dotazník SF-36 (Short-Form Health Survey) (45, 46, 47).

The Nottingham Health Profile (NHP)

Dotazník obsahuje 6 základních parametrů kvality života:

- fyzická pohyblivost
- energie
- bolest
- spánek
- sociální izolace
- emoční reakce

Výsledky vybraných publikovaných prací zjišťujících kvalitu života nemocných pomocí NHP

Ve studii Niskanena (43) byla pomocí dotazníku NHP hodnocena kvalita života nemocných po pobytu na ICU delším než 4 dny (průměrná délka $13,6 \pm 11,8$ dny) za 6 měsíců po přijetí. Současně byla sledována soběstačnost v denních aktivitách nemocných. Mortalita na IP byla 17,7%, v průběhu celkové hospitalizace 26%. Největší změny zdravotního stavu se zhoršením kvality života byly shledány u neurochirurgických nemocných, nemocných po traumatech a nemocných s plicním onemocněním. Překvapivě nemocní po kardiochirurgických operacích, kteří patřili k nejvyšší věkové skupině, nevykazovali rozdíl v jednotlivých parametrech QOL oproti stejné věkové skupině zdravé populace. Naopak oproti výchozímu stavu vykazují výrazně lepší fyzickou mobilitu, menší stížnosti na bolest a menší sociální izolaci. Fyzické problémy byly zjištěny u všech nemocných v 6. měsíci po hospitalizaci.

Nielsen (44) sledoval stejným dotazníkem QOL u nemocných po kardiochirurgických operacích, které byly komplikovány rozvojem multiorgánového selhání. Jednalo se o nemocné, kteří strávili na ICU déle než 5 dnů, kterým byl dotazník zaslán po 12 měsících od přijetí do nemocnice. Kontrolní skupinu představovali nemocní podstupující kardiochirurgickou operaci s nekomplikovaným průběhem. Mortalita sledované skupiny po 12 měsících činila 50% a nemocní s komplikovaným průběhem vykazovali zhoršení parametrů QOL oproti kontrolní skupině. Obdobné výsledky popsal Hellgren (58), kdy nemocní po náhradě srdeční chlopně s delším pobytem na ICU měli zhoršenou kvalitu života ve všech oblastech mimo složku emocionální a oblast spánku oproti nemocným s krátkou pooperační dobou pobytu na ICU.

Short-Form Health Survey (SF-36)

Jedná se o jednodušší zkrácenou verzi původního amerického dotazníku, jehož validita byla provedena pro kriticky nemocné. Pro své kvality je v současné době jedním z nejpoužívanějších dotazníků, obsahuje 36 otázek pokrývajících všechny základní oblasti posuzování kvality života.

- fyzická činnost (od extrémní námahy až po jednoduché aktivity, jako je např. koupání a oblékání)
- omezení pracovní či běžné denní aktivity z fyzických důvodů
- tělesná bolest
- celkové zdraví (vnímané osobní zdraví)
- vitalita (únava, elán, životní energie)
- sociální funkce a její případné omezení fyzickými či emočními problémy
- omezení pracovní či běžné denní aktivity z emočních důvodů
- duševní zdraví (nervozita, deprese, štěstí, klid)

Výsledky vybraných publikovaných prací zjišťujících kvalitu života nemocných pomocí SF-36

Davidson (48) prokázal snížení QOL u přeživších nemocných, kteří prodělali ARDS oproti kontrolní skupině kriticky nemocných bez plicního poškození pomocí dotazníku SF-36 a specifického dotazníku zaměřeného na plicní funkce. Nemocní, kteří prodělali ARDS vykazovali signifikantně zhoršené skóre v obou typech dotazníku ve většině sledovaných ukazatelů v porovnání s kontrolní skupinou kriticky nemocných bez ARDS. Zhoršení kvality života byla nejvíce vyjádřeno v oblasti fyzických funkcí a dle specifického dotazníku byl signifikantní rozdíl v symptomech souvisejících se zhoršenými plicními funkcemi.

Schelling (49) sledoval vývoj posttraumatického stresu u nemocných s proběhlým ARDS a vliv tohoto syndromu na parametry kvality života. Byly použity dotazníky SF-36 a dva specifické dotazníky zaměřené na sledování posttraumatického stresového syndromu (PTSS). Kontrolní skupinu tvořily osoby s normálními hodnotami SF-36 s vysokým rizikem PTSS. Nemocní s ARDS vykazovali zhoršenou kvalitu života ve všech osmi dimenzích dotazníku SF-36 s maximálním zhoršením ve fyzických funkcích a výskytu chronické bolesti. U nemocných bez negativních zážitků v průběhu léčby na IP byl minimální výskyt PTSS. Byl zjištěn signifikantně vyšší výskyt PTSS u nemocných se vzpomínkami na opakované traumatické zážitky při pobytu na IP, tyto nemocní měli nejnížší měřenou kvalitu života s maximálním poklesem v oblasti psychosociálních funkcí a přitom vykazovali

nejmenší limitací v oblasti fyzických funkcí. Ve španělské studii (67) nemocní s polytraumaty vykazovali po 12 měsících poruchy fyzických funkcí a stěžovali si na bolest (12), nemocní s traumaty mozku měli nižší kvalitu života oproti skupinám bez poškození mozku. Vliv poškození mozku na kvalitu života ukazuje i studie Grafa (68), kde nemocní po kardiopulmonální resuscitaci pro srdeční zástavu s hypoxickým poškozením mozku měli v dlouhodobém horizontu horší kvalitu života, naopak nemocní, kteří byli propuštěni z nemocnice bez neurologického deficitu nevykazovali zhoršení parametrů kvality života .

Hodnocení kvality života u nemocných v intenzivní péči

Základním cílem intenzivní péče je přežití nemocných, zlepšení zdravotního stavu a obnovení kvality života, pokud došlo k jejímu snížení v důsledku onemocnění. V řadě případů však těchto cílů i přes použití všech dostupných diagnostických a léčebných prostředků nelze dosáhnout z důvodu závažného a ireverzibilního poškození životně důležitých orgánů a systémů. Hodnocení předpokládané dosažené kvality života se stává ve zmíněných situacích součástí rozhodovacích procesů a v určité míře se může podílet na dalším diagnostickém a léčebném postupu (9, 16, 50, 51). Situace, kdy nemocní nereagují na naši terapii a předpoklad nepříznivé prognózy z hlediska přežití je zřejmý, nebývají většinou spojeny s problémy v procesu rozhodování o omezení nebo ukončení terapie. Problematickou skupinu tvoří ti nemocní, kde je reálný předpoklad přežití kritického stavu, nicméně za cenu dosažení „nízké kvality života“, která se z pohledu ošetřujícího týmu může jevit jako nepřijatelná jak pro nemocného, tak pro jeho rodinu či nejbližší.

Základní otázky, které si musíme položit v těchto situacích:

- 1. Existuje přínos pro nemocného z pokračování další terapie? Jsme schopni tento přínos definovat?*
- 2. Nepřevažuje v našich postupech více škodlivého než přínosného?*
- 3. Nejsou naše intervence již marné, zbytečné a nevedou jen ke zvýšení a prohloubení utrpení nemocného bez reálné možnosti příznivého ovlivnění vývoje onemocnění ?*
- 4. Je očekávaná kvalita života nemocného, která se z našeho pohledu může jevit jako zcela nepřijatelná, stejně nepřijatelná i pro nemocného samého?*

Odpovědi na tyto otázky jsou významnou součástí rozhodovacího procesu týkajícího se rozsahu další terapie s ohledem na očekávaný klinický výsledek a dosaženou kvalitu života v případě přežití. Trvale je však nutno si uvědomovat, že vzhledem k subjektivitě vnímání

individuální kvality života se může názor druhých osob včetně rodinných příslušníků lišit od názoru a pojetí nemocného a že různé aspekty kvality života (fyzické funkce, psychické funkce, emoce, sociální soužití apod.) mohou být vnímány odlišně v různých obdobích života a na základě životních zkušeností. Získání názoru na posouzení vlastní kvality života je relativně snadné u nemocných při vědomí a spolupracujících. V podmínkách intenzivní péče se jedná v naprosté většině případů o situace, kde dosažení takového stupně komunikace, který by umožnil získání názoru a stanoviska nemocného k těmto otázkám je prakticky nemožné z řady důvodů: porucha centrálního nervového systému v důsledku onemocnění, analgosedace, terapie psychofarmaky.

U části nemocných již v průběhu hospitalizace na ICU lze s vysokým stupněm pravděpodobnosti předpokládat, že vzhledem k povaze onemocnění (např. stavy ireverzibilního poškození mozku: pacienti po prolongované mozkové hypoxii; progresi preexistujícího chronického onemocnění: pacienti s chronickou obstrukční plicní chorobou v terminálním stadiu, pacienti s kardiálním selháváním klasifikace NYHA IV) není reálná naděje na zlepšení stavu či obnovení kvality života alespoň na předchozí úroveň, tj. před rozvojem kritického stavu. Tento aspekt by měl být jedním z pomocných faktorů při všech úvahách, týkajících se případného rozšiřování stávající terapie, léčby komplikací či indikací sporně přínosných diagnostických nebo terapeutických postupů. Uplatnění základních etických principů a respekt k právním normám musí být neoddelitelnou součástí uvedených úvah a rozhodovacích procesů.

Účast nemocného na rozhodovacích procesech

Uplatnění principu autonomie, tj. respekt k rozhodnutí nemocného (pokud je takového rozhodnutí schopen) by mělo být za všech okolností preferováno, u nemocných v intenzivní péči je však možnost využití tohoto principu výrazně omezena. Je-li nemocný při vědomí a schopen komunikovat, stává se po seznámení se svým zdravotním stavem hlavním subjektem, který je schopen a oprávněn zhodnotit předpokládanou kvalitu svého života. Pokud je lékař přesvědčen, že probíhající onemocnění neovlivňuje rozhodovací schopnosti nemocného, je splněna podmínka jeho informovanosti. V případě, že nemocný přes znalost všech případných důsledků svého rozhodnutí odmítá další diagnostické či terapeutické postupy, jsme povinni stanovisko nemocného maximálně respektovat.

Hodnocení kvality života jinými subjekty

Přestože u pacientů s poruchou vědomí je za jakékoliv rozhodnutí (z právního hlediska) odpovědný pouze ošetřující lékař, v optimálním případě by konečnému rozhodnutí měla

předcházet velmi hluboká a podrobná diskuse nejenom s jednotlivými členy zdravotnického týmu, ale i s rodinou či blízkými nemocného. I když je posuzování kvality života mimořádně citlivým, složitým a náročným dějem právě z důvodu výrazné individuální rozdílnosti subjektivního hodnocení kvality života ve všech jejích rozměrech, očekávaný stupeň dosažené kvality života je přesto jedním z faktorů, ovlivňující rozhodovací procesy u nemocných v intenzivní péči (61). Předpokládaná nízká kvalita života může být jedním z důvodů např. ordinace DNR v případě srdeční zástavy či rozhodnutí o nerozšiřování či vysazení terapie. Podle některých publikovaných studií lékaři mají tendenci podhodnocovat kvalitu života svého nemocného v porovnání s hodnocením nemocným samotným, stejně je rozdíl mezi hodnocením kvality života pacientem a jeho blízkými (52, 53).

Kvalita života u nekompetentních nemocných

Hodnocení kvality života se jeví jako velice složité a problematické. V posledních letech na základě rozsáhlých prací se změnou pohledu na celou problematiku ve smyslu prakticky výlučně subjektivního hodnocení kvality života se zdá být zcela nepřijatelné hodnocení kvality života jinými osobami než nemocným samotným. Z toho důvodu by kvalita života u nekompetentního nemocného hodnocená jako „nízká“ jinými osobami než nemocným samotným neměla být důvodem ke změně rozsahu poskytované léčby. U těchto nemocných nelze žádným způsobem změřit či stanovit na základě objektivních kvantitativních parametrů „hodnotu“ kvality života a tento ukazatel dnes nemůže být, ve většině případů, součástí posuzování prognózy nemocného.

1.4 Vybrané právní aspekty

V následující části jsou uvedeny vybrané právní aspekty mající vztah k dané problematice, článek si neklade za cíl úplný výčet a interpretaci všech zákonných norem týkající se zdravotnictví. Poskytování zdravotní péče o nemocné s nutností intenzivní/resuscitační péče není v rámci našeho právního řádu řešeno speciální úpravou a i na tuto oblast se vztahují právní předpisy upravující obecně poskytování zdravotní péče (Příloha 1). Česká republika je vázána řadou mezinárodních dohod a smluv a prameny medicínského práva lze rozdělit na vnitrostátní a mezinárodní. Základní rámec vnitrostátní právní úpravy ve zdravotnictví vymezuje Ústava České republiky. Základy jsou dány při rozdělení podle právní síly jednotlivých předpisů především v ústavním zákoně č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb., který uvozuje Listinu základních práv a svobod vyhlášenou usnesením předsednictva České národní rady dne 16. prosince 1992 jako součásti ústavního

pořádku České republiky. Právní úprava poskytování zdravotní a léčebné péče, odpovědnost za její poskytování, určení vztahu lékař-pacient je provedena zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění. V současné době je ministerstvem zdravotnictví České republiky zpracováván Návrh zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který by měl nahradit stávající zákon o péči o zdraví lidu (<http://www.mzd.cz/>). Zákon o veřejném pojištění a zákon o pojistném upravuje financování zdravotní péče. V souvislosti s ochranou údajů o pacientovi a se zachováním mlčenlivosti všech pracovníků a složek přicházející do styku s těmito údaji je nutné zmínit zákon o ochraně osobních údajů v informačních systémech. Medicínské právo je v praxi považováno za součást správního práva, k dalším pramenům zdravotnického práva patří trestní zákon a trestní řád, zákon o návykových látkách aj. K nejdůležitějším mezinárodním pramenům medicínskému právu patří Úmluva o ochraně lidských práv a svobod, Úmluva o právech dítěte, Úmluva o lidských právech a biomedicíně a četná doporučení Rady Evropy.

1.4.1 Listina základních práv a svobod

Listina základních práv a svobod má nejvyšší právní sílu a je jako ústavní zákon v hierarchii právních norem nadřazena všem zákonným normám a má aplikační přednost před zákonem. V otázce poskytování zdravotní péče jsou významné články 1, 3 a 4 stanovující rovnost občanů v důstojnosti a právech a absolutní nepřipustnost jakékoliv formy diskriminace, v tomto případě i z důvodu nemoci, věku či sociálního postavení. Následující text obsahuje vybrané části Listiny a jejich komentář vztahující se k dané problematice.

Článek 1

Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.

Článek 2

(1) Základní práva a svobody se zaručují všem bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnostní nebo etnické menšině, majetku, rodu nebo jiného postavení.

Článek 4

(1) Povinnosti mohou být ukládány toliko na základě zákona a v jeho mezích a jen při zachování základních práv a svobod.

(2) Meze základních práv a svobod mohou být za podmínek stanovených Listinou základních

práv a svobod (dále jen "Listina") upraveny pouze zákonem.

(3) Zákonná omezení základních práv a svobod musí platit stejně pro všechny případy, které splňují stanovené podmínky.

(4) Při používání ustanovení o mezích základních práv a svobod musí být šetřeno jejich podstaty a smyslu. Taková omezení nesmějí být zneužívána k jiným účelům, než pro které byla stanovena.

Komentář

Právo občanů na poskytování zdravotnické péče bez diskriminace z jakéhokoliv důvodu včetně věku, sociálního postavení či nemoci musí být v praxi důsledně uplatňováno. Alokace ekonomických či lidských zdrojů, omezení léčby či péče nesmí být v žádném případě v rozporu s právem rovného přístupu ke zdravotní péči, na druhé straně nemocný může díky svému přesvědčení odmítat některé druhy léčebné terapie (podávání krevních transfuzí v případě svědků Jehovových apod.). Zcela zásadní a nejvíce diskutovaný se jeví článek 6, článek 10 a článek 31.

Článek 6

(1) Každý má právo na život. Lidský život je hoděn ochrany již před narozením.

(2) Nikdo nesmí být zbaven života.

(3) Trest smrti se nepřipouští.

(4) Porušením práv podle tohoto článku není, jestliže byl někdo zbaven života v souvislosti s jednáním, které podle zákona není trestné.

Komentář

Pro oblast poskytování péče o kriticky nemocné je významný zejména odstavec 2. Naše právní úprava nepřipouští eutanázii v jakékoliv formě. Zjevně nejcitlivějším tématem všech diskusí v této problematice a nejčastějším zdrojem obav je otázka právní odpovědnosti lékaře u těch nemocných, kde v určité fázi onemocnění (s ohledem na nepříznivý vývoj, přesvědčivé známky ireverzibility stavu a absenci reálné naděje na zlepšení stavu pacienta) není zahájena další terapie, přičemž jsou poskytována všechna opatření nutná k zajištění důstojného umírání bez zbytečných útrap pro pacienta. Je třeba si uvědomit, že ke vzniku právní odpovědnosti je nutné, aby byly splněny následující předpoklady:

1. ... jednání nebo opomenutí, které je protiprávní (tj. zdravotnický pracovník jedná v rozporu se svými povinnostmi poskytovat účelnou a hodnotnou zdravotní péči)...
2. ... jednání má za následek škodlivý následek...
3. ... je příčinná souvislost mezi protiprávním jednáním a škodlivým následkem
4. ... zavinění (úmysl či nedbalost)...

Pokud tyto předpoklady nejsou naplněny, nejsou ani dány podmínky pro vznik právní odpovědnosti. Smrt v kontextu problematiky ireverzibilních stavů v intenzivní péči nemůže být chápána jako škodlivý následek, ale jako neodvratitelný důsledek probíhajícího onemocnění (dále viz Trestní zákon).

Článek 10

(1) Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno.

(2) Každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života.

Článek 31

Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.

Komentář

Princip ochrany života je v našich podmínkách stavěn na nejvyšší příčce nicméně je třeba tento princip poměřovat též s dalšími principy, zejména právem na svobodné rozhodování, lidskou důstojnost, svobodu vyznání apod. V rámci moderního právního řádu je preferováno v první řadě právo nemocného na svobodné rozhodování sám o sobě, které je kladeno před právo na zachování života. Nemocný má právo (pokud je v rámci svého onemocnění a zdravotního stavu schopen rozpoznat závažnost a všechny okolnosti stavu) na základě poskytnutí pravdivých a srozumitelných informací odmítnout nabízenou léčbu a to i v případě, kdy neposkytnutí této léčby může mít za následek smrt nebo poškození jeho zdraví. O těchto skutečnostech ale musí být plně informován a musí být s nimi srozuměn. V případech, kdy lze dosáhnout intervencí pouze zcela minimálního prodloužení či zkvalitnění života a taková intervence by současně výrazně zasáhla či nespojila právo na rozhodovací autonomii nebo náboženskou svobodu, je možné, aby princip ochrany života ustoupil do pozadí a intervence mohla nebyť provedena. V případě nemožnosti využití práva souhlasu či nesouhlasu s navrhovanou léčbou vzhledem k závažnosti jeho zdravotního stavu

je rozhodnutí v našich podmínkách u osoby zletilé, nezbavené právní způsobilosti rozhodnutí o rozsahu poskytované léčby a péče na ošetřujícím lékaři, resp. zdravotnickém týmu, který musí vždy postupovat v rámci právního řádu a dodržení zákonného ustanovení práva na život a zachování zdraví, současně dle Listiny je nutné dodržení práva na zachování lidské důstojnosti. Na tomto místě je nutné upozornit na článek 36 Listiny:

Článek 36

- a. Každý se může domáhat stanoveným postupem svého práva u nezávislého a nestranného soudu a ve stanovených případech u jiného orgánu.

Komentář

Omezení léčebných postupů by mohlo být v určitém výkladu posuzováno jako omezení základních práv a soudní přezkoumání případu nelze vyloučit. V případě omezení léčebných postupů je nutné a zcela zásadní medicínské odborné posouzení stavu nemocného, který se jeví jako jednoznačně nepříznivý, bez možnosti jeho zvratu nasazením nových postupů či pokračováním stávajících léčebných procedur. Pokud však již k soudnímu přezkumu dojde, je zapotřebí, aby soud dostal pro své rozhodování objektivní a ověřitelné podklady, popisující přesně jednak stav a prognózu pacienta, jednak rozhodovací proces, na základě kterého lékař či tým zdravotníků dospěli k závěru, který je předmětem přezkumu. Cílem omezení léčby v jakémkoliv rozsahu nesmí být v žádném případě zkrácení života nemocného, které je v kontradikci se zákonnými předpisy Listiny (článek 6 – každý má právo na život a nikdo nesmí být zbaven života) a doporučení Rady Evropy „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“, ale neprodložování umírání, utrpení a strádání nemocného, které je v přímém rozporu s právem na zachování lidské důstojnosti dle článku 10 Listiny a v kontradikci s doporučením Rady Evropy. V rozhodnutí o omezení léčebných postupů na konci života je odborné stanovisko jediné a zásadní, které se v rozhodování uplatňuje, zcela jednoznačně je nutné vyloučit jakoukoliv diskriminaci osob z nemedicínských důvodů (ekonomické, sociální apod.), které jsou v rozporu se základními právy Listiny a v rozporu s Chartou práv umírajících (Příloha 2).

