

Rozvoj intenzivní medicíny v posledních dvaceti letech sebou přinesl nejen možnost příznivého ovlivnění dříve neřešitelných stavů, současně ale sebou přinesl zcela nové problémy medicínské, etické i ekonomické. Narůstající rozpor mezi možnostmi medicíny a ekonomickými zdroji a současně neoprávněný optimismus lékařů i veřejnosti o neomezených možnostech medicíny vedl k zahájení diskusí o alokaci dostupných zdrojů těm nemocným, kde lze očekávat reálnou naději na zlepšení stavu s přežitím a dosažením přijatelné kvality života. Intenzivní péče může vést k prodlužování umírání s utrpením a strádáním, mnohdy provázeném ztrátou důstojnosti nemocného, což je v přímém rozporu s etickými principy a základními právy člověka. Vysazení těch postupů, které se jeví při pečlivém odborně podloženém zdůvodnění jako zcela marné, neúčelné a které nemohou zvrátit jednoznačně nepříznivou prognózu nemocného, je v souladu s etickými principy medicíny. V případě nemožnosti splnění základních léčebných cílů, kterými je zachování života a zdraví nemocného, je nutné cíle přehodnotit a stanovit nové, kdy je lékařské a ošetrovatelské úsilí zaměřeno na zajištění komfortu nemocného ve všech aspektech (zabezpečení základních fyzických, psychologických, sociálních a duchovních potřeb) s důrazem na respektování důstojnosti nemocného.

Cílem práce bylo formulovat základní východiska nezbytná pro rozhodovací procesy u nemocných v intenzivní péči, posoudit krátkodobé i dlouhodobé ukazatele klinického výsledku (přežití nemocných, kvalita života) u nemocných přijatých do intenzivní péče, posouzení výše nákladů u nemocných v intenzivní péči ve vztahu k dosaženému klinickému výsledku, 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 a návrh mezioborového konsensuálního stanoviska pro rozhodovací procesy u nemocných v intenzivní péči s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí.

1. 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. Z hlediska etického či medicínského není rozdíl mezi vysazením jednotlivých postupů orgánové podpory. 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. 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) neznamena 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.
2. Kvalita života a její přijatelnost jsou subjektivním vnímáním životní reality, kterou může posoudit pouze osoba samotná. U nemocných hospitalizovaných v intenzivní péči došlo ke snížení kvality života oproti kontrolní populaci ve všech dimenzích, byl zjištěn rozdíl ve vnímání kvality života mezi diagnostickými skupinami nemocných. Hodnocení kvality života u nekompetentního nemocného lékařem by nemělo být významným faktorem v žádné fázi rozhodovacího procesu o poskytované péči.
3. 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. Rozhodujícím faktorem ovlivňujícím výši nákladů všech nemocných byla doba pobytu, nejdelší pobyt a nejvyšší náklady vykazovali nemocní s diagnózou sepsy.

4. Údaje o postojích lékařů ARO/JIP v České republice k otázkám omezení rozsahu poskytované péče ukazují, že koncept nerozšiřování či vysazení léčby je přijatelný pro většinu respondentů, nicméně vysazení ventilační podpory odmítá přibližně polovina z dotazovaných. V klinické praxi je spíše uplatňován postup nerozšiřování léčby než vysazení terapeutických postupů. Analgosedace a infúzní 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.