1.4.2 Úmluva o lidských právech a biomedicíně

Podle článku 10 Ústavy České republiky platí, že vyhlášené mezinárodní smlouvy, k jejichž ratifikaci dal Parlament souhlas a jimiž je Česká republika vázána, jsou součástí právního řádu, stanoví-li mezinárodní smlouva něco jiného než zákon, použije se mezinárodní

smlouva. V praxi to znamená, že uzavřené mezinárodní smlouvy mají právní aplikační přednost před Ústavními zákony České republiky. V legislativě České republiky týkající se poskytování zdravotní péče, práv na zachování života a zdraví a posilování autonomie nemocného není rozpor mezi mezinárodními úmluvami a republikovými zákony. Některá nová ustanovení kladoucí důraz na informování nemocného, vyžadování jeho souhlasu s veškerými procedurami spojenými s poskytováním zdravotní péče, zachování a ochrana lidské důstojnosti a obecně lidské bytosti je v praxi široce uplatňována. K základním mezinárodním smlouvám přijatých a ratifikovaných patří především Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (zkráceně „Úmluva o lidských právech a biomedicině“), která byla přijata 4. dubna 1997 v Oviadu a jménem České republiky byla Úmluva podepsána ve Štrasburku dne 24. června 1998. S Úmluvou vyslovil souhlas Parlament České republiky a schválil ji podle článku 39 odst. 4 Ústavy České republiky jako mezinárodní smlouvu o lidských právech a základních svobodách ve smyslu článku 10 Ústavy České republiky, Úmluva vstoupila v platnost podle odstavce 4 téhož článku dne 1. října 2001. K Úmluvě byla vydána Vysvětlující zpráva, která přes právní nezávaznost působí silou přesvědčivosti např. v případě soudního přezkumu. Dle Úmluvy v kontextu poskytování léčebné zdravotní péče je nutné zmínit následující články:

Kapitola I – obecná ustanovení

Článek 1 – Účel a předmět

Smluvní strany budou chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez diskriminace zaručí úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny. Každá smluvní strana přijme do svého právního řádu opatření nezbytná pro zajištění účinnosti ustanovení této Úmluvy.

Článek 2 - Nadřazenost lidské bytosti

Zájmy a blaho lidské bytosti jsou nadřazeny zájmům společnosti nebo vědy.

Článek 3 - Rovná dostupnost zdravotní péče

Smluvní strany, majíce na zřeteli zdravotní potřeby a dostupné zdroje, učiní odpovídající opatření, aby v rámci své jurisdikce zajistily rovnou dostupnost zdravotní péče patřičné kvality.

Článek 4 - Profesionální standardy

Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.

Komentář

Vysvětlovací zpráva uvádí, že cílem je zajistit spravedlivý přístup ke zdravotní péči podle potřeb lékařského ošetření dotčeného. Pojem "zdravotní péče" znamená služby poskytující diagnostické, preventivní, léčebné a rehabilitační zákroky sloužící k udržování nebo zlepšování zdravotního stavu osoby nebo ke zmírnování jejího utrpení. Tato služba musí mít přiměřenou úroveň z hlediska vědeckého pokroku a její kvalita musí být předmětem trvalého hodnocení. Dostupnost zdravotní péče musí být pro každého stejná a pojem "rovná dostupnost" v tomto kontextu znamená především nepřítomnost neoprávněné diskriminace. Rovná dostupnost není přitom synonymem absolutní rovnosti, znamená však účinné zajištění dostatečného stupně péče (článek 3) s tím, že tato bude v rozsahu, jaký vyžaduje zdravotní stav nemocného a současně je jasným vyjádřením principu přednosti jednotlivce před zájmy společnosti (článek 2). Dostupnost zdravotní péče pro člověka musí být pro každého jedince v jeho individuálních možnostech stejná.

Kapitola II - souhlas

Článek 5 - Obecné pravidlo

Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.

Článek 6 - Ochrana osob neschopných dát souhlas

Pokud podle platného práva dospělá osoba není schopna dát souhlas se zákrokem z důvodu duševního postižení, nemoci nebo z podobných důvodů, lze zákrok provést pouze se souhlasem jejího zákonného zástupce nebo příslušného orgánu nebo osoby či instituce zmocněných zákonem. Dle možnosti se dotčená osoba zúčastní udělení zástupného souhlasu.

Článek 8 - Stav nouze vyžadující neodkladná řešení

Pokud v situacích nouze nelze získat příslušný souhlas, jakýkoliv nutný lékařský zákrok lze provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotčené osoby.

Článek 9 - Dříve vyslovená přání

Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.

Komentář

V článku 9 ohledně dříve vyslovených přání je užitá formulace „bude brán zřetel“. Článek je vyjádřením podporujícím autonomii nemocného a vzhledem k tomu, že Úmluva je nadřazena Ústavě České republiky, je možné i v dnešních podmínkách princip dříve vyslovených přání uplatnit. Zákon nestanovuje pravidla, za jakých okolností a jaké náležitosti musí dokument o dříve vyslovených přání nemocného obsahovat, aby mohl být respektován bez rizika právního postihu pro lékaře či zdravotnické zařízení službu poskytující, zvláště směřuje-li k budoucímu odmítnutí život zachraňujícího postupu. V současné době probíhají na půdě zákonotvůrců různé návrhy a rozpravy ohledně konkretizace zákona stanovujícího podmínky dříve vyslovených přání (součást Zákona o zdravotních službách). Nicméně dle mého názoru je každý nemocný a každý případ zcela ojedinělý a v kontextu „bude brán zřetel na dříve vyslovená přání“ plně dostačující zákonná klausule. Žádný návrh zákona nemůže dát jednoznačné řešení a konkretizaci těchto případů právě pro obrovskou variabilitu a nejednotnost jednotlivých případů co do závažnosti stavu, časového hlediska a individuálního přístupu. Již dnes může nemocný sepsat a podrobně popsat, za jakých situací mu může či nemůže být prováděn konkrétní výkon či postup v době, kdy nebude schopen vlastního rozhodování. Z praxe ale víme, že např. navrhované postupy jako „když budu měsíc v bezvědomí, přeji si odpojení od přístrojů“ apod. je z medicínského hlediska zcela irelevantní, protože nevystihuje podstatu příčiny bezvědomí, lokální organický nález v mozku, kdy různé příčiny a různé nálezy mají různou prognozu a klinický výsledek i co se týče neurologických následků. Současně jsou známé stavy, kdy již po několika desítkách hodin od prvotní příčiny je zcela jasné a diagnostickými postupy prokazatelné, že nemocný nemá reálnou naději na obnovení vědomí ani za dlouhý čas a neodůvodněné čekání na nějaký časový interval lze považovat za zcela neetické, prodlužující umírání nemocného.

Článek 10 - Ochrana soukromí a právo na informace

1. Každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví.
2. Každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Nicméně přání každého nebýt takto informován je nutno respektovat.

3. Pokud je to v zájmu pacienta, může ve výjimečných případech zákon omezit uplatnění práv podle odstavce 2.

Komentář

Narozdíl od dřívějšího znění zákona dle novelizace §67b zákona 20/1966 Sb. není možné, aby citlivá data pacienta byla bez jeho souhlasu nebo bez zákonného zmocnění sdělována třetím osobám. Z §23 byla v rámci této novelizace odstraněna formulace, že lékař poučí „vhodným způsobem pacienta, popřípadě členy jeho rodiny“, nyní tedy již nelze bez souhlasu nemocného komunikovat o pacientově stavu a prognóze s příbuznými, pokud s tím pacient nevyslovil souhlas. Plné naplnění tohoto zákona může činit obtíže právě v intenzivní medicíně, kde řada nemocných je přijata do péče již v bezvědomí, bez možnosti udělení souhlasu nejen s hospitalizací, jednotlivými výkony, ale ani s udělením informací osobám příbuzným a blízkým. Praxe na většině pracovišť je taková, že jsou informace i přes znění zákona podávány v plné šíři nejbližším příbuzným. Dogmatickým dodržením zákona, kdy nejsou podány žádné informace rodině o jejich blízkém, který je v kritickém stavu, případně umírá a rodina není vůbec informována a v krajním případě po úmrtí nemocného obdrží telegram s touto zprávou se jeví jako zcela neetické a litera zákona v tomto případě je standardně překračována i s vědomím rizika poskytnutí informací osobám, u kterých by si to nemocný možná nepřál. Neposkytováním informací se může lékař vystavit riziku nepochopení rodiny pacienta a jejího jednoznačně negativního postoje ke zdravotnickému pracovišti a konkrétním osobám včetně nedůvěry ohledně odborného postupu u jejich blízkého se všemi důsledky. Při úmrtí pacienta je zdravotnická dokumentace uvolněna k nahlédnutí konkrétně vyjmenovaným pozůstalým dle zákonné normy.

V roce 1976 byla ministrem zahraničních věcí přijata Vyhláška č. 120/1976 Sb. o Mezinárodním paktu o občanských a politických právech a Mezinárodním paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech se státy, která je dosud platná. Státy, smluvní strany tohoto Paktu, majíce na zřeteli, že podle zásad vyhlášených v Chartě OSN, uznání přirozené důstojnosti a rovných a nezcizitelných práv všech členů lidské rodiny je základem svobody, spravedlnosti a míru ve světě, uznávajíce, že tato práva se odvozují od přirozené důstojnosti lidské osobnosti, uznávajíce, že podle Všeobecné deklarace lidských práv, ideálu svobodné lidské bytosti, osvobozené od strachu a nouze je možno dosáhnout jen tehdy, jestliže budou vytvořeny takové podmínky, v nichž bude moci každý požívat svých hospodářských, sociálních a kulturních práv, jakož i svých práv občanských a politických, majíce na zřeteli závazek států vyplývajících z Charty Organizace spojených národů podporovat všeobecnou úctu k lidským právům a svobodám a k jejich zachování,

uvědomující si, že jednotlivec, mající povinnosti k druhým a ke společenství, ke kterému přísluší, je povinen usilovat o rozvíjení a dodržování práv uznaných v tomto Paktu, ujednávají tímto, jak dále stanoveno:

Článek 12

1. Státy, smluvní strany Paktu, uznávají právo každého na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví.

2. Státy, smluvní strany Paktu, učiní opatření k dosažení plného uskutečnění tohoto práva, která budou zahrnovat:

a) opatření ke snížení počtu potratů a kojenecké úmrtnosti a opatření ke zdravému vývoji dítěte;

b) zlepšení všech stránek vnějších životních podmínek a průmyslové hygieny;

c) prevenci, léčení a kontrolu epidemických, místních nemocí, chorob z povolání a jiných nemocí;

d) vytvoření podmínek, které by zajistily všem lékařskou pomoc a péči v případě nemoci.

Česká republika je vázána tímto Paktem, který specifikuje zásady ze Všeobecné deklarace lidských práv OSN, z nichž nejpodstatnější jsou podmínky rovnosti a dostupnosti péče, přístupu k informacím o péči, kvality a kulturní přijatelnosti péče, nediskriminace, fyzické a ekonomické dostupnosti péče.

1.4.3 Trestní zákon

K obavám lékařů, zda některým postupem, resp. neprovedením či omezením léčebné procedury se nevystavují trestnému činu dle Trestního zákona 140/1961 Sb. je nutné uvést znění paragrafů Trestního zákona. Úvodem je nutné zdůraznit, že poskytování léčebných postupů musí být v souladu s dostupnými poznatky vědy (v návrhu Zákona o zdravotních službách se hovoří o právu pacienta na poskytování zdravotních služeb odpovídajících jeho zdravotnímu stavu, s přihlédnutím ke standardům poskytování odborné zdravotní péče, dále jen „náležitá odborná úroveň“. Standardem poskytování odborné zdravotní péče, se rozumí doporučený postup, který odpovídá současným poznatkům vědy a klinické medicíny, který zveřejní Ministerstvo zdravotnictví...). Pokud ale lékař neučiní a v dokumentaci dostatečně náležitě a odborně správně nezdůvodní všechny důvody a okolnosti, za jakých bylo či nebylo učiněno dané opatření, a postup je soudním znalcem zhodnocen jako medicínsky nesprávný, lze se tomuto postihu vystavit.

§ 3 Trestný čin

(1) Trestným činem je pro společnost nebezpečný čin, jehož znaky jsou uvedeny v tomto zákoně.

(2) Čin, jehož stupeň nebezpečnosti pro společnost je nepatrný, není trestným činem, i když jinak vykazuje znaky trestného činu.

(3) K trestnosti činu je třeba úmyslného zavinění, nestanoví-li tento zákon výslovně, že postačí zavinění z nedbalosti.

(4) Stupeň nebezpečnosti činu pro společnost je určován zejména významem chráněného zájmu, který byl činem dotčen, způsobem provedení činu a jeho následky, okolnostmi, za kterých byl čin spáchán, osobou pachatele, mírou jeho zavinění a jeho pohnutkou.

§ 89

(1) Trestným činem se rozumí jen čin soudně trestný, a pokud z jednotlivého ustanovení nevyplývá něco jiného, též příprava k trestnému činu, pokus trestného činu, organizátorství, návod a pomoc.

(2) Jednáním se rozumí i opomenutí takového konání, k němuž byl pachatel podle okolností a svých poměrů povinen.

§ 207 Neposkytnutí pomoci

(2) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo zákazem činnosti.

§ 219 Vražda

(1) Kdo jiného úmyslně usmrtí, bude potrestán odnětím svobody na deset až patnáct let.

§ 221 Ublížení na zdraví

(1) Kdo jinému úmyslně ublíží na zdraví, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

(3) Odnětím svobody na tři léta až osm let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 smrt.

§ 222

(1) Kdo jinému úmyslně způsobí těžkou újmu na zdraví, bude potrestán odnětím svobody na dvě léta až osm let.

(3) Odnětím svobody na deset až patnáct let nebo výjimečným trestem bude pachatel potrestán, způsobil-li činem uvedeným v odstavci 1 nebo 2 smrt.

§ 223

Kdo jinému z nedbalosti ublíží na zdraví tím, že poruší důležitou povinnost vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok nebo zákazem činnosti.

§ 224

(1) Kdo jinému z nedbalosti způsobí těžkou újmu na zdraví nebo smrt, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo zákazem činnosti.

(2) Odnětím svobody na šest měsíců až pět let nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 proto, že porušil důležitou povinnost vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona.

§ 230 Účast na sebevraždě

(1) Kdo jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá, bude potrestán, došlo-li alespoň k pokusu sebevraždy, odnětím svobody na šest měsíců až tři léta.

Komentář

Souhrnně lze říci, že ke vzniku trestní odpovědnosti musí být prokázáno porušení zákona, které je hodnoceno jako trestní čin a naplňuje znění výše uvedených paragrafů. Jedná se především o úmyslné či nedbalostní ublížení na zdraví s porušením povinnosti vyplývající z povolání, neposkytnutí potřebné pomoci osobě nacházející se v nebezpečí smrti nebo vážné poruchy zdraví. Tato jednání jsou hodnocena jako protiprávní při prokázání škodlivého následku, který je v příčinné souvislosti s tímto jednáním. Lékař, který nepokračuje v některém léčebném postupu, který je považován vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta za zcela marný, neúčelný a tedy neindikovaný, nemůže být (při správném odborném medicínském posouzení stadia a prognózy nemoci) vystaven právnímu postihu, protože výše uvedené podmínky nejsou naplněny. Přestože v důsledku vysazení či nenasazení některé život udržující léčby (hemodialýza při akutním renálním selhání u nemocného s progredujícím kardiogenním šokem nereagujícím na terapii s jednoznačně infaustní prognózou) může vést k urychlení smrti, nelze tento stav hodnotit jako protiprávní jednání. Paragraf 207 hovoří o neposkytnutí potřebné pomoci osobě s rizikem smrti nebo

vážného ohrožení zdraví. Slovo „potřebnou“ je zcela zásadní pro posuzování protiprávnosti jednání, protože pokud léčba, kterou lékař v jakémkoliv případě poskytuje je hodnocena po stránce odborné jako potřebná, je tento postup v mezích zákona, jinými slovy, léčba, která se v daném stavu nejeví jako potřebná není indikována a prováděna. Cílem nenasazení či vysazení některého léčebného postupu není v žádném případě usmrcení či urychlení smrti, ale pouze nepokračování v těch postupech, které jsou z odborného medicínského hlediska považovány za zcela marné, neúčelné a tedy neindikované.

Úmyslné usmrcení osoby z jakéhokoliv důvodu je v naší republice jednoznačně trestným činem. Eutanázie, obecně definována jako úmyslné usmrcení nemocného na jeho vlastní přání jinou osobou, je trestným činem. Pojem eutanázie není v právním řádu České republiky definován.

1.4.4 Zákon o péči o zdraví lidu

20/1966 Sb., Zákon ze dne 17. března 1966 o péči o zdraví lidu

§ 11 Poskytování zdravotní péče

(1) Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Podmínky poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních stanoví zvláštní zákony.

Komentář

Zákon určuje podmínky, za jakých je osoba oprávněna k výkonu zdravotnického povolání včetně určení kvalifikace nutné k provádění léčebného postupu. Absence indikace pro provedení určitého zákroku, resp. zvolení určitého léčebného postupu znamená vždy odborné posouzení, zda nenasazením určité léčby, např. nezahájením resuscitace při náhlém selhání životních funkcí v terminálním stadiu nevléčitelného stavu je sledován zájem pacienta tak, aby nedocházelo ke zbytečnému utrpení, prodlužování umírání a ztížení zbytku života náročnými a zatěžujícími postupy tam, kde není reálná naděje na záchranu života.

Při posuzování protiprávnosti jednání je vždy zkoumána legálnost zákroku. Aby bylo možno označit zákrok za legální (týká se i výkonů a zákroků „omezujících“ terapii), musí být splněna následující kritéria:

1. povinnost provést zákrok nebo poskytnout péči, která vyplývá ze zdravotnického povolání (povinnost poskytnutí potřebné péče nemocnému)

2. oprávnění k výkonu zdravotnického povolání nebo speciální kvalifikace (léčebný postup určuje lékař s příslušnou odbornou či specializovanou způsobilostí)
3. získání případného souhlasu pacienta, pokud to situace umožňuje (§ 23, 24 zák. č. 20/1966 Sb.)
4. existence indikace pro provedení určitého zákroku, resp. zvolení určitého léčebného postupu
5. zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy.

Je-li zdravotní péče poskytnuta v souladu se všemi kritérii, je léčebný postup považován za postup *lege artis* i přesto, že nejsou využity všechny možnosti, které lékařská věda nabízí, považuje-li je odborně způsobilý lékař za neúčelné a tedy v daném případě za neindikované, a to i s vědomím, že důsledkem může být smrt pacienta. V tomto případě, kdy lékař sleduje zvolením určitého postupu zájem pacienta (zabránění zbytečným útrapám a utrpení) a zajistí důstojné podmínky v procesu umírání, postupuje *lege artis* a v žádném případě nelze jeho jednání označit za tzv. pasivní eutanázii (viz dále). *Nutno ovšem zdůraznit, že pojem „lege artis“ není právní termín, ale ryze medicínský.* V překladu znamená „podle pravidel umění“ (myšleno lékařského) a vznikl v dobách, kdy medicína byla považována spíše za umění než exaktní vědu. Nejedná se o právní normu, což má význam v rovině procesní, protože lékař nemůže být soudem potrestán za to, že jednal non lege artis, ale vždy jen za to, že jednal v rozporu s některým právním předpisem. Zda bylo postupováno v souladu s dostupnými nejnovějšími poznatky lékařské vědy a tedy v mezích zákona je v případě přezkumu hodnoceno nezávislými odborníky medicíny (soudní znalci).

§ 23 Poučení a souhlas nemocného

(1) Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu příslušného zdravotnického povolání informuje pacienta, popřípadě další osoby v souladu s § 67b odst. 12 písm. d), o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jakož i o jeho důsledcích, alternativách a rizicích. Jestliže to zdravotní stav nebo povaha onemocnění pacienta vyžadují, je zdravotnický pracovník uvedený ve větě první oprávněn sdělit osobám blízkým pacientovi a členům jeho domácnosti, kteří nejsou osobami blízkými, též informace, které jsou pro ně nezbytné k zajištění péče o tohoto pacienta nebo pro ochranu jejich zdraví. V případě, kdy pacient vyslovil podle § 67b odst. 12 písm. d) zákaz poskytování informací, lze informace podle věty druhé sdělovat pouze se souhlasem pacienta. Pro vyslovení souhlasu se použije ustanovení § 67b odst. 12 písm. d) a § 67ba odst. 1 a 2 obdobně.

(2) Vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného, nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (revers).

(3) Je-li neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví dítěte anebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům a odpírají-li rodiče nebo opatrovník souhlas, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu. Toto ustanovení se týká dětí, které nemohou vzhledem k své rozumové vyspělosti posoudit nezbytnost takového výkonu.

(4) Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče

- a) jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení,
- b) jestliže osoba jeví známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, anebo
- c) není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví,
- d) jde-li o nosiče onemocnění.

§ 55 Povinnosti pracovníků ve zdravotnictví

(1) Zdravotničtí pracovníci jsou povinni vykonávat zdravotnické povolání svědomitě, poctivě, s hluboce lidským vztahem k občanům a s vědomím odpovědnosti ke společnosti.

(2) Každý zdravotnický pracovník je povinen zejména

- a) vykonávat své povolání v rozsahu a způsobem, pro něž zásady určuje ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s profesními organizacemi,
- c) poskytovat neprodleně první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby další odbornou péči,
- d) zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dověděl při výkonu svého povolání, s výjimkou případů, kdy skutečnost sděluje se souhlasem ošetřované osoby; povinnost oznamovat určité skutečnosti uložená zdravotnickým pracovníkům zvláštním právním předpisem není tím dotčena. Povinností mlčenlivosti není zdravotnický pracovník vázán v rozsahu nezbytném pro obhajobu v trestním řízení a pro řízení před soudem nebo jiným orgánem, je-li předmětem řízení spor mezi ním, popřípadě jeho zaměstnavatelem a pacientem, nebo jinou osobou uplatňující práva na náhradu škody nebo na ochranu osobnosti v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.

§ 67b

(1) Zdravotnická zařízení jsou povinna vést zdravotnickou dokumentaci.

(2) Zdravotnická dokumentace obsahuje

- a) osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro identifikaci pacienta a zjištění anamnézy,
- b) informace o onemocnění pacienta, o průběhu a výsledku vyšetření, léčení a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotní péče.

(10) Do zdravotnické dokumentace mohou nahlížet, a to v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu v rozsahu své kompetence

- a) zdravotničtí pracovníci a jiní odborní pracovníci v souvislosti s poskytováním zdravotní péče,
- b) pověření členové příslušné komory při šetření případů podléhajících disciplinární pravomoci příslušné komory,
- c) revizní lékaři zdravotních pojišťoven v rozsahu stanoveném zvláštním právním předpisem,
- d) soudní znalci v oboru zdravotnictví v rozsahu nezbytném pro vypracování znaleckého posudku zadaného orgány činnými v trestním řízení nebo soudy,
- e) lékaři správních úřadů ve zdravotnictví pověřeni vyřizováním konkrétních stížností, návrhů na přezkoumání a podnětů ve správním řízení, a to v rozsahu vyplývajícím ze stížnosti, návrhu na přezkoumání nebo podnětu ve správním řízení,
- f) lékaři pověřeni ministerstvem zdravotnictví nebo krajem k vypracování odborného stanoviska k vyřizování konkrétních stížností, návrhů na přezkoumání a podnětů ve správním řízení, a to v rozsahu vyplývajícím ze stížnosti, návrhu na přezkoumání nebo podnětu ve správním řízení,
- h) členové znaleckých komisí,
- i) pověření zdravotničtí pracovníci orgánu ochrany veřejného zdraví,
- n) Veřejný ochránce práv v souvislosti s šetřením podle zvláštního zákona tak, aby byla zajištěna ochrana citlivých údajů třetích osob,

Osoby, které mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace, mají též právo na pořízení jejich výpisů, opisů nebo kopií v rozsahu nezbytně nutném pro potřeby splnění konkrétního úkolu.

(12) Pacient má právo

- a) na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě nebo v jiných zápisech vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu; v případě autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky má nárok na informace, jejichž obsahem je popis příznaků onemocnění, diagnóza, popis terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů,
- b) v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do dokumentů uvedených v písmenu a); v případě záznamů autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky může nahlížet do záznamů týkajících se popisu příznaků onemocnění, diagnózy, popisu terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů,
- c) na pořízení výpisů, opisů nebo kopií dokumentů uvedených v písmenu a); v případě autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky má nárok na pořízení výpisů, opisů nebo kopií těch částí dokumentů, které se týkají popisu příznaků, diagnózy, popisu terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů,
- d) určit osobu, která může být informována o jeho zdravotním stavu, nebo vyslovit zákaz podávání těchto informací jakékoliv osobě, a to při přijetí k poskytování zdravotní péče nebo kdykoliv po přijetí; pacient při určení osoby, která může být informována o jeho zdravotním stavu, zároveň určí, zda této osobě náleží též práva podle písmen b) a c); pacient může určení osoby nebo vyslovení zákazu kdykoliv odvolat; právo pacienta na určení osoby pořizování výpisů, opisů nebo kopií podle zvláštních právních předpisů upravujících poskytování zdravotní péče, popřípadě činnosti související se zdravotní péčí; jde-li o pacienta, který nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav určit osoby, které mohou být o jeho zdravotním stavu informovány, mají právo na aktuální informace o jeho zdravotním stavu osoby blízké.

§ 67ba

- (1) Pacienta nebo zákonného zástupce pacienta poučí o jeho právech uvedených v § 67b odst. 12 ošetřující lékař.
- (2) Určení osoby nebo zákaz podávání informací podle § 67b odst. 12 písm. d), popřípadě odvolání určení osoby nebo zákazu podávání informací, se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi a opatří podpisem ošetřujícího lékaře a pacienta. Jestliže

pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam podepsat, je však schopen projevit svou vůli, podepíše záznam ošetřující lékař a jeden svědek. V záznamu se uvede způsob, jakým pacient svou vůli projevil, a zdravotní důvody bránící podpisu pacienta.

(3) Právo na informace o zdravotním stavu pacienta, který zemřel, příčinách úmrtí a výsledku pitvy, byla-li provedena, právo v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do zdravotnické dokumentace nebo do jiných zápisů vztahujících se ke zdravotnímu stavu pacienta, na pořízení výpisů, opisů nebo kopií těchto dokumentů mají osoby blízké zemřelému pacientu, neurčil-li za svého života jinak, popřípadě další osoby určené pacientem podle § 67b odst. 12 písm. d). Jde-li o zemřelého pacienta, který byl osobou s omezenou způsobilostí k právním úkonům v rozsahu neumožňujícím uplatnit právo podle § 67b odst. 12, osobou zbavenou způsobilosti k právním úkonům nebo nezletilou osobou, má práva podle věty první zákonný zástupce tohoto pacienta, popřípadě osoba určená tímto zákonným zástupcem.

(4) Jestliže zemřelý pacient za svého života vyslovil zákaz poskytování informací o svém zdravotním stavu, právo na informace o jeho zdravotním stavu, včetně práva nahlížet v přítomnosti zdravotnického pracovníka do zdravotnické dokumentace nebo do jiných zápisů vztahujících se ke zdravotnímu stavu pacienta, a právo pořizovat z nich výpisy, opisy nebo kopie mají osoby blízké pouze v případě, že je to v zájmu ochrany jejich zdraví nebo ochrany zdraví dalších osob, a to v rozsahu nezbytném pro ochranu zdraví. Tímto ustanovením nejsou dotčeny povinnosti zdravotnických zařízení stanovené zvláštními právními předpisy 2a).

§ 67bb

(1) Zdravotnický pracovník má právo v případě pochybností o totožnosti osoby, popřípadě jejího vztahu k pacientovi, které náleží práva podle § 67b odst. 12 nebo § 67b odst. 3 nebo 4, požadovat, aby tato osoba prokázala svou totožnost.

(2) Zdravotnické zařízení je povinno zajistit, aby osoba, která může nahlížet podle tohoto zákona do zdravotnické dokumentace nebo do jiných zápisů vztahujících se ke zdravotnímu stavu pacienta, anebo si může pořizovat výpisy, opisy nebo kopie těchto dokumentů, nezjistila osobní údaje třetích osob. Rodné číslo pacienta lze poskytnout pouze osobám blízkým nebo osobám, které mají právo na informace podle § 67b odst. 12, pokud tyto osoby prokáží, že jim pacient nebo jeho zákonný zástupce udělil na základě zvláštního právního předpisu upravujícího nakládání s rodnými čísly souhlas k využití jeho rodného čísla.

Komentář

Poskytování informací blízkým osobám pacientů hospitalizovaných na odděleních intenzivní péče je nedílnou součástí práce lékaře. V případě nekompetentního nemocného mají právo na poskytování aktuálních informací osoby blízké dle § 67b odst. 12 písm. d). V klinické praxi je někdy pro lékaře obtížné určit okruh blízkých osob obzvláště v případě složitých rodinných vztahů. Poskytování informací je v kompetenci lékaře, který dle zákonné normy poskytuje pouze „aktuální“ informace o zdravotním stavu. Mezi zdravotnickými pracovníky a jistě ani mezi veřejností není příliš rozšířena znalost § 67bb odst. 1, podle kterého je zdravotník oprávněn požadovat průkaz totožnosti osoby blízké, případně jejího vztahu k pacientovi. Vhodný je vždy zápis o poskytnutí informací do dokumentace. Současně ale dle Úmluvy o biomedicině v článku 10 je stanoveno, že každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví a bez jeho souhlasu by neměly být poskytnuty informace jiným osobám. Úmluva má aplikační přednost před Ústavou a tedy i před výše uvedenými zákony.

1.4.5 Zákon o veřejném zdravotním pojištění

48/1997 Sb., zákon ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

§ 13

(1) Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav a zdravotní péče uvedená v odstavci 3.

Komentář

Ze zákona o veřejném zdravotním pojištění vyplývá, že bude hrazena péče s cílem zachování či zlepšení zdravotního stavu nemocného. V případě poskytování péče, která nemůže vést k tomuto cíli a není z odborného hlediska indikovaná, by neměla být hrazena. Laická veřejnost se i pod vlivem medializace některých případů domnívá, že pacient má právo na veškerá diagnostická a léčebná postupy, které on sám shledá za vhodné, přestože z medicínského hlediska nejsou indikované. Obdobná je situace u osob neuznávajících některé způsoby léčby, kterou svobodně oprávněně odmítají, ale současně vyžadují alternativní postupy, které mohou být mnohem nákladnější, odnímajících ekonomické zdroje z jiných oblastí medicíny. V současné době je připravován návrh změny definice

hrazené péče, která je uvedena ve věcném záměru připravovaného Zákona o veřejném zdravotním pojištění:

...z veřejného zdravotního pojištění se hradí jen takové zdravotní služby, u kterých existují odůvodněné předpoklady, že jsou účinné, které jsou přiměřené zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, kterého má být jejich poskytnutím dosaženo, a které jsou při srovnatelném výsledku poskytnuty ekonomicky nejméně náročným způsobem, nestanoví-li zákon jinak. Přitom nejsou hrazeny takové zdravotní služby, které sice splňují uvedené podmínky, avšak náklady na jejich poskytnutí jsou neúměrně vysoké vzhledem k očekávanému užítku pro pojištěnce...

Z medicínského hlediska je to pro lékaře vítaný krok k tomu, aby veřejnost pochopila, že zdroje každé společnosti jsou omezené, že jsou si všichni ve svých právech včetně práva na poskytování zdravotních služeb rovni a že jedna skupina obyvatel nemůže být preferována na úkor druhé. Současně by měly být zajištěny legislativní podmínky pro možnost poskytování vyžádané péče placené z prostředků pacienta, pokud si bude nákladnější péči přát a pokud dané zařízení bude schopno tuto léčbu poskytnout bez omezení dostupnosti zdravotních služeb a práv ostatním pacientům.

1.4.6 Charta práv umírajících

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících“ (zkráceně „Charta práv umírajících“) není zákonnou normou, formulace jednotlivých bodů by se mohla stát podkladem pro pochopení zákonodárců dané problematiky a následně pro úpravu legislativy. Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na jeho 24. zasedání.

<http://www.ikem.cz/www?docid=1002386>

Znění textu:

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že

„prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“

4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.

5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.

6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.

7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

- Nedostatečnou dostupností paliativní péče a účelné léčby bolesti
- Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby
- Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného
- Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
- Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
- Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
- Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících
- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými

mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
- Umírání o samotě a v zanedbání
- Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží
- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
- aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
- aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
- aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla

mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince

- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
- aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetrována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí

být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení

- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

Komentář

Charta práv umírajících nemá právní sílu, nicméně formulace v ní obsažené vycházejí jednak ze základních práv člověka (právo na autonomii, ochranu důstojnosti, na rovnost dostupné péče) a současně vychází z podrobných znalostí potřeb umírajících osob v kontextu prudce se rozvíjející medicíny včetně intenzivní péče. Tyto aspekty byly shrnuty do uvedených bodů s výzvou jednotlivým státům o jejich uplatnění v praxi. V našem státě jsou postupně naplňovány body ohledně zřízení a rozšíření paliativní medicíny v praxi včetně možnosti postgraduálního vzdělávání v tomto oboru. Celá problematika paliativní medicíny překračuje rámec této práce a nebude podrobně rozebírána. V užším slova smyslu se paliativní péče týká i nemocných v intenzivní péči, kdy základní práva a přání

nemocného vyjádřená i Chartou práv umírajících musí být plněna a na druhou stranu právě v oblasti intenzivní medicíny je mnohdy zapomínáno na to, že smrt je součástí života, že přes pokrok medicíny existují stavy terminální a nezvratitelné a že u těchto nemocných je nutné přehodnotit cíle léčebného úsilí. V uvedených případech je nutné zaměřit snahu našich postupů na ukončení a nepokračování neúčelných diagnostických a léčebných postupů, které všechny mají vedlejší účinky, mnohé jsou spojeny s bolestí (invazivní techniky, odběry biologického materiálu apod.) a mohou vést pouze k prodlužování umírání a strádání nemocného. Je nutné edukovat zdravotnický personál (který je díky svému zaměření soustředěn na zachování a ochranu vitálních funkcí, řešení urgentních situací, ovládání techniky, nárůst požadavků na písemnou dokumentaci) o měnících se potřebách lidské bytosti na konci života. Fyzická bolest, pocit žízně, strachu, obava ze ztráty autonomie, pocit úzkosti, napětí, osamocení, obavy ze závislosti jakéhokoliv druhu na ostatních, nenaplnění základních sociálních, psychologických a spirituálních potřeb jsou nejčastějšími obavami. Zajištění uvedených potřeb je v podmínkách intenzivní péče obtížné, ale dosažitelné. Charta ukazuje mimo jiné právě na riziko umělého prodlužování procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného, současně na umírání o samotě a v zanedbání, v sociální diskriminaci, důležité je i zdůraznění zamezení omezování život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů, které je nepřijatelné, současně žádá legislativní zajištění respektování odmítavého postoje pacientů vyjádřeného písemným projevem vůle (living will) a současně nebude porušeno právo na život. Je nutné říci, že Charta práv umírajících je jednoznačně moderním dokumentem, který je ve svých formulacích konkrétní, nevybočuje z obecných zákonných norem, ale jistě je ve své konkrétní podobě předchází. Přestože Charta nemá právní sílu, uplatňování formulovaných principů v klinické praxi je z etického i medicínského hlediska jednoznačně podporováno a je výzvou právě pro oblast intenzivní medicíny, která má v mnohých bodech své rezervy.

1.4.7 Organizace paliativní péče

Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy 24 (2003) o organizaci paliativní péče, přijaté Výborem ministrů 12. listopadu 2003 na 860. zasedání zástupců ministrů je zásadním dokumentem celoevropského významu, který klade důraz na paliativní péči jako významnou součást systému zdravotnických služeb, definuje základní pojmy v oblasti paliativní péče, shrnuje zkušenosti z mnoha zemí a doporučuje opatření nezbytná k dalšímu

rozvoji paliativní péče na mezinárodní úrovni a k vytvoření národního rámce pro paliativní péči v jednotlivých členských zemích

(<http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=216>)

V následujícím textu jsou vybrané pasáže doporučení Výboru ministrů Rady Evropy se vztahem k oblasti intenzivní medicíny.

Výbor ministrů, na základě ustanovení čl. 15 písm. b Statutu Rady Evropy,

- s přesvědčením, že úcta k nevléčitelně nemocným a umírajícím vyžaduje především poskytování patřičné péče ve vhodném prostředí, jež jim umožní zemřít důstojně;
- uznává, že cílem práva na zdravotní péči je nejvyšší dosažitelné blaho pacienta bez ohledu na věk, etnický původ, ekonomické nebo sociální postavení a povahu nemoci či obtíží;
- vědom si toho, že paliativní péče je aktivní, úplná péče o pacienty v pokročilém stádiu progredujících nemocí s cílem mírnit bolest a jiné symptomy a nabízet psychologickou, sociální a duchovní podporu;
- vědom si toho, že cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života pacientů a jejich rodin;
- vědom si toho, že paliativní péče má za cíl pomáhat mužům, ženám a dětem v pokročilém stádiu progredujících nemocí těšit se až do konce z co nejlepší kvality života a že neusiluje ani o urychlení, ani o oddálení smrti;
- s ohledem na to, že paliativní péče podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces a není vedena beznadějí či fatalismem;
- s ohledem na to, že je nutné usilovat o rozvoj kvalitní a humánně poskytované péče, aby se stala zásadní součástí zdravotní péče o pacienty na konci života;
- uznává, že všichni lidé na konci života si přejí, aby se k nim zdravotníci chovali jako k plnohodnotným lidem a aby jim byla věnována kvalifikovaná péče s cílem zachovat důstojnost a podporovat nezávislost, zmírňovat symptomy a maximalizovat pohodlí;
- uznává, že paliativní péče, stejně jako každá jiná lékařská péče, by měla být orientována na pacienta, že by se měla řídit pacientovými potřebami a brát v úvahu jeho hodnoty a preference a že důstojnost a samostatnost jsou pro pacienty potřebující paliativní péči klíčové,

doporučuje, aby vlády členských států:

1. Přijaly politická, legislativní a jiná opatření nezbytná k vytvoření jednotného a komplexního národního rámce pro paliativní péči;
2. Za tímto účelem přijaly, jakmile to bude proveditelné a s ohledem na svou národní situaci, opatření uvedená v příloze k tomuto doporučení;
3. Podporovaly vytváření mezinárodních sítí organizací, výzkumných a dalších institucí činných v oblasti paliativní péče;
5. Podporovaly aktivní a cílené šíření tohoto doporučení a jeho důvodové zprávy

Komentář

Paliativní péče je široká oblast činností, které se týkají poskytování péče a uspokojování základních a specifických potřeb umírajících nemocných. Problematika paliativní medicíny byla soustředěna zpočátku na nemocné s onkologickými onemocněními, později se rozšířila na nemocné v terminálním stadiu nenádorových onemocnění a v posledních letech se tento pojem dostává i do oblasti intenzivní medicíny. Zdánlivý paradox spočívá v tom, že pod pojmem intenzivní medicína si většina zdravotnické i laické veřejnosti představuje intenzivní a urgentní léčbu pomocí různých přístrojů, techniky, drahých speciálních léků, invazivních postupů. Nicméně i na těchto odděleních jsou léčeni pacienti, jejichž stav se vyvíjí nepříznivě a veškerá snaha o záchranu života je marná a nemocní umírají. V této chvíli je nutné se oprostít od primárních cílů záchrany života, ale zaměřit své úsilí na péči o umírajícího nemocného a jeho rodinu ve všech aspektech s tímto stadiem onemocnění spojených. Výzva Charty práv umírajících a organizace paliativní péče se tedy týká změny pohledu na potřeby těchto nemocných a jejich rodin. Zajištění důstojného prostředí a chování zdravotnického personálu, eliminace strachu, bolesti, snaha o „zlidštění“ technického prostředí oddělení ARO/JIP se zajištěním soukromí bez pocitu samoty a zbytečnosti jsou cíle, o které musíme vždy usilovat. Důležitá je výchova celého personálu, aby zajištění nejen fyzických, ale i sociálních, psychologických a duchovních potřeb bylo bráno s plnou vážností, kdy důležitost těchto potřeb pro tohoto nemocného je na stejné úrovni jako např. podpora orgánových funkcí jiného pacienta.

1.5 Základní principy lékařské etiky

Lékařská etika je součástí aplikované etiky, jejím cílem je rovnocennost odbornosti a lidskosti v lékařské praxi. Předmětem lékařské etiky jsou morálně-etické problémy lékařské praxe (54, 55). Mezi základní principy lékařské etiky patří:

Princip nepoškodit nemocného (nonmaleficence, „primum non nocere“)

V klinické praxi uplatnění uvedených principů znamená vyhýbat se všem postupům, které by mohly mít negativní dopad na nemocného a kdy případný nežádoucí efekt či riziko pro nemocného nejsou adekvátně a zřetelně vyváženy přínosem zvolené metody či postupu. Není-li možno považovat léčbu za účinnou a přínosnou, pak její zahájení či pokračování lze označit za postup, který není v zájmu a ku prospěchu nemocného.

Princip autonomie

Autonomie pacienta představuje nezávislost, svébytnost, samostatnost, sebeurčení, svobodu vůle včetně práva na rozhodování o svém životě či souhlasu se všemi navrhovanými medicínskými postupy. Princip autonomie je v anglosaské moderní společnosti kladen na vysokou příčku uznávaných hodnot a měl by být vždy respektován. Nicméně v praxi pro lékaře to neznamena, že za každých okolností bude pouze plnit přání nemocného. V rámci tohoto principu je více než žádoucí uplatňování partnerského vztahu mezi lékařem a pacientem a opuštění paternalistického přístupu lékaře. Pacient musí být (pokud je toho schopen a pokud si to přeje) informován o všech postupech, které jsou plánovány včetně postupů alternativních a všech rizik s nimi spojených. Nemocný s navrhovanými postupy musí vyjádřit souhlas. V případě odmítání navrhovaných postupů je lékař povinen nemocného opakovaně informovat včetně důsledků, které z neposkytnutí navrhovaného postupu či jeho alternativ plynou, nicméně nesmí vystavovat nemocného nátlaku. Pokud nemocný trvá na svém odmítavém postoji, který je neovlivněný léky či jeho zdravotním stavem, lékař by měl pacientovo přání respektovat. V případě nesouhlasu lékaře s pacientovým rozhodnutím, kdy lékař vidí možnou záchranu života či jeho zdraví, může vyčkat až do období, kdy nemocný není schopen vyjádřit své přání a za cenu jistě již větších nároků ekonomických i lidských svůj postup uplatnit. I zde by ale v případě soudního přezkumu bylo zvažováno, zda by nemocný v daném okamžiku změnil své rozhodnutí či nikoliv. Dalším způsobem je možnost převzetí péče o nemocného jiným lékařem, který bude přání nemocného respektovat. Lékař nemusí vždy a za všech okolností respektovat přání nemocného, pokud je to proti jeho přesvědčení a sám by se vystavoval porušení svého vlastního práva na autonomii.

Princip dobročinnosti (beneficence)

Princip beneficence, tj. konání vždy „v zájmu a ku prospěchu“ nemocného vyjadřuje požadavek konání v zájmu zachování života a zdraví nemocného. Tento princip obsahuje

základní pravidla lékařského jednání: ochrana života, obnovení zdraví, zlepšení kvality života, úleva od strádání a bolesti.

Princip spravedlnosti

Reálná dostupnost zdravotní péče může být omezena z důvodů geografických, lidských možností, ekonomických apod. I ve vyspělých státech jsou ekonomické zdroje omezené a jejich spravedlivá alokace bez jakékoliv diskriminace je vyžadována. Princip spravedlnosti a rovnosti je v ekonomicky silných zemích dodržován, kdy zdravotní péče je uplatňována na principu solidarity. Zdraví plátcí zdravotního pojištění solidárně doplňují prostředky pro nemocné spoluobčany, kdy není v možnostech většiny lidí hradit individuálně nákladnou péči při různých onemocněních. V tomto kontextu je viditelný princip upřednostňování zájmů jedince před společností. Na druhé straně si ale musíme uvědomit, že neadekvátní čerpání zdrojů vyžadovaných jednotlivcem tam, kde se léčba jeví jako zcela neúčelná a zbytečná je v kontradikci se solidárností systému a naopak, neadekvátní nadměrná alokace zdrojů jednotlivcům může vést k poškození většiny obyvatelstva. Příkladem může být právě intenzivní medicína, kde pokračováním nákladných postupů můžeme prodlužovat život nemocného o dny, event. týdny, nicméně nákladnost této z pohledu medicínského, lidského a etického marné léčby může vést k nedostatku financí pro zabezpečení vakcíny pro chřipková onemocnění obyvatel jednoho kraje apod. Poskytování neodůvodněných léčebných postupů, které nemohou zachovat život a zlepšit zdravotní stav nemocného v jeho terminálním stadiu onemocnění je v rozporu s principem spravedlnosti v poskytování péče ve společnosti. Cesta ke spravedlivější aplikaci zdravotní péče musí být vedena smyslem pro solidaritu ve formě určité rovnováhy mezi svobodou neomezené spotřeby zdravotnických služeb a odpovědnosti za náklady této nadměrné spotřeby.

1.6 Kategorizace nemocných

Rozhodovací procesy o rozsahu poskytované léčby jsou součástí denní klinické praxe a v případech terminálně nemocných představuje i určitý stupeň omezení léčby (8, 15). Objevila se snaha o provádění „kategorizace nemocných“ vzhledem k jejich současnému klinickému stavu, možnostem léčby a předpokládanému klinickému výsledku. Proces „kategorizace“, aniž si to mnozí lékaři uvědomují, probíhá denně v každém oboru.

„Kategorizace“ představuje stanovení rozsahu diagnostických a terapeutických postupů u individuálního nemocného s ohledem na anamnézu, dosavadní průběh onemocnění, stupeň a rozsah orgánové dysfunkce, stupeň narušení integrity organismu, reakce na dosavadní

terapii, prognózu nemocného z krátkodobého a dlouhodobého hlediska se zřetelem na výchozí a předpokládaný dosažený stupeň kvality života.

Kategorizace nemocných je prováděna (a vůbec není zpochybňována) např. v rámci medicíny katastrof. Hromadná neštěstí (týká se i poranění několika osob najednou) jsou provázána omezeným počtem lidského a technického potenciálu zdravotnické pomoci je prováděna tzv. triage. Jedná se o přísnou kategorizaci zraněných, kdy jsou časová posloupnost a rozsah poskytované pomoci řízeny stupněm a závažností poranění včetně předpokládané prognózy přežití, tedy předpokladem účelnosti vynakládaných omezených zdrojů (59, 60). Omezený počet lůžek na jednotkách intenzivní a resuscitační péče vedl k zahájení diskuse o pravidlech pro přijetí nemocného do intenzivní péče, resp. vymezení kritérií pro odmítnutí přijetí nemocného na ICU. Tento aspekt kategorizace se jeví jako velice obtížný z hlediska odhadu přínosu přijetí a poskytování péče na těchto odděleních, přesto např. polymorbidita a nesoběstačnost v kombinaci s vysokým věkem je důvodem odmítnutí přijetí na ICU na některých pracovištích (61).

V podmínkách intenzivní péče představuje systém kategorizace jeden z možných způsobů realizace tzv. end-of-life decision (EOLD). Způsob a provádění systému kategorizace (v jakékoliv formální podobě) na daném pracovišti jsou vždy určovány postojem zdravotnického personálu k dané problematice a měly by být výsledkem konsensu všech zúčastněných.

Definování jednotlivých „kategorií nemocných“ by nemělo být nikdy prováděno s pocitem, že se jedná o něco nelegálního, neetického a vybočujícího ze současných právních či etických norem. Závěr Centrální etické komise MZ ČR (1997) formuluje stanovisko, že: „...záznam v dokumentaci vyjadřující názor lékaře na stav nemocného, jeho prognózu a formulující jeho úvahu o zavedení či nezavedení diagnostických a léčebných postupů je nedílnou součástí dokumentace a z tohoto pohledu takovýto záznam není v rozporu s etikou lékaře...“ a dále, že: „...formulace názoru na prognózu nemocného (kategorizace, označení atd.) je plně v kompetenci lékaře...“.

Výhody kategorizace:

- součást léčebného plánu
- usnadňuje orientaci zdravotnického personálu
- zajišťuje kontinuitu rozsahu poskytované léčebné a ošetrovatelské péče
- omezení počtu neúčelných diagnostických a léčebných postupů, které nemohou ovlivnit prognózu nemocného

- představuje snahu neposkytovat léčbu, kterou lze v dané konkrétní situaci označit za „futile“ – marnou
- umožňuje koncentraci ošetřujícího personálu na nemocné s reálnou nadějí na příznivý klinický výsledek a současně klade důraz na etický a lidský přístup k nemocným s omezením terapie

Nevýhody kategorizace:

- možný negativní postoj personálu či rodiny k systému kategorizace
- přes konsensus zúčastněných možnost dilematu při nepředpokládané změně stavu či v případě řešení/neřešení iatrogeních komplikací apod.
- kategorie v obecné poloze neřeší jednotlivé kroky, které mohou být příčinou nejasností u ošetřujícího personálu případně rodiny

Kategorizace nemocných ve formální podobě

- je vždy vnitřní záležitostí daného pracoviště
- je legální a etická
- jednotlivé součásti léčby (ponechání či odejmutí) jsou výsledkem odborného rozhodnutí
- nemá závazný charakter pro jiná pracoviště v případě překlady nemocného na jiné oddělení
- nemá závazný charakter pro lékaře např. ve službě v případě jiného názoru, kdy je zodpovědnost za nemocného plně na přítomném ošetřujícím lékaři
- nemá charakter „rigidního dogmatu“, který nelze v případě nutnosti měnit
- vlastní označení kategorie by nemělo být součástí propouštěcí zprávy
- užívání označení „kategorie“ v komunikaci s rodinou není vhodné

Kategorizace v klinické praxi

Jedním z prvních příkladů kategorizace je ordinace nezahajovat resuscitaci (do not resuscitate DNR) a to nejen na jednotkách resuscitační a intenzivní péče, ale i na standardních odděleních.

Kategorizace nemocného do nejasných terminologických pojmů jako je „bazální, paliativní, symptomatická apod. terapie“ je aplikována na řadě pracovišť, obsah pojmů je ale odlišný. V posledních letech se sjednocuje terminologie do základních pojmů jako je nerozšiřování léčby (withholding therapy WH) či vysazení, odejmutí léčby (withdrawing therapy WH). Nicméně ani v této době neexistuje konsensus, co konkrétně je přesným obsahem

jednotlivých kategorií a v případě jejich aplikace a formalizace je nutné obsah konkretizovat.

Na našem pracovišti byla zavedena formální kategorizace v roce 1995 a od té doby prošla značným vývojem (15). Do klinické praxe byla zavedeny následující kategorie:

- Kategorie 1 - maximální léčba využívající všechny dostupné diagnostické a terapeutické postupy (včetně eliminačních technik, imunonutrice, jugulární oximetrie, zavedení Swan-Ganzova katetru, KPCR apod.)
- Kategorie 2 - maximální terapie do okamžiku selhání životních funkcí, součástí je DNR
- Kategorie 3 - léčba využívající diagnostické a terapeutické postupy obecně přijímané jako nezbytný minimální standard v terapii daného stavu, součástí je DNR
- Kategorie 4.1 - nerozšiřování nastavené terapie (včetně nezvyšování dávek katecholaminů v případě hypotenze apod.), součástí je DNR
- Kategorie 4.2 – vysazení veškeré terapie (ponechání pouze analgezie, sedace, infuzní terapie a ventilace), součástí je DNR

Na základě zkušeností s uvedeným systémem kategorizace došlo od roku 1999 ke změně obsahu jednotlivých kategorií:

- Kategorie 1 (plná léčba) - maximální léčba využívající všechny dostupné diagnostické a terapeutické postupy respektující aktuální názor medicíny na postupy u daného stavu
- Kategorie 2 (zadržovaná terapie) - stávající terapie je považována za maximální s ohledem na stav a prognózu, není rozšiřováno spektrum diagnostických a terapeutických postupů
- Kategorie 3 (základní, bazální terapie) – ponechání ošetrovatelské péče, analgezie, sedace a infuzní terapie. Jsou vysazovány postupy orgánové podpory, součástí může být i terminální odpojování od ventilátoru.
- Ordinance DNR je stanovena paralelně bez přímé vazby na jednotlivé kategorie.

V současné době na našem oddělení není užívána výše uvedená kategorizace z důvodu nevýhod s tímto explicitním označováním spojené. U všech nemocných je denně přehodnocován rozsah poskytované léčby a v případě rozhodnutí o omezení neúčelné terapie je v dokumentaci proveden zápis se stručnou epikrízou nemocného, se zdůvodněním rozhodnutí o omezení léčby a typem omezení. Jsou používány termíny nerozšiřování/vysazení postupů orgánové podpory s následným písemným vymezením, které konkrétní postupy orgánové podpory či farmaka nebudou nasazeny či budou vysazeny a z jakých důvodů.

Aplikace systému kategorizace (v jakékoliv formě) je jedním z etických a legálních způsobů, jak zajistit v systému limitovaných zdrojů všem kriticky nemocným takovou léčbu, která odráží současný stav lékařské vědy. Kvalita rozhodnutí v jednotlivých klinických situacích bude vždy záviset na profesionální vyspělosti, osobním svědomí, míře odpovědnosti, stupni etického myšlení a ochotě jednotlivých lékařů obhájit své stanovisko a názor. Odpovědnost za rozhodnutí nese vždy lékař.

1.7 Eutanázie, asistovaná sebevražda

Otázka eutanázie je velice široká a složitá a podrobné rozpracování tohoto tématu překračuje rámec práce (23, 24, 54, 55). Ve vztahu k problematice omezování léčebných postupů u nemocných v terminálním stavu jejich onemocnění na ARO/JIP je nutné se částečně této problematice věnovat. Eutanázie z řeckého překladu euthanasie (eu = dobře, thanatos = smrt) znamená dobrá smrt. Definice eutanázie v právním řádu neexistuje, ale je obecně vnímána jako úmyslné usmrcení jiné osoby z útrpnosti/soucitu na její výslovné přání/žádost jinou osobou. Belgické právo definuje eutanázii jako „...úmyslné jednání jiné osoby než pacienta, vedoucí k ukončení života pacienta na jeho vlastní žádost...“. V literatuře se často objevují pojmy jako pasivní eutanázie, aktivní eutanázie, vyžádaná či nevyžádaná eutanázie, které jsou zavádějící a často kritizované.

- *Pasivní eutanázie* (strategie „odkloněné stříkačky“) – způsob neprovádění léčebných zásahů na přání nemocného či vysazení léčebných postupů v terminálním stavu pacienta.
- *Aktivní eutanázie* (strategie „přeplněné stříkačky“)- aktivní usmrcení člověka na jeho přání podáním nějaké látky či prostředku jinou osobou, zpravidla lékařem ze soucitu.
- *Nevyžádaná eutanázie* - omezení léčebných postupů u nekompetentních nemocných (obdobné pojmu pasivní eutanázie).
- *Nepřímá eutanázie* - navození smrti pacienta jako vedlejší účinek paliativní léčby (zvýšené dávky opioidů a sedativ) zmírňující bolest a distres nemocného mohou vést k urychlení smrti.

Souhrnem lze říci, že právní řád České republiky eutanázii nedefinuje, nicméně eutanázie v širším slova smyslu je vnímána jako úmyslné usmrcení nemocného ze soucitu jinou osobou než pacientem samým a to na jeho vlastní žádost. Přívlastky používané k eutanázii jako pasivní, aktivní, nevyžádaná, nepřímá apod. nesplňují uznávaný výklad eutanázie, vedou k matení veřejnosti zdravotnické i laické a svým negativním nábojem, jak je

eutanázie z historické doby vnímána, ohrožují vztahy mezi lékaři, nemocnými a jejich rodinami.

V anglosaské literatuře se mimo eutanázii vyskytují pojmy „assisted suicide“, „assisted dying“, „physicians assisted dying“ aj. Tyto pojmy se ve svém obsahu liší.

- *Assistance in dying, assisted dying* je nejširším konceptem zahrnující jakoukoliv osobu či instituci, která napomáhá či asistuje při umírání (laické osoby či společnosti i zdravotníci, profesionálové) a všechny způsoby pomoci při umírání včetně asistované sebevraždy a eutanázie.
- *Physician-assisted death*- lékařem asistovaná smrt představuje všechny druhy asistencí a pomoci při umírání, na kterých se nějakým způsobem lékař podílí.
- *Physician-assisted suicide (PAS)* - lékařem asistovaná sebevražda je částí výše uvedeného konceptu, kdy se lékař podílí předepsáním letálních dávek léků či přímo pomocí při zahájení aplikace (infuze) léků pacientem, zavádění kanyl, sond apod.

V literatuře jsou pojmy pomoc v umírání, lékařem asistované umírání a PAS nesprávně zaměňovány. Z uvedené terminologie je zřejmé, jak důležitá je definice daného pojmu. Asistovaná sebevražda či PAS jsou v některých státech za určitých podmínek legalizovány a praktikovány. V České republice je PAS trestným činem, protože formulace zákona zní „...kdo jiného pohne k sebevraždě nebo jí napomáhá...“ Lékařem asistovaná sebevražda je legalizována v Holandsku a v USA ve státě Oregon, nicméně v každém státě musí být splněna řada náležitostí, které se v obou státech významně liší, postup asistované sebevraždy je beztrestný ve Švýcarsku.

2 Cíle a metodika práce

Cíl 1: Formulace základních východisek nezbytných pro rozhodovací procesy u nemocných v intenzivní péči s nepříznivou prognózou v rámci stávajících právních norem České republiky a jejich aplikace v praxi.

Metodika: Pro formulace základních východisek nezbytných pro rozhodovací procesy u nemocných v intenzivní péči s nepříznivou prognózou bylo nutné sjednotit terminologii používanou v literatuře, vybrat a skloubit základní medicínské, etické a právní aspekty související s problematikou „end-of-life decision“. Provedením retrospektivních observačních studií bylo na pracovišti autorky sledováno uplatňování základních principů rozhodovacích procesů v klinické praxi. Mezi základní sledované ukazatele patřilo: počet nemocných zařazených do systému kategorizace a počet nemocných, u kterých došlo ke změně kategorie, počet nemocných, u kterých bylo provedeno ukončování ventilační podpory, klinický výsledek, diagnóza, způsob a trvání ukončování ventilační podpory, písemná dokumentace, informování rodiny. Podrobná metodika je uvedena v kopiích publikovaných prací v oddílu „Vlastní práce“.

Cíl 2: Posouzení krátkodobých i dlouhodobých ukazatelů klinického výsledku (přežití nemocných, kvalita života) u obecné populace a vybraných diagnostických skupin nemocných přijatých do intenzivní péče.

Metodika: V multicentrické observační studii bylo sledováno hodnocení klinického výsledku a kvality života po 6 a 12 měsících od hospitalizace pomocí české verze dotazníku SF-36 u vybraných populací nemocných v intenzivní péči. Podrobná metodika je uvedena v kopii publikované práce v oddílu „Vlastní práce“.

Cíl 3: Posouzení výše nákladů u nemocných v intenzivní péči ve vztahu k dosaženému klinickému výsledku se zaměřením na vybrané diagnostické skupiny.

Metodika:

Pro posouzení výše nákladů u nemocných v intenzivní péči byla prováděna prospektivní observační monocentrická a multicentrická studie, kam byli zařazeni všichni nemocní přijatí na jednotlivá pracoviště intenzivní péče ve sledovaném období. Byly sledovány základní demografické údaje pacientů, typ přijetí, základní diagnostické skupiny, doba hospitalizace, náklady na léčbu, klinický výsledek. Byly sledovány rozdíly mezi

jednotlivými skupinami nemocných. Podrobná metodika je uvedena v kopiích publikovaných prací v oddílu „Vlastní práce“.

Cíl 4: Získání údajů o postojích a názorech lékařů pracujících na ARO/JIP v České republice k otázkám omezení rozsahu poskytované léčby u nemocných v intenzivní péči – národní studie.

Metodika: K získání údajů o názorech lékařů pracujících na oddělení ARO/JIP k otázkám omezení rozsahu poskytované léčby bylo použito prospektivní dotazníkové studie. Lékařům – členům Sekce intenzivní medicíny České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny byl zaslán dotazník vypracovaný autory studie s otázkami zaměřenými na zjištění názorů na problematiku EOLD. Součástí studie byla i jednodenní prospektivní multicentrická studie, která sledovala počet nemocných, jejich diagnózu a způsob omezení léčby na pracovištích intenzivní péče na České republice. Podrobná metodika a originál dotazníku jsou uvedeny jako kopie publikované práce v oddílu „Vlastní práce“.

Cíl 5: Návrh mezioborového konsensuálního stanoviska pro rozhodovací procesy u nemocných v intenzivní péči s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí

Metodika: Návrh mezioborového a konsensuálního stanoviska pro rozhodovací procesy u nemocných v intenzivní péči vzniká s využitím recentních literárních pramenů, zákonných a etických norem České republiky a diskusí odborníků z oblasti intenzivní medicíny, práva, teologie a etiky.

3 Vlastní práce

Vlastní práce je prezentována formou publikovaných výstupů s komentářem, který odráží současný pohled na danou problematiku.

3.1 Formulace východisek pro rozhodovací procesy

Cílem disertační práce bylo formulování základních východisek nezbytných pro rozhodovací procesy u nemocných v intenzivní péči s nepříznivou prognózou v rámci stávajících právních norem České republiky a jejich aplikace v praxi.

Vybrané publikované výstupy (Přílohy 3-7):

1. Černý, V., Pařízková, R., Nalos, D., Jahodářová, R. Etické a právní aspekty „kategorizace nemocných“ v intenzivní péči. *Anesteziologie a neodkladná péče*, 2000, 11, Suplementum 1, s. 37-39.
2. Pařízková, R., Černý, V., Dostál, P. Zkušenosti s kategorizací nemocných v resuscitační péči, *Anesteziologie a neodkladná péče*, 2000, 11, s. 176-180.
3. Černý, V., Pařízková, R., Jahodářová, R., Herold, I., Nalos, D. Ukončování ventilační podpory u nemocných v intenzivní péči, *Anesteziologie a neodkladná péče*, 2001, 12, s. 64-68.
4. Pařízková, R., Černý, V., Dostál, P., Jahodářová, R. Zkušenosti s ukončováním ventilační podpory u nemocných v intenzivní péči, *Anesteziologie a neodkladná péče*, 2001, 12, s. 69-72.
5. Pařízková, R., Černý, V., Dostál, P. Ukončování ventilační podpory u nemocných v intenzivní péči. *Čas. Lék. Čes.*, 2003, 142, s. 398-402.

3.1.1 Komentář

V 80. letech minulého století byly zahájeny diskuse o efektivním využívání ekonomických zdrojů v oblasti prudce se rozvíjející nákladné intenzivní medicíny. Stále rostoucí ekonomická náročnost intenzivní péče vedla k vyvolání otázek, kam až se může intenzivní péče ubírat, protože ekonomické zdroje jsou omezené a trvalý prudký vzestup nákladů je neudržitelný. Tento ekonomický aspekt byl iniciátorem nejen diskusí na stránkách odborných časopisů ohledně nutnosti využívání všech zdrojů u těch nemocných, kde lze očekávat přínos poskytované léčby, ale i příčinou změny a vývoje klinické praxe (1, 2, 3, 4). Lékařská věda i v této oblasti začala narážet na nové otázky a problémy především z oblasti etiky, bylo nutné sladit zájmy společnosti a zájmy jednotlivce. Formulace a uplatňování základních etických principů v medicíně se týká všech oborů včetně intenzivní medicíny. Veřejně začaly být diskutovány i otázky terminálních stavů nemocných, které do té doby byly vymezeny prakticky pouze pro onkologicky nemocné. Zdravotnická i široká veřejnost si pod vlivem otevřených informací začíná uvědomovat, že přes dosažený pokrok má medicína stále své hranice a že pokračování v terapeutických postupech intenzivní medicíny u nemocných v terminálním stadiu neřešitelného stavu může vést nikoliv k dobru nemocného, ale naopak, může vést pouze k prodlužování utrpení a strádání bez naděje na zlepšení klinického výsledku a tím se dostává do rozporu se základními etickými principy a otevřeně se hovoří o umělém prodlužování umírání či „zadržení smrti“. Je nutné ale zdůraznit, že sice iniciátorem změn byla oblast ekonomická, nicméně klinická praxe nesmí být ve vyspělých zemích tímto aspektem ovlivněna ve smyslu cíleného omezení léčby z ekonomických důvodů, který není podložen odborně medicínsky a je v rozporu Charty práv umírajících.

Ekonomické důvody otevřely otázky, které se staly předmětem diskusí nejen v oblasti medicíny, ale i juristiky, etiky, kultury a náboženského vyznání. Je nutné říci, že se jedná o zásadní změnu myšlení a „vnitřní filosofie“ při uvažování nad nemocným. Dochází k zásadní změně v tom, že pokud je medicínsky odborně podloženo, že nemocný se nachází v terminálním stadiu svého onemocnění, nereaguje na poskytovanou léčbu zlepšením svého stavu a klinický výsledek bude jednoznačně nepříznivý, v tu chvíli pokračování diagnostických a terapeutických postupů nemůže zvrátit nepříznivou prognózu nemocného a vede pouze k prodlužování strádání, utrpení a prodlužuje umírání. V tomto světle dochází k porušování základních etických principů a práv pacienta a naše léčba a péče by měly být zaměřeny na zajištění komfortu nemocného, eliminaci bolesti, strachu, úzkosti, žízně, hladu, umožnění přítomnosti rodiny a blízkých se zajištěním důstojného prostředí a zacházení

v době umírání. V České republice bylo do té doby tabuizované téma otevřeno publikovanými pracemi z pracoviště autorky (8, 12, 13, 14, 15), kde poprvé zazněly formulace základních principů nezbytných pro rozhodovací procesy u nemocných v intenzivní péči s nepříznivou prognózou v rámci stávajících právních norem České republiky, které byly současně aplikovány v praxi.

Byly zavedeny pojmy jako „kategorizace nemocných“, která představovala určitý rozsah poskytované léčby a péče u nemocného s ohledem na předpokládaný klinický výsledek. V dalších letech se počet a náplň jednotlivých kategorií měnil tak, jak ukázaly potřeby klinické praxe. V současné době na pracovišti autorky již kategorizace (označení či číslování) není používáno, jsou používány české ekvivalenty termínů „withholding a withdrawing therapy“ (nerozšiřování či vysazování, ukončování postupů orgánové podpory) s explicitním popisem v dokumentaci, jaké postupy budou ukončeny či nenasazeny a z jakých medicínských důvodů. Klinická praxe se významně liší i v celém světě a to z důvodů různých právních rádu, vlivu kultury a víry. Termíny „omezování, ukončování apod.“ léčby lze považovat za nevhodné a zavádějící, protože slovo „omezení“ implikuje negativní pocit, že je nemocnému odebráno něco, co si zaslouží, na co má právo a že je v něčem omezen. Opak je pravdou, protože každému nemocnému musí být poskytnuta taková léčba a péče, jakou vyžaduje jeho zdravotní stav. U některého nemocného to mohou být postupy s podáváním nejdražších léků a užitím invazivních postupů, které mohou mít přínos pro jeho klinický výsledek, u jiného nemocného, který se nachází v terminálním stavu svého onemocnění a umírá, je to zaměření na zajištění komfortu, důstojnosti a neprovádění takových postupů, které mohou vést k další bolesti, strádání a utrpení. Význam diskusí spočívá především v tom, že se o těchto problémech hovoří otevřeně, postupy neposkytnutí či odejmutí léčby jsou v plné šíři zaznamenány do dokumentace, což umožňuje zpětné posouzení zvoleného postupu. Vždy se musíme pohybovat v rámci právního rádu a proto od počátku těchto diskusí byla navázána spolupráce s právníky v dalším kroku i spolupráce s odborníky v oblasti sociálních věd, především etiky. Opakovanými zcela otevřenými diskusemi a přednáškami s vysvětlováním pohledu na adekvátní léčbu odpovídající zdravotnímu stavu se podařilo dosáhnout změny v odmítavém stanovisku právníků a etiků při zaznění termínu „ukončení léčby“, kdy došlo k pochopení postoje lékařů a medicínské vědy s následným konsensem, který by měl být vyjádřen společným konsensuálním stanoviskem (viz níže).

Každý nemocný má právo na léčbu a péči, která je adekvátní jeho zdravotnímu stavu a musí se opírat o pevný odborný medicínský základ. Léčba, která se jeví jako zcela marná a neodůvodněná by neměla být u nemocného indikována.

3.1.2 Naplnění cílů - shrnutí

V České republice nebyla do roku 2000 tématika rozhodování o rozsahu poskytované léčby včetně nerozšiřování či ukončování léčebných postupů mimo oblast onkologie veřejně diskutována. Publikované práce z pracoviště autorky byly prvními pracemi v České republice, které formulovaly základní východiska nezbytná pro rozhodovací procesy u nemocných v intenzivní péči s nepříznivou prognózou v rámci stávajících právních norem České republiky (8, 12) – Příloha 3 a 5. Byly identifikovány základní právní normy a ostatní dokumenty týkající se problematiky tzv. „end-of-life decision“ a byly definovány nejčastější pojmy se vztahem k problematice. Byly formulovány základní obecné principy, kde k nejdůležitějším patří: odborně podložené a náležitě zdokumentované nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby je v souladu s etickými principy medicíny a platnými právními normami a nesmí být zaměňováno za nelegální eutanázii. Každý pacient má právo na náležitou odbornou úroveň zdravotních služeb, tj. každému pacientovi musí být poskytnuta léčba a péče, které jsou adekvátní jeho zdravotnímu stavu. Vývoj názorů, rozšiřování diskusí a platformy zúčastněných subjektů z různých oblastí medicíny, práva, etiky, sociálních věd, církve vyústily v ucelený návrh konsensuálního stanoviska pro rozhodovací procesy v klinické praxi (viz kapitola Závěry pro praxi).

Z pracoviště autorky byly publikovány vlastní výsledky aplikace těchto obecných principů v konkrétní praxi. Nerozšiřování či ukončování postupů orgánové podpory včetně umělé plicní ventilace bylo indikováno u nemocných v ireverzibilním stadiu jejich onemocnění, kdy cílem postupů nebylo v žádném případě zkrácení života nemocných, ale neposkytování neúčelné a marné léčby s vytyčením cílů léčby a péče na zajištění komfortu nemocného, lidské důstojnosti, eliminaci bolesti, pocitu hladu, žízně, stresu a dušnosti, uspokojování fyzických, psychologických, sociálních a duchovních potřeb pacienta (13, 14, 15) – Příloha 4, 6 a 7.

3.2 Posouzení ukazatelů klinického výsledku

Cílem práce bylo posouzení krátkodobých a dlouhodobých ukazatelů klinického výsledku nemocných léčených v intenzivní péči. K hlavním sledovaným ukazatelům patří přežití nemocných a kvalita života u obecné populace a vybraných diagnostických skupin nemocných přijatých do intenzivní péče.

Vybraný publikovaný výstup (Příloha 8):

Pařízková, R., Černý, V., Dostál, P., Vašátko, L., Hora, P., Herold, I., Novák, I., Nalos, D. Sledování kvality života u nemocných v intenzivní péči: multicentrická studie. *Anesteziologie a neodkladná péče*, 2001, 12, s. 240-251.

3.2.1 Komentář

Kvalita života je složitý a široký pojem, jehož definice není přesně koncipována a který zkoumá materiální, tělesné, psychologické, sociální a duchovní podmínky pro zdravý a šťastný život člověka. Kvalita života představuje míru individuálního vnímání (prožívání) života v lidské společnosti a musí být definována dvěma základními okruhy - objektivní funkce a subjektivní pocit zdraví. Kategorii „kvalita života“ je nutno posuzovat v maximální možné míře prostřednictvím subjektivního hodnocení vlastního zdravotního stavu a prožívání osobního života individuálním nemocným. Kvalita života je částečně závislá na zdravotním fyzickém stavu, je ale především odrazem způsobu, jakým nemocný cítí, vnímá, prožívá a hodnotí svůj aktuální zdravotní stav a kde hraje významnou úlohu i řada jiných vlivů a faktorů vnějšího prostředí (kulturní, sociální, společenské, rodinné, pracovní, náboženské). Subjektivní hodnocení vlastního zdraví může být ovlivněno i psychologickými faktory (typ osobnosti, povahové rysy a další), které se zdravotním stavem nemusí být v přímé souvislosti. Významný je i časový faktor a životní události, které se mohou podílet na změně životních cílů, priorit a kritérií „kvalitního“ života a jeho úloha se uplatňuje především u chronických stavů. Pojem kvality života je široce uplatňován v mnoha teoretických oborech i praktickém životě. V medicíně se kvalita života a její měření pomocí různých dotazníků stává součástí péče o vybrané skupiny nemocných, kdy se jedná především o pacienty s chronickými onemocněními (onkologičtí nemocní, nemocní s chronickou obstrukční chorobou plicí aj.) a sledování kvality života v souvislosti s některými druhy léčby může po zpětném vyhodnocení vést ke změně způsobu uvažování a postupu u některých populací nemocných. Příklady z onkologie uvádějí snížení kvality života pacientů ne z důvodu bolesti, jak bylo obecně lékaři předpokládáno, ale v důsledku únavy a vyčerpanosti, na které se jistě bolest mohla částečně podílet. Tyto výzkumy mohou vést ke snaze více se zaměřit na snížení těchto symptomů a zlepšení kvality života onkologicky nemocných. Naopak nemocní po prodělaném polytraumatu trpí i po déle než dvou letech od úrazu v 74% snížením kvality života, 16% hodnotí problémy jako závažné, k nejčastějším stížnostem patří trvající bolesti vedoucí k diskomfortu nemocného (56). V souvislosti se zahájením diskusí o omezování rozsahu intenzivní péče a léčby u nemocných s nepříznivou prognózou se stalo hodnocení předpokládané dosažené kvality života nedílnou a nezastupitelnou součástí rozhodovacích procesů, které by se mělo podílet na určení dalších diagnostických a léčebných postupů (18, 19, 28, 29, 39). Stanovení „nízké kvality života“ či „nepřijatelné kvality života“ pro individuálního nekompetentního nemocného v intenzivní péči se ale jeví jako prakticky nemožné a nereálné právě z důvodu

subjektivního hodnocení, které se může lišit zcela diametrálně od hodnocení jiných subjektů včetně zdravotnických pracovníků či rodinných příslušníků. Kasuistická sdělení ukazují, že nemocní s naprosto stejným onemocněním, se stejným stupněm fyzického omezení mohou považovat dosaženou kvalitu života jako přijatelnou, jiní nemocní ji považují za zcela nepřijatelnou a vyjadřují přání omezit léčbu či nepokračovat v léčebných postupech. Zdravotničtí pracovníci mají tendenci častěji považovat kvalitu života svého nemocného za více nepřijatelnou než nemocný sám, velký vliv má mimo uvedené důvody i věk a životní zkušenost.

Příklady z praxe:

50-letý muž s amyotrofickou laterální sklerozou, kvadruplegií a nutností trvalé umělé plicní ventilace odmítá nabízené možnosti léčby a péče včetně možnosti domácí umělé plicní ventilace. Opakovaně vyjadřuje své přání nepokračovat v léčbě komplikací (antibiotika při infekci apod), při opakovaných pohovorech vyjadřuje své vnímání terminálního stavu jako zcela nepřijatelnou kvalitu života, která pro něho nemá žádnou perspektivu a tento život dál nechce žít. Přestože jsou vytvořeny rodinné podmínky pro domácí ošetřování, nemocný nechce být své rodině na obtíž a odmítá domácí umělou plicní ventilaci.

Jiný pacient se stejným onemocněním a stejným věkem jeví smíření se svým stavem včetně vědomí, že je trvale upoután na lůžko a umělou plicní ventilaci bez možnosti domácího ošetřování (nemocný nemá rodinné zázemí), nemocný si vytváří své „mikroklima“ v prostředí nemocnice a zdravotnického personálu, sleduje televizi, lpí na životě a na léčbě svých komplikací v případě srdeční zástavy si přeje být resuscitován.

Někteří nemocní po traumatu mozku či nemocní s hypoxickým poškozením mozku s částečně zachovanou funkcí mozkové kůry mají z pohledu zdravého člověka významně sníženou kvalitu života. Pacient si díky svému poškození tento handicap neuvědomuje, mnohdy žije „vnitřní“ život v rámci svých možností, přestože pro jeho nejbližší rodinu a blízké to může znamenat zásadní změnu v jejich způsobu života a v konečném důsledku ovlivnit i jejich kvalitu života.

V současné době považují hodnocení kvality života a její přijatelnost za jednoznačně subjektivní vnímání životní reality, kterou může posoudit pouze osoba samotná. Získání informací ohledně stávající a předpokládané kvality života u kompetentního nemocného s chronickým progredujícím onemocněním je obtížným, nicméně nezbytným úkolem ošetřujícího lékaře. Hodnocení kvality života u nekompetentního nemocného lékařem by nemělo být rozhodujícím faktorem při rozhodování o rozsahu poskytované léčby.

3.2.2 Naplnění cílů - shrnutí

Mezi základní ukazatele klinického výsledku u nemocných v intenzivní péči patří mortalita na ARO/JIP a mortalita hospitalizační, doba pobytu na oddělení ARO/JIP a důležitým parametrem je i kvalita života nemocných. V multicentrické studii prováděné na pracovištích ARO/JIP v České republice byly sledovány základní ukazatele klinického výsledku a hodnoceny faktory, které by predikovaly klinický výsledek. Rozhodujícími faktory, které ovlivňují klinický výsledek nemocných jsou věk, typ (diagnoza) a závažnost základního onemocnění a přídatná komorbidita (Příloha 8-10). Delší doba pobytu na ARO/JIP je nezávislým faktorem zhoršeného klinického výsledku. Kvalita života nemocných po pobytu na intenzivní péči je i v delším časovém odstupu (12 měsíců) nižší téměř ve všech kvalitách, nejvíce je omezena fyzická výkonnost (Příloha 8). Kvalita života musí být hodnocena samotným nemocným, protože je výrazem subjektivního vnímání životní reality, které je ovlivněno nejen aktuálním zdravotním fyzickým stavem, ale i faktory vnějšího prostředí (kulturní, sociální, společenské, rodinné, pracovní, náboženské) či psychologickými faktory (typ osobnosti, povahové rysy), významný je i časový faktor a životní události, které se mohou podílet na změně životních cílů, priorit a kritérií „kvalitního“ života. Významný je i rozdíl mezi jednotlivými diagnostickými skupinami pacientů.

Využití hodnocení kvality života či jiného parametru jako je věk či hodnocení tíže onemocnění pomocí skorovacích systémů, na základě kterých by bylo možné predikovat klinický výsledek a event. i určit rozsah poskytované léčby je prakticky nemožné. Pouze komplexní zhodnocení celkového zdravotního stavu nemocného, základní diagnózy, přídatných onemocnění, stupně závažnosti poruchy orgánových funkcí a reakce na poskytovanou léčbu mohou být společnými východisky pro stanovení odhadu klinického výsledku a prognózy nemocného. Hodnocení kvality života u nekompetentního nemocného lékařem by nemělo být rozhodujícím faktorem při rozhodování o rozsahu poskytované léčby.

3.3 Posouzení výše nákladů u nemocných v intenzivní péči

Cílem práce bylo posoudit výši nákladů nemocných hospitalizovaných na jednotkách poskytujících intenzivní a resuscitační péči ve vztahu k dosaženému klinickému výsledku u jednotlivých diagnostických skupin nemocných.

Vybrané publikované výstupy (Příloha 9-10):

1. Pařízková, R., Černý, V., Dostál, P. Vliv rozdílných populací nemocných na klinický výsledek a náklady v intenzivní péči, *Anesteziologie a neodkladná péče*, 2001, 12, s. 229-233.
2. Pařízková, R., Černý, V., Dostál, P., Vašátko, L., Hora, P., Herold, I., Novák, I., Nalos, D. Klinický výsledek a náklady u rozdílných populací nemocných v intenzivní péči: multicentrická studie, *Anesteziologie a neodkladná péče*, 2001, 12, s. 234-239.

3.3.1 Komentář

Rozvoj intenzivní medicíny s novými technickými možnostmi vedl mimo zvýšení možností pro přežití kriticky nemocných i k vysokým nákladům, kdy na intenzivní péči je vynakládáno 20-30% nemocničních prostředků, které spotřebuje pouze 8% hospitalizovaných pacientů. Obrovské náklady a snaha o spravedlivou a efektivní alokaci zdrojů vedly k úvahám o otázkách omezování terapeutických postupů, resp. využívání všeho potenciálu tam, kde může příznivě ovlivnit klinický výsledek nemocného. Rozsáhlá studie na pracovišti autorky a následně multicentrická studie v České republice přinesla zajímavá data. Ve shodě s literárními údaji je klinický výsledek (úmrtnost a přežití pacientů) ovlivněn především závažností základního onemocnění, což lze zdokumentovat různými skorovacími systémy, kdy vyšší hodnoty APACHE II a SOFA skóre korelují s mortalitou nemocných. Současně byl zjištěn vliv základního onemocnění (jednotlivé populace nemocných) na klinický výsledek a na hospitalizační náklady, kdy léčba nemocných s chronickými onemocněními a komplikacemi (chronická obstrukční plicní nemoc, sepse, ARDS) je spojena s nejvyššími náklady, zatímco nemocní po kardiopulmonální resuscitaci představují skupinu pacientů s nejhorším klinickým výsledkem ve smyslu nejvyšší mortality. Náklady spojené s pobytem nemocného na intenzivní péči korelují především s dobou hospitalizace, tedy čím déle je nemocný na odděleních ARO/JIP, tím jsou individuální celkové náklady vyšší. Zajímavé výsledky přinesl rozbor nákladů vynaložených na přeživší a nepřeživší nemocné. Na pracovišti autorky této práce byla doba pobytu a tedy i náklady významně nižší u nepřeživších nemocných na rozdíl od přeživších, opačné výsledky přinesla multicentrická studie. Tento rozpor lze vysvětlit mimo jiné i uplatňováním postupu omezování léčebných postupů u nemocných v terminálním stavu onemocnění s jednoznačně nepříznivou prognózou, kde ukončení léčby mohlo vést ke zkrácení pobytu na resuscitačním oddělení. Nicméně počty pacientů nedosahují takového rozsahu, aby mohly být učiněny jednoznačné závěry.

Úvahy o nákladech na léčbu by neměly být důvodem ukončení léčby u individuálního nemocného, k jakémukoliv snížení rozsahu poskytované léčby lze přistoupit pouze na základě pečlivého a opakovaného odborného posouzení klinického stavu.

3.3.2 Naplnění cílů - shrnutí

V publikovaných pracech autorky byla sledována výše nákladů nemocných hospitalizovaných na jednotkách poskytujících intenzivní a resuscitační péči ve vztahu k dosaženému klinickému výsledku u jednotlivých diagnostických skupin nemocných (Příloha 9-10). Byl prokázán rozdíl ve vynaložených nákladech mezi jednotlivými diagnostickými skupinami nemocných a korelace výše nákladů s délkou hospitalizace. Rozdílnost vynaložených nákladů mezi skupinou přeživších a nepřeživších nemocných byla v souvislosti s rozdílnou délkou pobytu na ARO/JIP. Ekonomické úvahy by neměly být důvodem změny rozsahu poskytované léčby a péče u jednotlivého nemocného.

3.4 Názory lékařů ARO/JIP k otázkám omezení léčby

Cílem práce bylo zjištění postojů a názorů lékařů pracujících na odděleních ARO/JIP na otázky omezování rozsahu poskytované léčby u nemocných v intenzivní péči včetně provádění jednotlivých postupů v klinické praxi.

Vybrané publikované výstupy (Příloha 11-12):

1. Pařízková, R., Černý, V., Cvachovec, K., Novák, I., Šrámek, V., Nalos, D. Postoj lékařů ARO/JIP k otázkám omezení rozsahu poskytované léčby u nemocných v intenzivní péči – národní studie. *Anest. intenziv. Med.*, 2006, 17, s. 251-260.
2. Pařízková, R., Černý, V., Cvachovec, K., Novák, I., Šrámek, V., Nalos, D. Omezení léčby u nemocných na pracovištích typu ARO/JIP – jednodenní národní studie. *Anest. intenziv. Med.*, 2006, 17, s. 261-265.

3.4.1 Komentář

Výsledky národních studií v některých evropských zemích a v USA zjišťující názory lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků na otázky týkající se EOLD byly v literatuře publikovány (62, 63, 64, 65, 66, 67), nicméně dosud nebyla získána data ze zemí tzv. Východní Evropy. Prezentované práce představují první rozsáhlou národní studii zjišťující názory lékařů pracujících na ARO/JIP v České republice na otázky omezování léčebných postupů u nemocných v terminálním stadiu jejich onemocnění (Příloha 11-12).

Úmrtnost na odděleních ARO/JIP ve vyspělých zemích se pohybuje kolem 20% (68). Většina zemřelých pacientů měla v terminálním stadiu jejich onemocnění ordinováno omezení rozsahu léčebných postupů (62, 64, 68), dle literárních údajů počet zemřelých s omezením léčby narůstá (62, 64). V evropských zemích 38% zemřelých nemocných na odděleních ARO/JIP mělo ordinováno postup nerozšiřování léčby (WH), rozmezí mezi jednotlivými pracovišti bylo 16-70%, postup vysazení léčby (WD) postup byl zaznamenán u 33% (rozmezí 5-69%) zemřelých (3, 62). V USA je naopak lékaři preferován a až v 80% ordinován postup vysazení léčby (70), postup WH dle studie Prendegasta mělo ordinováno 12% a pouze 10% nepřeživších zemřelo bez omezení léčebných postupů (64, 71). Dotázaní lékaři české studie považují v 90% postup nerozšiřování léčby i ukončení léčebných postupů za přijatelný, ve vlastní praxi je ale preferován postup nerozšiřování léčby před vysazením (76% vs. 48%, $p < 0,001$). Tyto výsledky jsou v souladu s literárními údaji, kdy lékaři z evropských zemí považují za přijatelnější postup nerozšiřování léčby oproti ukončení léčebných postupů, zvláště je tento trend vyjádřen u silně věřících zdravotníků především z jižní Evropy (62, 72). Ve vlastní praxi se s vysazením léčby v naší studii setkalo pouze polovina dotázaných, což odpovídá i stavu klinické praxe na odděleních ARO/JIP vyjádřené jednodenní studií (73). Takto nízký počet lékařů, kteří se s postupy omezené terapie na ARO/JIP setkali oproti narůstajícím číslům z ostatních evropských zemí či USA, lze vysvětlit s největší pravděpodobností nízkou edukací v této oblasti, nutností změny dosud uznávané „filosofie intenzivní medicíny“ i veřejnosti „léčit všechny za všech okolností všemi prostředky“ spolu s obavami nad převzetím zodpovědnosti za takto závažné rozhodnutí. Nicméně i v České republice jsou patrné významné rozdíly v přístupu k omezování terapeutických postupů mezi jednotlivými pracovišti (nepublikovaná data).

Úvahy o ukončení umělé plicní ventilace nelze oddělit od úvah, na jejichž konci je ukončení ostatních postupů orgánové podpory, z právního hlediska není rozdíl mezi vysazením např. farmak podporujících oběh, ukončením umělé plicní ventilace či jiného postupu orgánové podpory (8). Ukončování ventilační podpory (TW) považuje za přijatelné

u svých nemocných polovina dotázaných, v praxi se na něm podílelo pouze 9,2 % lékařů, dalších 14% lékařů pouze občas, na přímý dotaz 76,6% lékařů upřednostňuje ponechání ventilační podpory. Obava ze stížnosti příbuzných či z toho, že ukončení ventilační podpory může být vnímáno jako postup vedoucí k aktivnímu zkrácení života či hraničící s eutanázií, jsou v našich podmínkách zatím asi nejčastějším důvodem nepříliš časté indikace ukončování ventilační podpory i u nemocných, kde jsou ostatní součásti terapie vysazeny a kde není jinak racionální důvod pokračovat v podpoře ventilace (12).

Plná informovanost kompetentního nemocného včetně podání informace o závažnosti jeho zdravotního stavu a o prognoze nesmí být v rozporu nejen s právem na poskytování informací, ale ani s principem respektování autonomie nemocného. Někteří nemocní odmítají účast na rozhodovacích procesech a nepřejí si být informováni o nepříznivé prognoze, beznadějnosti svého zdravotního stavu a odmítají diskusi se svým lékařem ohledně zahájení či nezahájení ventilační podpory. Tyto informace jsou pro některé nemocné nadměrně traumatizující a toto jejich přání je nutné respektovat.

U nekompetentního nemocného je považován za hlavní rozhodující osobu ohledně rozsahu poskytované léčby lékař, ošetřující sestra není ve většině případů zahrnuta do rozhodovacích procesů a tato praxe je obdobná v dalších evropských zemích, přičemž je patrný geografický vliv. Ve Francii jsou ošetřující sestry zavzaty do rozhodovacích procesů v 54%, ve Velké Británii až v 85%, naopak v menším procentu sdílejí rozhodovací procesy v oblastech jižní Evropy. V Itálii se sestry účastní rozhodovacích procesů pouze ve 13%, v Portugalsku a Španělsku nejsou sestry zahrnuty do EOLD procesů vůbec, ale ve všech případech jsou o omezování léčebných postupů informovány (65, 66, 67, 74, 75, 76). Dle výsledků Ethicus study jsou v severních zemích sestry zavzaty do diskusí o EOLD až v 95,8%, ve střední Evropě v 70,2% a v jižních oblastech pouze v 60,7%. (77).

V České republice by měly být sestry zahrnuty do EOLD dle jedné třetiny dotázaných lékařů, nicméně v praxi jsou zahrnuty pouze ve 22%, lékaři s delší dobou praxe častěji zahrnují do EOLD sestry ve shodě s literárními údaji (78). Nedostatečná edukace spolu s určitým podceňováním sestry jako aktivního partnera a současně jednoznačná a plná zodpovědnost lékaře za rozhodnutí o rozsahu léčby jsou zřejmě hlavní důvody tohoto stavu. Zajímavým zjištěním byla přijatelnost etických komisí pro přibližně třetinu dotazovaných, ve vlastní praxi ale etické komise byly využity minimálně. Institut Etických komisí pro tyto účely není v zemích Evropské unie běžnou praxí, v italské studii pouze 1% dotázaných lékařů uvedlo konzultaci etických komisí jako běžnou součást EOLD a 10% tento postup používá pouze zřídka (75). V evropské studii uvedlo 45% respondentů možnost využití etických komisí jako užitečné (74).

Velká pozornost je zaměřena na jednání s rodinou nemocného, v případě nekompetentního nemocného je dle našeho právního řádu plné rozhodovací právo ohledně poskytované léčby na ošetřujícím lékaři. Diskuse s rodinami by měla být zaměřena na získání informací o nemocném, o jeho přání ohledně podstupování léčebných výkonů a klinického výsledku a současně na podání plných a srozumitelných informací o vývoji zdravotního stavu a v případě nepříznivé prognózy o event. marnosti dalších terapeutických postupů, rodina by měla být o zamýšlených postupech a jejich důvodech informována. V případě neshody názorů na stav nemocného a další postup více než třetina dotázaných lékařů respektuje přání rodiny, jedna třetina toto přání nerespektuje a poslední třetina jej respektuje pouze částečně. V Yapově studii při nesouhlasu rodiny s názorem lékaře omezit léčbu 62% respondentů lékařů přistupuje pouze k postupu WH, 9% lékařů přes odlišný názor rodiny terapii vysazuje (79), v Milánské studii v těchto případech pouze 4,3% lékařů nerespektuje přání rodiny a 60,8% nikdy neprovádí EOLD proti přání rodiny (75).

Nicméně zodpovědnost za jakékoliv rozhodnutí zůstává na lékaři. Přenesení zodpovědnosti rozhodování na rodinu a blízké nemocného je považováno za nesprávné a neetické právě proto, že ukončení léčby může vést v některých případech k jisté smrti a zkrácení života blízké osoby (80), což může vyvolat nežádoucí stres a psychickou újmu příbuzných, kteří pocítují odpovědnost a mnohdy i vinu za zkrácení života jejich blízkého. U nekompetentních nemocných jsou hlavními rozhodovacími osobami sami lékaři, což odpovídá paternalistickému přístupu v Evropě, zvláště pak ve Švédsku či Velké Británii narozdíl od států jižní Evropy, USA a Kanady, kde se rodinní příslušníci mnohem častěji účastní diskusí o EOLD. Velká část pacientů i laické populace ve Francii a Švédsku, narozdíl od zdravotnického personálu, si přeje sdílet rozhodování o rozsahu péče a léčby (81, 82), třebaže jiné studie z Francie ukazují, že více než polovina příbuzných si nepřeje účast na rozhodovacích procesech z důvodu vysokého stresu a anxiety (83, 84) a chtějí být pouze informováni o zdravotním stavu nemocného. V naší studii by rodina měla být zavzata do diskusí o EOLD dle 43% odpovědí, nicméně v klinické praxi jsou příbuzní a blízcí zavzati do rozhodovacích procesů pouze ve 22%, navíc lékaři s kratší dobou praxe zahrnují rodiny svých pacientů do těchto diskusí mnohem méně často. V poslední době i v Evropě dochází ke změně paternalistického přístupu ve spolupráci s nemocným a jeho blízkými, kdy je akceptován nový přístup „the shared decision-making model“, kdy rodinní příslušníci, blízcí nemocného a ošetřující sestry jsou mnohem více a častěji zahrnuti do diskusí ohledně EOLD a konsensus všech zúčastněných stran je žádoucí (85, 86). Nicméně jednoznačně souhlasíme s názorem Vincenta, že konečné rozhodnutí a hlavní zodpovědnost zůstává na lékaři a získání konsensu celého zdravotnického týmu je doporučeno (85, 87).

V otázce vysazení jednotlivých postupů orgánové podpory byla shoda s ponecháním analgosedace, infuzní terapie a výživy. Překvapivě vysoké procento respondentů ponechává antibiotickou terapii, která může vést k rozvoji mikrobiální rezistence, podobné výsledky publikoval Giannini (75). V naší studii nebyly nalezeny rozdíly v názorech na vysazení jednotlivých postupů mezi lékaři s kratší a delší dobou praxe či mezi věřícími a nevěřícími. V izraelské studii silně věřící lékaři signifikantně méně souhlasili s podáváním analgetik u terminálně nemocných z důvodu rizika zkrácení života a urychlení smrti. K hlavním faktorům, které brání zajištění důstojného umírání nemocných na odděleních ARO/JIP patří především nedostatečnost soukromí a neosobní prostředí, kde lze individuálně významně přispět ke zlepšení situace. Alarmující je nemožnost přítomnosti rodiny u lůžka nemocného, které udává pětina dotázaných. Rodinám a blízkým by měla být dána vždy možnost zůstat u svého umírajícího blízkého, pokud to bude jeho a jejich přání. V práci Cambelové je popsána účast rodin u nemocných s TW ve 38% (21), v ojedinelé studii publikované v naší literatuře to bylo pouze u 4,2% nemocných s TW (73). Nevhodné chování sester je udáváno v 8% a nevhodné chování lékařů v 6%.

V otázce o ochotě poskytnout eutanázii v případě její legalizace odpověděla kladně více než třetina dotázaných, odmítání eutanázie projevilo 45% lékařů oproti 75% z Chongovo studie (88). V evropské studii kolem 40% dotázaných lékařů byli srozuměni s tímto postupem, byl vyjádřen vliv víry a kultury na ochotu poskytnutí eutanázie (72).

Analyzovali jsme faktory, které mohou ovlivňovat názory a chování lékařů v otázkách EOLD.

1. Ve shodě s literárními údaji zjistili vliv víry na otázku ochoty poskytnutí eutanázie (72), nicméně překvapivě nebyl zaznamenán rozdíl v názoru mezi věřícími a nevěřícími lékaři v otázkách omezování léčby, nerozšiřování léčby a terminálním weaningu či DNR (80). V naší studii jsme nezjišťovali druh víry, nicméně v České republice převažují katolíci. Lékaři katolíci v Evropě tolerují více nerozšiřování léčby 53% před vysazením (72). V práci Wengera (80) byla víra jedním z hlavních rozhodujících faktorů, kdy silně věřící židé oproti středně věřícím a málo věřícím vyjádřili významně nižší podporu nerozšiřování léčby (11% vs. 36% vs. 51%), dokonce i v podávání analgosedace (69% vs. 80% vs. 85%) a v souhlasu s našimi výsledky i s eutanázií (4,5% vs. 42,2% vs. 70,3%). V naší studii byla eutanázie akceptovatelná pro 29% věřících a 38,5% nevěřících, tento způsob byl odmítnut 60% věřících respondentů a 39% nevěřících.
2. Délka klinické praxe ovlivňuje názory na otázky osob, které jsou zahrnuty do rozhodovacích procesů, diskuse s rodinami, respektování přání rodiny a dotazování se

na přání nemocného. Lékaři s kratší dobou klinické praxe nekomunikují s rodinami a blízkými svých pacientů tak často, neptají se na přání nemocného a nezahrnují sestry do procesů EOLD. Mezi těmito skupinami jsme nenalezli rozdíly v názorech na způsob omezování léčebných postupů, eutanázii, terminální weaning či postupy, které mají být ponechány v případě vysazení léčby (89).

3. Lékaři z okresních a malých nemocnic zahrnují méně často rodinné příslušníky do diskusí o rozhodovacích procesech a častěji se nedotazují na přání nemocného a častěji neposkytují informace o omezení léčby. Současně tito lékaři ponechávají častěji oxygenoterapii, výživu a infuzní léčbu oproti kolegům z krajských a univerzitních nemocnic.

Studie přináší doposud nepublikované údaje o postojích lékařů ARO/JIP v České republice k otázkám omezování rozsahu poskytované péče. Koncept nerozšiřování či vysazení léčby je přijatelný pro většinu respondentů, nicméně vysazení ventilační podpory odmítá přibližně polovina z dotazovaných. Eutanázii podpořila jen malá část respondentů. Analgosedace a infuzní léčba jsou nejčastěji uváděné postupy, které zůstávají ponechány v průběhu odnímání léčby. Nedostatek soukromí a neosobnost prostředí jsou považovány za hlavní překážky důstojného umírání v prostředí ARO/JIP.

3.4.2 Naplnění cílů - shrnutí

Prezentované práce představují výsledky rozsáhlé národní studie zjišťující názory lékařů pracujících na ARO/JIP v České republice na otázky omezování léčebných postupů u nemocných v terminálním stadiu jejich onemocnění (Příloha 11). Dotázaní lékaři české studie považují v 90% postup nerozšiřování léčby i ukončení léčebných postupů za přijatelný, ve vlastní praxi je ale preferován postup nerozšiřování léčby před vysazením, z postupů orgánové podpory je ukončení umělé plicní ventilace přijatelné pouze pro polovinu dotázaných lékařů.

Byl zjištěn vliv víry na otázku ochoty poskytnutí eutanázie, v ostatních otázkách nebyly zjištěny rozdíly mezi věřícími a nevěřícími lékaři. V České republice jsou do rozhodovacích procesů tzv. „end-of-life decision“ zahrnovány ošetřující sestry a rodinní příslušníci v malé míře, byl zjištěn vliv délky klinické praxe a typ pracoviště (rozdíl v názorech mezi lékaři z okresních a krajských nemocnic).

V klinické praxi se na nerozšiřování či ukončování léčebných postupů podílela pouze polovina dotázaných lékařů. Mezi základní terapeutické postupy, které mají být ponechány při limitaci léčby patří analgosedace, infuzní terapie, výživa a ve většině případů i umělá plicní ventilace (Příloha 12).

3.5 Konsensuální stanovisko pro praxi

V současné době vzniká s využitím recentních literárních pramenů (90, 91, 92, 93), zákonných a etických norem návrh konsensuálního stanoviska pro rozhodovací procesy v klinické praxi, na kterém se podílejí odborníci z oblasti intenzivní medicíny, práva, teologie a etiky. Uvedený návrh je výsledkem dlouhodobých mezioborových diskusí a setkání s cílem vysvětlování a sblížení názorů na poskytování potřebných účelných zdravotních služeb s ohledem na diagnózu, celkový zdravotní stav a prognózu onemocnění. Cílem lékařského snažení je vždy zachování života a zdraví pacienta dostupnými účelnými postupy. V případě terminálního stavu onemocnění, kdy nelze tyto cíle naplnit, je nutné poskytnout nemocnému takové služby a postupy, které zabezpečí eliminaci bolesti, strádání, utrpení, zajistí péči a zacházení s cílem zachování důstojnosti, uspokojování fyzických, psychologických, sociálních a duchovních potřeb nemocného i v prostředí oddělení intenzivní medicíny.

Rozhodnutí o stanovení rozsahu poskytované péče je výsledkem odborného medicínského posouzení stadia a léčitelnosti onemocnění a v případě kompetentnosti nemocného jsou všechny postupy prováděny s informovaným souhlasem nemocného. V případě nemožnosti získání informovaného souhlasu je odpovědnou rozhodující osobou ošetřující lékař, nejlépe v konsensu s celým ošetřujícím týmem. Podávání informací rodinným příslušníkům a blízkým nemocného je prováděno v souladu s právními a etickými normami.

Znění návrhu konsensuálního stanoviska pro rozhodovací procesy v klinické praxi je uvedeno v kapitole Závěry pro praxi.

4 Závěry pro praxi

Závěrem lze shrnout, že rozhodovací procesy jsou denní součástí lékařské klinické praxe, kdy hlavním hlediskem pro posouzení typu a způsobu léčby je jednoznačně odborné medicínské stanovisko, které musí být následně podloženo informovaným souhlasem nemocného, pokud je toho nemocný schopen. V případě nemožnosti získání souhlasu jsou prováděny všechny úkony v zájmu nemocného s cílem zachování jeho života a zdraví. Hlavní zodpovědnost za zvolení léčebných postupů spočívá na ošetřujícím lékaři.

Hlavní přínos práce pro klinickou praxi lze shrnout:

1. V České republice nebyla do roku 2000 tematika rozhodování o rozsahu poskytované léčby včetně nerozšiřování či ukončování léčebných postupů mimo oblast onkologie veřejně diskutována. Publikované práce z pracoviště autorky byly prvními pracemi, které formulovaly základní východiska nezbytná pro rozhodovací procesy u nemocných v intenzivní péči s nepříznivou prognózou v rámci stávajících právních norem České republiky. Z pracoviště autorky byly publikovány vlastní výsledky aplikace těchto východisek v klinické praxi.
2. Nenasazení či vysazení postupů orgánové podpory včetně ukončování umělé plicní ventilace (terminální weaning) jsou při správném odborném posouzení postupy, které nemohou být zaměňovány za eutanázii či úmyslné ublížení na zdraví člověka. Zápis do lékařské dokumentace včetně podrobného popisu jednotlivých kroků je nezbytný.
3. Publikační činnost, přednášky a diskuse na danou problematiku na odborném multidisciplinárním poli s přizváním odborníků z oblasti práva a sociálních věd přinesly po prvních rozpačitých až odmítajících přístupech úspěchy v pochopení „filosofie“ přístupu k nevléčitelným umírajícím osobám v intenzivní péči: „...*každému nemocnému musí být poskytnuta taková zdravotní péče lékařská a ošetrovatelská, která je adekvátní jeho zdravotnímu stavu...*“. Vysazením léčebných postupů, které se jeví jako zcela marné a neúčelné a tedy z medicínského hlediska neindikované, protože nemohou být pro nemocného přínosné z hlediska příznivého ovlivnění jeho zdravotního stavu (zachování života a zdraví) neznamená omezení nemocného na jeho právech, ale naopak, je sledován zájem nemocného tak, aby nedošlo k porušení základních

medicínských a etických principů včetně nechtěného nedůstojného prodlužování umírání.

4. Návrh konsensu pro rozhodovací procesy o rozsahu léčebných postupů a pro poskytování paliativní péče v intenzivní medicíně – viz str. 76-81.

PRINCIPY STANOVENÍ ROZSAHU LÉČBY U PACIENTŮ S IREVERZIBILNÍ PORUCHOU INTEGRITY ORGÁNOVÝCH FUNKCÍ A POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE V INTENZIVNÍ MEDICÍNĚ

Konsensuální stanovisko

Návrh textu použit se souhlasem vedoucího pracovní skupiny

doc. MUDr. Vladimíra Černého, Ph.D., FCCM.

Autorka disertační práce je členkou pracovní skupiny vytvářející dokument.

Souhrn návrhu konsensuálního stanoviska

Předložený dokument formuluje principy a rámcová doporučení pro rozhodovací procesy o rozsahu léčebných postupů a pro poskytování paliativní péče u dospělých a tzv. nekompetentních pacientů s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí.

- a) Každý pacient má právo na náležitou odbornou úroveň zdravotních služeb, tj. každému pacientu musí být poskytnuta léčba a péče, které jsou adekvátní jeho zdravotnímu stavu.
- b) Všeobecně přijatým cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví pacienta – odstranění vyvolávající příčiny zhoršení zdravotního stavu a poskytování postupů orgánové podpory/náhrady u nemocných s reverzibilním (nebo potenciálně reverzibilním) orgánovým selháním, tj. „udržovat život, ale nikoliv prodlužovat smrt“. V případě kdy nelze tyto cíle naplnit, je nutné poskytnout pacientu péči, která zabezpečí eliminaci bolesti, diskomfortu a strádání, zachování důstojnosti a uspokojování fyzických, psychologických, sociálních a duchovních potřeb pacienta.
- c) Smrt, která je výsledkem přirozeného průběhu onemocnění, nemůže být považována za nepříznivý výsledek zdravotní péče.
- d) 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.

- e) Léčba, která se jeví jako marná a neúčelná nemá být indikována. Dosažení korekce abnormální hodnoty některé z fyziologických funkcí bez ovlivnění celkového průběhu onemocnění a možnosti záchrany života nemůže být považováno za příznivý účinek zvoleného léčebného postupu při zvažování poměru přínosu a rizika daného postupu.
- f) Jakýkoliv rozhodovací proces v průběhu poskytované zdravotní péče musí být založen na odborném medicínském posouzení zdravotního stavu pacienta, musí bezvýhradně respektovat základní etické principy medicíny, především lidský život jako nejvyšší hodnotu, dále pak právo na seburčení nemocných a uchování jejich lidské důstojnosti a musí být v souladu s existujícími právními normami.
- g) Vždy je nutné přihlídnout k předchozímu názoru pacienta, pokud je dostupný.
- h) Z hlediska medicínského, právního a etického není rozdíl mezi nezahájením nebo ukončením daného léčebného postupu.
- i) Odborně podložené a náležitě zdokumentované nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby je v souladu s etickými principy medicíny a platnými právními normami.
- j) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby nesmí být zaměňováno za eutanázii.

1. Cíle

- a) Formulovat základní východiska a principy pro rozhodovací postupy u nemocných v terminálním stavu neléčitelného onemocnění nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kde zdravotní stav nebo použitý způsob léčby znemožňuje způsobilost pacienta k právním úkonům a vyjádřit vlastní svobodnou vůli.
- b) Definovat nejčastěji používané pojmy se vztahem k problematice.
- c) Identifikovat základní právní normy a ostatní dokumenty se vztahem k problematice.
- d) Zdůraznit etické aspekty poskytování intenzivní péče, zejména respektování důstojnosti a zajištění komfortu nemocných.
- e) Omezit poskytování marné a neúčelné léčby v situacích, kde se lze na základě odborného medicínského posouzení odůvodněně domnívat, že přínos zahájení nebo pokračování dané léčebné metody s ohledem na zdravotní stav nemocného nepřevažuje nad rizikem komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání pro pacienta bez možnosti příznivého ovlivnění zdravotního stavu nebo záchrany života.
- f) Usnadnit a podpořit vznik „lokálních“ doporučení zabývajících se uvedenou problematikou na jednotlivých pracovištích intenzivní péče.

- g) Přispět ke zvýšení kvality rozhodovacích procesů v uvedených situacích a zlepšit komunikaci jak uvnitř zdravotnických týmů, tak mezi zdravotníky a rodinami/blízkými pacientů.
- h) Formulovat pro odbornou a laickou veřejnost stanovisko České lékařské společnosti J.E.P:
 - odborně podložené a náležitě zdokumentované nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby je v souladu s etickými principy medicíny a platnými právními normami,
 - nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby nesmí být zaměňováno za eutanázii.

2. Východiska

- a) Život člověka je konečný.
- b) Každý pacient má právo na náležitou odbornou úroveň zdravotních služeb, tj. každému pacientu musí být poskytnuta léčba a péče, které jsou adekvátní jeho zdravotnímu stavu.
- c) Všeobecně přijatým cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví pacienta – odstranění vyvolávající příčiny zhoršení zdravotního stavu a poskytování postupů orgánové podpory/náhrady u nemocných s reverzibilním (nebo potenciálně reverzibilním) orgánovým selháním, tj. „udržovat život, ale nikoliv prodlužovat smrt“. V případě kdy nelze tyto cíle naplnit, je nutné poskytnout pacientu péči, která zabezpečí eliminaci bolesti, dyskomfortu a strádání, zachování důstojnosti a uspokojování fyzických, psychologických, sociálních a duchovních potřeb pacienta.
- d) Přínos intenzivní péče by měl zahrnovat obnovení integrity orgánových funkcí a minimalizaci tělesného nebo duševního poškození s důrazem na kvalitu života. Mezi nejčastější klinické situace, na které se text konsensuálního stanoviska zaměřuje, patří pacienti s multiorgánovým selháním, kde i přes maximální možnou podporu/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 se známkami ireverzibilního poškození centrálního nervového systému bez odůvodněného předpokladu obnovení integrity mozkových funkcí.
- e) Jakýkoliv léčebný postup, kde není odůvodněný předpoklad jeho příznivého účinku na zdravotní stav pacienta nebo pro záchranu života a kde rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu 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 korekce abnormální hodnoty některé z fyziologických funkcí bez ovlivnění celkového průběhu onemocnění a možnosti záchrany života nemůže být považováno za příznivý účinek zvoleného léčebného postupu při zvažování poměru přínosu a rizika daného postupu. Léčba, která se jeví jako marná a neúčelná nemá být indikována.

- f) Jakýkoliv léčebný postup musí být pečlivě a odpovědně posuzován poměrem reálného klinického přínosu a míry možného rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání, které zvolený postup pro pacienta v aktuální klinické situaci přináší. Použití postupu, kde nejsou rizika a komplikace s ním spojené vyváženy jeho přínosem je v rozporu s etickými principy medicíny. Vždy je nutné přihlídnout k předchozímu názoru pacienta, pokud je dostupný.
- g) Jakýkoliv rozhodovací proces v průběhu poskytované zdravotní péče musí být založen na odborném medicínském posouzení zdravotního stavu pacienta, musí bezvýhradně respektovat základní etické principy medicíny, především lidský život jako nejvyšší hodnotu, dále pak právo na seburčení nemocných a uchování jejich lidské důstojnosti.
- h) Jakýkoliv rozhodovací proces v průběhu poskytované zdravotní péče musí být v souladu s existujícími právními normami.
- i) Nezahájení nebo ukončení marné a neúčelné léčby neznamená 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.
- j) Nezahájení nebo ukončení marné a neúčelné léčby u nemocných v terminálním stádiu onemocnění a/nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kteří nereagují na použité léčebné postupy je v souladu s etickými principy medicíny a v souladu s existujícími právními normami České republiky.
- k) Z hlediska medicínského, právního a etického není rozdíl mezi nezahájením nebo ukončením daného léčebného postupu.
- l) Nezahájení nebo ukončení určité marné a neúčelné léčby jsou při správném odborném posouzení postupy, které nemohou být zaměňovány za eutanázii či úmyslné ublížení na zdraví člověka.

3. Principy

- a) Přijetí pacienta na pracoviště intenzivní péče by mělo být podloženo předpokládaným přínosem poskytované péče.
- b) Zahájení nebo pokračování jakéhokoliv léčebného postupu, který není medicínsky 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 (viz příloha). Neexistuje povinnost zahajovat marnou a neúčelnou léčbu nebo v ní pokračovat, pokud je probíhající léčba odůvodněně za takovou označena.
- c) Stanovení rozsahu poskytované léčby musí být založeno na odborném posouzení zdravotního stavu pacienta.
- d) Zabezpečení fyzických, psychologických, sociálních a duchovních potřeb nemocného s odstraněním pocitů bolesti, strádání a utrpení s respektováním důstojnosti jsou základní priority paliativní péče.

4. Doporučení pro praxi

- a) Podnět k zahájení rozhodovacího procesu o rozsahu léčby a zahájení paliativní péče může dát kdokoliv z ošetřujícího zdravotnického týmu nebo z rodiny/blízkých pacienta.
- b) Kdykoliv je to možné, pacientovo přání a názor rodiny/blízkých musí být zahrnuty do rozhodovacího procesu.
- c) Do rozhodovacího procesu by měly být zahrnuti všichni členové (lékaři i sestry) ošetřujícího zdravotnického týmu, tzv. „*shared-approach to end-of-life decision making*“ model.
- d) Výsledek rozhodovacího procesu a zahájení paliativní péče by měly být přijaty konsensuálně všemi členy ošetřujícího zdravotnického týmu. Pokud není dosaženo konsensu, odlišné názory by měly být znovu pečlivě posouzeny a zohledněny před formulací konečného rozhodnutí.
- e) Konečné rozhodnutí je odpovědností ošetřujícího lékaře.
- f) Rodina/blízcí pacienta by měly být zahrnuty co nejvíce do rozhodovacího procesu, nejlépe ve formě strukturované konference. Delegování odpovědnosti na rodinu/blízké za přijaté rozhodnutí není přípustné.

- g) V situaci, kdy není dosaženo konsensu mezi rodinou a ošetřujícím zdravotnickým týmem lze zvážit přizvání jiného nezávislého lékaře nebo etické komise ustanovené pro tento účel.
- h) Zahájení paliativní péče a rozhodnutí o nezahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby musí být vždy uvedeno ve zdravotnické dokumentaci jako součást léčebného plánu.
- i) Zápis do zdravotnické dokumentace by měl obsahovat minimálně: 1/ odborné posouzení zdravotního stavu a medicínské zdůvodnění rozhodnutí, 2/ okruh osob které se na rozhodování podílely, 3/ formulování cílů další péče a léčebného plánu.
- j) 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 revidováno. Záznam o důvodech změny léčebného plánu musí být zaznamenány do zdravotnické dokumentace.
- k) K zahájení paliativní péče by mělo být přistoupeno vždy až po zápisu do zdravotnické dokumentace a informování rodiny/blízkých pacienta, pokud lze.
- l) Prioritou léčebného plánu paliativní péče je odstranění známk bolesti, diskomfortu a strádání.
- m) Léčebný plán paliativní péče musí obsahovat minimálně dostatečnou ošetrovatelskou péči a klinickému stavu přiměřenou analgosedaci.
- n) Přítomnost rodiny/blízkých pacienta by měla být vždy umožněna, pokud ji pacient neodmítl.

5 Literatura

1. Gipe, B.T. Financing Critical Care Medicine in 2010. *New Horizons*, 1999, 7, s. 184-197.
2. Ingelhart, J.K. The American health care system: Expenditures. *N Engl J Med*, 1999, 340, s. 70-76.
3. Kirton, O.C., Civetta, J.M., Hudson-Civetta, J. Cost of effectiveness in the intensive care unit. *Surg Clin North Am*, 1996, 76, s. 175-200.
4. Lanken, P.N., Terry, P.B., Osborne, M.L. Ethics of Allocating Intensive Care Unit Resources, *New Horizons*, 1997, 5, s. 38-50.
5. Ridley, S., Biggam, M., Stone, P. A cost-benefit analysis of intensive therapy, *Anaesthesia*, 1993, 48, s. 14-19.
6. Bams, J.L.: Outcome and costs in intensive care. *Intensive Care Med*, 1985, 11, s. 234-241.
7. Crippen, D.: Regionalization, Prioritization and Sailing Ships in the Year 2010. *New Horizons*, 1999, 7, s. 218-228.
8. Černý, V., Pařízková, R., Nalos, D., Jahodářová, R.: Etické a právní aspekty „kategorizace nemocných“ v intenzivní péči. *Anesteziologie a neodkladná péče*, 2000, 11, Suppl 1, s. 37-39.
9. Luce, J.M.: Withholding and Withdrawal of Life Support: Ethical, Legal and Clinical Aspects. *New Horizons*, 1997, 5, s. 30-37.
10. Campbell, M.L., Carlson, R.W.: Terminal weaning from mechanical ventilation: Ethical and practical considerations for patient management. *Am J Crit Care*, 1992, 3, s. 52-56.
11. Krishna, G., Raffin, T.A.: Terminal weaning from mechanical ventilation (editorial). *Crit Care Med*, 1999, 27, s. 9-10.
12. Černý, V., Pařízková, R., Jahodářová, R., Herold, I., Nalos, D.: Ukončování ventilační podpory u nemocných v intenzivní péči, *Anesteziologie a neodkladná péče*, 2001, 12, č. 2, s. 64-68.
13. Pařízková, R., Černý, V., Dostál, P., Jahodářová, R.: Zkušenosti s ukončováním ventilační podpory u nemocných v intenzivní péči. *Anesteziologie a neodkladná péče*, 2001, 12, č. 2, s. 69-72.
14. Pařízková, R., Černý, V., Dostál, P.: Ukončování ventilační podpory u nemocných v intenzivní péči. *Čas. Lék. Čes.*, 2003, 142, s. 398-402.

15. Pařízková, R., Černý, V., Dostál, P.: Zkušenosti s kategorizací nemocných v resuscitační péči, *Anesteziologie a neodkladná péče*, 2000, 11, č. 4, s. 176-180.
16. Levin, P.D., Sprung, C.L. End of life decisions in critical care (editorial). *Intensive Care Med*, 1999, 25, s. 893-895.
17. Orlowski, JP: Forgoing life-sustaining Therapies. In: *Ethics in Critical Care Medicine*, Orlowski JP, (Ed).University Publishing Group, 1999, s. 97-124.
18. Pentz, R.D., Lenzi, R., Holmes, F., Khan, M.M. Discussion of the do-not-resuscitate order: a pilot study of perceptions of patients with refractory cancer. *Support Care Cancer*, 2002, 10 (8), s. 573-578.
19. Bacchetta , S., Eachempati, J., Fins, L., Hydo, P., Barie, S.: Factors Influencing DNR Decision-Making in a Surgical ICU. *Journal of the American College of Surgeons*, 2006, 202 (6), s. 995 – 1000.
20. Charles, L.S., Paulo, M., Hans-Henrik, B., Bara, R., Apostolos, A., Mario, B., Elisabet, W., Konrad, R., Simon, L.C., Dietmar, R.F., George, N., Lambertius, G.T. and the Ethicus Study Group: The importance of religious affiliation and culture on end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive Care Med*, 2007, 33 (10) s. 1732-9.
21. Campbell, M.L.: How to withdraw mechanical ventilation: a systematic review of the literature. *AACN Adv Crit Care*, 2007, 18(4), s. 397-403.
22. Porta, N., Frader, J.: Withholding hydration and nutrition in newborns. *Theor Med Bioeth*, 2007, 28(5), s. 443-51.
23. Císařová, D., Sovová, O. a kol: *Trestní právo a zdravotnictví*. Orac, Praha, 2004, počet stran 183.
24. Haškovcová, H.: *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. Galén, Praha, 2000, počet stran 190.
25. Sprung, C.L., Ricou, B.: Palliative care approach can provide safeguards for end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med*, 2008, 36 (8), s. 2485-6.
26. Mularski, R.A.: Defining and measuring quality palliative and end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med*, 2006, 34 (11 Suppl), s. S309-16.
27. Lofmark, R., Nilstun, T., Bolmsjo, I.A. From cure to palliation: concept, decision and acceptance. *J Med Ethics*, 2007, 33 (12), s. 685-8.
28. Thiers, M. End-of-life decision making in ICU. *Crit Care Nurse*, 2006, 26(2), s. 16-18.
29. Vincent, J.L., Berré, J., Creuteur, J. Withholding and withdrawing life prolonging treatment in the intensive care unit: a current European perspective. *Chron Respir Dis*, 2004, 1(2), s. 115-20.

30. Fassier, T., Lautrette, A., Ciroidi, M., Azoulay, E. Care at the end of life in critically ill patients: the European perspective. *Curr Opin Crit Care* 2005, 11(6), s. 616-23.
31. Eddleston, J.M., White, P., Guthrie, E. Survival, morbidity, and quality of life after discharge from intensive care. *Crit Care Med*, 2000, 28, s. 2293-2299.
32. Leplege, A., Hunt, S. The problem of quality of life in medicine. *JAMA*, 1997, 278, s. 47-50.
33. Jacobs, C.J., van der Vliet, J.A., van Roozendaal, M.T., van der Linden, C.J. Mortality and quality of life after intensive care for critical illness. *Intensive Care Med*, 1988, 14, s. 217-220.
34. Capuzzo, M., Bianconi, M., Contu, P., Pavoni, V., Gritti, G. Survival and quality of life after intensive care. *Intensive Care Med*, 1996, 22(9), s. 947-53.
35. Combes, A., Costa, M.A., Trouillet, J.L., Baudot, J., Mokhtari, M., Gibert, C., Chastre, J. Morbidity, mortality, and quality-of-life outcomes of patients requiring ≥ 14 days of mechanical ventilation. *Crit Care Med*, 2003, 31(5), s. 373-81.
36. Pettila, V., Kaarlola, A., Makelainen, A. Health-related quality of life of multiple organ dysfunction patients one year after intensive care. *Intensive Care Med*, 2000, 26, s. 1473-1479.
37. Short, T.G., Buckley, T.A., Rowbottom, M.Y. et al. Long-term outcome and functional health status following intensive care in Hong Kong. *Crit Care Med*, 1999, 27, s. 51-57.
38. Suter, P., Armaganidis, A., Beaufils, F. et al. Consensus conference organized by the ESICM and the SRLF. Predicting outcome in ICU patients. *Intensive Care Med*, 1994, 10, s. 390-397.
39. Ridley, S., Chrispin, P., Scotton, H. et al. Changes in quality of life after intensive care: comparison with normal data. *Anesthesia*, 1997, 52, s. 195-202.
40. Rivera, F.R., Sanchez Cruz, J.J., Vazquez, M.G. Validation of quality of life questionnaire for critically ill patients. *Intensive Care Med*, 1996, 22, s. 1034-1042.
41. Konopad, E., Noseworthy, T.E., Johnston, R. et al. Quality of life measures before and one year after admission to an intensive care unit. *Crit Care Med*, 1995, 23, s. 1653-1659.
42. Rogers, J., Ridley, S., Chrispin, P. et al. Reliability of the next kin's estimates of critically ill patients' quality of life. *Anaesthesia*, 1997, 52, s. 1137-1143.
43. Niskanen, M., Ruokonen, E., Takala, J. et al. Quality of life after prolonged intensive care. *Crit Care Med*, 1999, 27, s. 1132-1139.
44. Nielsen, D., Sellgren, J., Ricksten, S.E. Quality of life after cardiac surgery complicated by multiple organ failure. *Crit Care Med*, 1997, 25, s. 52-57.

45. Ware, J.E., Sherbourne, C.D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). *Med Care*, 1992, 30, s. 473-483.
46. Ware, J.E. SF-36 health survey: manual and interpretation guide. The medical outcomes trust, Boston, 1993.
47. Medical Outcomes Trust: How to Score the SF-36 Health Survey, Medical Outcomes Trust P.O. Box, 1917, Boston, MA 02205, Second Printing, January 1994.
48. Davidson, T.A., Caldwell, E.S., Curtis, J.R. et al. Reduced quality of life in survivors of acute respiratory distress syndrome compared with critically ill control patients. *JAMA*, 1999, 281, s. 354-360.
49. Schelling, G., Stoll, C., Vogelmeier, C. et al. Pulmonary function and health-related quality of life in a sample of long-term survivors of the acute respiratory distress syndrome. *Intensive Care Med*, 2000, 26, s. 1304-1311.
50. Sjøkvist, P., Nilstun, T., Svantesson, M., Berggren, L. Withdrawal of life support – who should decide ? *Intensive Care Med*, 1999, 25, s. 949-954.
51. Nyman, D.J., Sprung, C.L. End-of-life decision making in the intensive care unit. *Intensive Care Med*, 2000, 26, s. 1414-1420.
52. Capuzzo, M., Grasselli, C., Carrer, S., Gritti, G., Alvisi, R. Quality of life before intensive care admission: agreement between patient and relative assessment. *Intensive Care Med*, 2000, 26(9), s. 1288-95.
53. Hofhuis, J., Hautvast, J.L., Schrijvers, A.J., Bakker, J. Quality of life on admission to the intensive care: can we query the relatives? *Intensive Care Med*, 2003, 29(6), s. 974-9.
54. Haškovcová, H. *Lékařská etika*. 2002, Galén, Praha, počet stran 269.
55. Malý, I. *Lékařská etika v chirurgii*. Galén, 1998, ISBN 80-85824-76-0, počet stran 97.
56. Ulvik, A., Kvåle, R., Wentzel-Larsen, T., Flaatten, H. Quality of life 2-7 years after major trauma. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2008 Feb;52(2), s. 195-201.
57. Strand, K., Flaatten, H. Severity scoring in the ICU: a review. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2008 Apr;52(4), s. 467-478.
58. Hellgren, L., Ståhle, E. Quality of life after heart valve surgery with prolonged intensive care. *Ann Thorac Surg*. 2005 Nov, 80(5), s. 1693-1698.
59. Ocaik, G., Sturms, L.M., Hoogeveen, J.M., Le Cessie, S., Jukema, G.N. Prehospital identification of major trauma patients. *Langenbecks Arch Surg*. 2008 Jun 26.
60. Salomone, J.P. Prehospital triage of trauma patients: a trauma surgeon's perspective. *Prehosp Emerg Care*. 2006 Jul-Sep, 10(3), s. 311-313.
61. Garrouste-Orgeas, M., Timsit, J.F., Montuclard, L., Colvez, A., Gattolliat, O., Philippart, F., Rigal, G., Misset, B., Carlet, J. Decision-making process, outcome, and 1-year

- quality of life of octogenarians referred for intensive care unit admission. *Intensive Care Med.* 2006 Jul, 32(7), s. 1045-51.
62. Sprung, C.L., Cohen, S.L. et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA*, 2003, 290 (6), s. 790-797.
 63. Sjøkvist, P., Nilstun, T., Svantesson, M., et al. Withdrawal of life support- who should decide? Differences in attitudes among general public, nurses and physicians. *Intensive Care Med* 1999, 25, s. 949-954.
 64. Prendergast, T.J., Claessens, M.T., Luce, J.M. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med* 1998, 158, s. 1163-1167.
 65. Wunch, H., Harrison, D.A., Harvey, S., Rowan, K. End-of-life decisions: a cohort study of the withdrawal of all active treatment in intensive care units in the United Kingdom. *Intensive Care Med* 2005, 31, s. 823-831.
 66. Ferrand, E., Robert, R., Ingrand, P., et al. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. *Lancet* 2001, 357, 9-14 .
 67. Esteban, A., Gordo, F., Alia, I. et al. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intensive Care Med* 2001, 27, s. 1744-1749.
 68. Harrison, D.A., Brady, A.R., Rowan, K. Case mix, outcome and length of stay for admission to adult, general critical care units in England, Wales and Northern Ireland: the Intensive Care NATIONAL Audit And Research Centre Case Mix Programme Database. *Critical Care* 2004, 8, s. R99-111.
 69. Poulton, B., Ridley, S., Mackenzie-Ross, R., Jizvi, S. Variation in end-of-life decision making between critical care consultants. *Anaesthesia*, 2005, 60, s. 1101-1105.
 70. Keenan, S.P., Busche, K.D., Chen, L.M. et al. A retrospective review of a large cohort of patients undergoing the process of withholding and withdrawal of life support. *Crit Care Med* 1997, 25, s. 1324-1331.
 71. Prendergast, T.J., Luce, J.M. Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from critically ill. *AJRCCM* 1997, 155, s. 15-20.
 72. Sprung, C.L., Maia, P., Bulow, H.H. et al. The importance of religious affiliation and culture on end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive Care Med* 2007, 33, s. 1732-1739.
 73. Pařízková, R., Černý, V., Dostál, P., Cvachovec, K., Novák, I., Šrámek, V., Nalos, D. Omezení léčby u nemocných na pracovištích typu ARO/JIP – jednodenní národní studie. *Anest. Intenziv. Med.*, 2006, 17, č. 5, s. 261-265.

74. Vincent, J.L. Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. *Crit Care Med*, 1999, 27, s. 1626-1633.
75. Giannini, A., Pessina, A., Tacchi, E.M. End-of-life decisions in intensive care units: attitudes of physicians in an Italian urban setting. *Intensive Care Med*, 2003,
76. Cardoso, T., Fonseca, T., Pereira, S., Lencastre, L. Life-sustaining treatment decisions in Portuguese intensive care units: a national survey of intensive care physicians. *Critical Care* 2003, 7, s. R167-R175.
77. Benbenishty, J., Ganz, F.D., Lippert, A., Bulow, H.H., Wennberg, E., Henderson, B., Svantesson, M., Baras, M., Phelan, D., Maia, P., Sprung, C.L. Nurse involvement in end-of-life decision making: the ETHICUS study. *Intensive Care Med*, 2004,
78. Cardovo, T., Fonseca, T., Pereira, S., Lencastre, L.: Life-sustaining treatment decisions in Portuguese intensive care units: a national survey of intensive care physicians. *Crit Care* 2003, 7(6), s. R 165-175.
79. Yap, H.Y. Ethical attitudes of intensive care physicians in Hong Kong: questionnaire survey. *Hong Kong Med J*, 2004 Aug, 10(4), s. 244-250.
80. Wenger, N.S., Carmel, S. Physicians' religiosity and end-of-life care attitudes and behaviors. *Mt Sinai J Med*, 2004, 71(5), s. 335-343.
81. Ferrand, E., Bachoud-Levi, A.C., Rodrigues, M., et al. Decision-making capacity and surrogate designation in French ICU patients. *Intensive Care Med* 2001, 27, s. 1360-1364.
82. Azoulay, E., Pouchard, F., Chevret, S. et al. Opinions about surrogate designation: A population survey in France. *Crit Care Med*, 2003, 30, s. 459-461 .
83. Azoulay, E., Pouchard, F., Chevret, S. et al. Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision-making process: a study in 78 French intensive care units. *Crit Care Med*, 2004, 32, s. 1832-1838.
84. Azoulay, E., Pouchard, F., Kentish-Barnes, N. et al. Risk of posttraumatic stress symptoms in family members on intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2005, 171, s. 987-994 .
85. Ferrand, E., Lemaire, F., Regnier, B. et al. Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. *Am J Respir Crit Care Med*, 2003, 167, s. 1310-1315.
86. Fassier, T., Lautrerre, A., Cioldi, M., Azoulay, E. Care at the end of life in critically ill patients: the European perspective. *Current Opinion in Critical Care*, 2005, 11, s. 616-623.

87. Vincent, J.L. Withdrawing may be preferable to withholding. *Critical Care* 2005, 9, s. 226-229.
88. Chong, A.M., Foc, S.Y. Attitudes toward euthanasia in Hong Kong-a comparison between physicians and the general public. *Death Stud*, 2005 Jan-Feb, 29(1), s. 29-54.
89. Burns, J.P., Mitchell, C., Griffith, J.L., Truog, R.D. End-of-life care in the pediatric intensive care unit: attitudes and practices of pediatric critical care physicians and nurses. *Crit Care Med*, 29, s. 658-664.
90. 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 Med*, 2008.
91. Withholding and withdrawing life-prolonging treatments: Good practice in decision-making http://www.gmc-uk.org/guidance/current/library/withholding_lifeprolonging_guidance.asp
92. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care Challenges in end-of-life care in the ICU, *Reanimation* 13, 2004, 440-452.
93. 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, 912-927.

6 Publikační činnost se vztahem k tématu

Původní práce

1. Černý, V., Pařízková, R., Nalos, D., Jahodářová, R.: Etické a právní aspekty “kategorizace nemocných” v intenzivní péči. *Anesteziologie a neodkladná péče*, 2000, 11, Suplementum 1, s. 37-39.
2. Pařízková, R., Černý, V., Dostál, P. Zkušenosti s kategorizací nemocných v resuscitační péči, *Anesteziologie a neodkladná péče*, 2000, 11, s. 176-180.
3. Pařízková, R., Černý, V., Dostál, P., Jahodářová, R. Zkušenosti s ukončováním ventilační podpory u nemocných v intenzivní péči, *Anesteziologie a neodkladná péče*, 2001, 12, č. 2, s. 69-72.
4. Černý, V., Pařízková, R., Jahodářová, R., Herold, I., Nalos, D.: Ukončování ventilační podpory u nemocných v intenzivní péči, *Anesteziologie a neodkladná péče*, 2001, 12, č. 2, s. 64-68.
5. Pařízková, R., Černý, V., Dostál, P. Vliv rozdílných populací nemocných na klinický výsledek a náklady v intenzivní péči, *Anesteziologie a neodkladná péče*, 2001, 12, č. 5, s. 229-233.
6. Pařízková, R., Černý, V., Dostál, P., Vašátko, L., Hora, P., Herold, I., Novák, I., Nalos, D. Klinický výsledek a náklady u rozdílných populací nemocných v intenzivní péči: multicentrická studie, *Anesteziologie a neodkladná péče*, 2001, 12, č. 5, s. 234-239.
7. Pařízková, R., Černý, V., Dostál, P., Vašátko, L., Hora, P., Herold, I., Novák, I., Nalos, D. Sledování kvality života u nemocných v intenzivní péči: multicentrická studie. *Anesteziologie a neodkladná péče*, 2001, 12, č. 5, s. 240-251.
8. Pařízková, R., Černý, V., Dostál, P. Ukončování ventilační podpory u nemocných v intenzivní péči. *Čas. Lék. Čes.*, 2003, 142, s. 398-402.
9. Pařízková, R., Černý, V., Cvachovec, K., Novák, I., Šrámek, V., Nalos, D.: Postoj lékařů na odděleních ARO/JIP v České republice k otázce omezení rozsahu poskytované léčby u nemocných v intenzivní péči – národní studie. *Anest. Intenz. Med.*, 2006, 17, č. 5, s. 251-260.
10. Pařízková, R., Černý, V., Cvachovec, K., Novák, I., Šrámek, V., Nalos, D. Omezení léčby u nemocných na pracovištích typu ARO/JIP – jednodenní národní studie. *Anest. Intenz. Med.*, 2006, 17, č. 5, s. 261-265.

Přehledné práce

1. Černý, V., Pařízková, R., Nalos, D., Jahodářová, R. Etické a právní aspekty „kategorizace nemocných“ v intenzivní péči. *Anesteziologie a neodkladná péče*, 2000, 11, Suplementum 1, s. 37-39.
2. Černý, V., Pařízková, R., Jahodářová, R., Herold, I., Nalos, D. Ukončování ventilační podpory u nemocných v intenzivní péči, *Anesteziologie a neodkladná péče*, 2001, 12, č. 2, s. 64-68.
3. Pařízková, R. Ukončování postupů orgánové podpory v klinické praxi – existuje doporučený postup? In: Zazula R. a kol (Eds): *Ročenka intenzivní medicíny 2005*. Galén Praha 2005, ISBN 80-7262-344-3, 292 stran, s. 231-234.
4. Pařízková, R. Asistovaná sebevražda - pohled lékaře. In: *Novinky v anesteziologii, intenzivní medicíně a léčbě bolesti 2007*, Galén, Praha, 2007, s. 84-89.
5. Truhlář, A., Černý, V., Dostál, P., Solař, M., Pařízková, R., Hrubá, I., Žabka, L. Out-of-hospital cardiac arrest from air embolism during sexual intercourse: Case report and review of the literature. *Resuscitation*//2.314, roč. 73, č. 2, 2007, s. 475-484, kasuistika

Vyzvané přednášky

1. Pařízková, R. Kvalita života u nemocných v intenzivní péči. 7. vzdělávací a vědecký kongres ČSARIM s mezinárodní účastí, Hradec Králové, 21.-23.9., 2000.
2. Pařízková, R., Černý, V., Cvachovec, K., Novák, I., Šrámek, V., Nalos, D. Postoj lékařů na odděleních ARO/JIP v České republice k otázce omezení rozsahu poskytované léčby u nemocných v intenzivní péči – národní studie. XII. kongres ČSARIM ČLS J.E.P. Olomouc 8.9.-10.9.2005.
3. Pařízková, R. Kompetentní nemocný v intenzivní péči – lze ukončit podporu orgánových funkcí na jeho žádost? XII. Žaludovy dny, Ústí nad Labem, 8. – 11. 3. 2005.
4. Pařízková, R. Terminal weaning. 8. Postgraduální kurz, Sepse a MODS, Ostrava, 25.-27.1.2006.
5. Pařízková, R. Asistovaná sebevražda - pohled lékaře. XIII. kongres ČSARIM ČLS J.E.P. Praha 2007.
6. Pařízková R.: Kategorizace nemocných – pohled intenzivisty. II. Česko-slovenský kongres intenzivní medicíny dospělých a dětí, Plzeň 4.-6.6.2008.

Abstrakta

1. Černý, V., Dostál, P., Pařízková, R., Žabka, L. Kategorizace nemocných v resuscitační péči, Kongres ČSARIM, Příbram 10.-13.10. 1996, Sborník str. 32.
2. Pařízková, R., Dostál, P., Černý, V. Vliv populace nemocných na náklady v intenzivní péči, Intenzivní perioperační péče, str. 161, Galén, 2000, ISBN 80-86257-17-7.
3. Pařízková, R., Černý, V., Dostál, P. Ukončování ventilační podpory u nemocných v resuscitační péči, In: Vladimír Černý, Karel Cvachovec: Novinky v anesteziologii, intenzivní medicíně a léčbě bolesti 2000, str. 302, Galén, 2000, ISBN 80-86257-20-7.
4. Parizkova, R., Cerny, V., Dostal, P. Terminal weaning from mechanical ventilation in critically ill patients with or without severe brain damage. *Critical Care*, 2001, 5, Supplement 1, S120.
5. Parizkova, R., Cerny, V., Dostal, P. The cost of different subgroups of critically ill patients: a multicentric study in Czech Republic. *Critical Care*, 2001, 5, Supplement 1, S122.
6. Parizkova, R., Cerny, V., Dostal, P. et al. Quality of life in critically ill patients with multiple organ dysfunction. *Intensive Care Med*, 27, 2001, Supplement 2, S155.
7. Parizkova, R., Cerny, V., Dostal, P. et al: Clinical outcome and quality of life in critically ill patients: a multicentric study in Czech Republic. 8th World Congress of Intensive and Critical Care Medicine, 2001, Abstract Book, 174.
8. Cerny, V., Parizkova, R., Dostal, P. Short and long term clinical outcome and cost in patients with prolonged ventilatory support: a multicentric study. *Crit Care Med*, 29, 2002, 12 (Suppl), A132.
9. Cerny, V., Parizkova, R., Dostal, P. Terminal weaning in critical ill patients. *Critical Care*, 2002, 6, Supplement 1, S119.
10. Parizkova, R., Cerny, V., Dostal, P. Limitating of life support in critically ill patients. *Intensive Care Med*, 2002, 28, Suppl 1: S42.
11. Parizkova, R., Cerny, V., Dostal, P. et al. Long term outcome after prolonged ventilatory support. *Intensive Care Med*, 2002, 28, Suppl 1: S 45.
12. Pařízková, R., Černý, V., Dostál, P. Limitating of life support in critically ill patients: a retrospective analysis of frequency and practice. In: *Biomedical Papers*, roč. 146, č. 1, 2002, s. 13-14.
13. Pařízková, R., Černý, V., Dostál, P. Limitating of life support in critically ill patients. In: *Intensive Care Medicine*, 2/314, roč. 28, č. Supl.1, 2002, s. S42-S42.

14. Pařízková, R., Černý, V., Cvachovec, K., Novák, I., Šrámek, V., Nalos, D. Postoj lékařů na odděleních ARO/JIP v České republice k otázce omezení rozsahu poskytované léčby u nemocných v intenzivní péči - národní studie 2005. In: Novinky v anesteziologii, intenzivní medicíně a léčbě bolesti 2005, Galén, Praha, 2005, s. 79-80.
15. Parizkova R., Cerny V., Cvachovec K. et al: Attitudes of intensive care physicians toward end-of-life decision – Czech national survey study. Intensive Care Med, 2008, 34, Suppl 1: S 100.

7 Přílohy

Příloha 1: Seznam zákonných norem týkajících se zdravotnictví

1. Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava ČR
2. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, po opakované novelizaci
3. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů
4. Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravot. zařízeních
5. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů
6. Zákon č. 140/1961 Sb., Trestní zákon
7. Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním
8. 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 zák. č. 125/2005 Sb.
9. Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod
10. Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých dalších zákonů (ve znění pozdějších předpisů)
11. 96/2001 Sb., Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluva o lidských právech a biomedicíně), vysvětlující zpráva k Úmluvě:
<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Reports/Html/164.htm>
12. Zákon 40/1964 Sb., Občanský zákoník, úvodní ustanovení o způsobilosti a právních úkonech
13. Vyhláška č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a o pohřebnictví, ve znění zákona č. 256/2001 Sb.
14. Vyhláška 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci

Příloha 2: Práva pacientů

Etický kodex Práv pacientů

Uvedená práva pacientů byla prohlášena za platná dne 25. února 1992. Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedeny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na vyšetření přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.