

# Intenzivně – paliativní rozhodování u dospělých

**Decide@care**

**Konference FNUSA, Brno 6.6.2024**

**Ondřej Kopecký**

Klinika paliativní medicíny 1.LF UK a VFN  
Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP

## Intenzivní péče?

žena 73 let, karcinom plic s prorůstáním do bronchů

muž 35 let, terminální srdeční selhání

muž 17 let, sarkom myokardu

muž 50 let, lymfom s nitrobřišní katastrofou

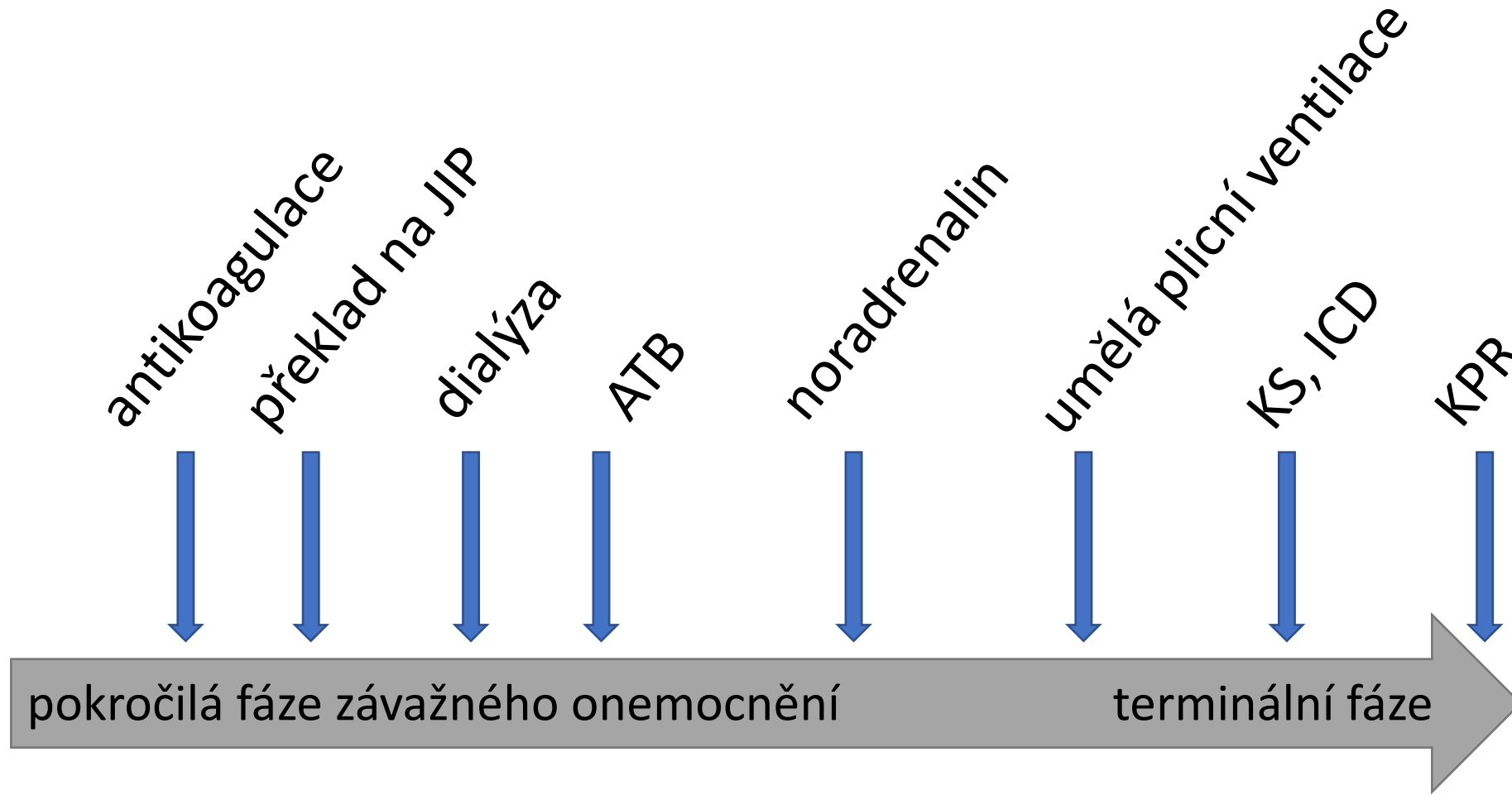


# Otázky v pokročilé nemoci při poskytování zdravotní péče?

## Rozhodování

- o čem?
  - s kým?
  - jak?
  - s jakou argumentací?
  - kdy?
  - ...
- 
- je vůbec o čem rozhodovat?

# Limitace léčby ??





ELSEVIER

Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

# Resuscitation

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/resuscitation](http://www.elsevier.com/locate/resuscitation)



## European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of life decisions



Spyros D. Mentzelopoulos<sup>a,\*</sup>, Keith Couper<sup>b,c</sup>, Patrick Van de Voorde<sup>d,e</sup>,  
Patrick Druwe<sup>f</sup>, Marieke Blom<sup>g</sup>, Gavin D. Perkins<sup>b</sup>, Ileana Lulic<sup>h</sup>, Jana Djakow<sup>i,j</sup>,  
Violetta Raffay<sup>k,l</sup>, Gisela Lilja<sup>m</sup>, Leo Bossaert<sup>n</sup>

1/22



## Human Rights and Biomedicine

Home At a glance Reference texts Topics HELP Online Training Events Cooperation activities Resources

You are here: Human Rights and Biomedicine > Topics > End of Life > Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations

# Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations

### DOPORUČENÍ PŘEDSTAVENSTVA ČLK č. 1/2010

k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů  
v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli



ČESKÁ REPUBLIKA

# NÁLEZ

Ústavního soudu

Jménem republiky

Ústavní soud rozhodl v senátu složeném z předsedy Pavla Šámala, soudce Jana Wintra a soudce zpravodaje Jaromíra Jirsy o ústavní stížnosti stěžovatelů 1) J. V., 2) J. H., zastoupených JUDr. Adamem Doležalem, Ph.D., LL.M., advokátem se sídlem v Praze 10, U Hranic 3221/16, proti rozsudku Nejvyššího soudu č. j. 25 Cdo 961/2021-724 ze dne 28. 2. 2022 a rozsudku Krajského soudu v Hradci Králové – pobočky v Pardubicích č. j. 23 Co 350/2018-667 ze dne 29. 10. 2020, za účasti Nejvyššího soudu a Krajského soudu v Hradci Králové – pobočky v Pardubicích, jako účastníků řízení, a obchodních korporací a) Nemocnice Pardubického kraje a. s., se sídlem v Pardubicích, Kyjevská 44, b) ČSOB Pojišťovna a. s., se sídlem v Pardubicích, Masarykovo náměstí 1458, jako vedlejších účastníků řízení, takto:



# ERC 2021 - Ethics

**ETIKA 2021**

**5 KLÍČOVÝCH SDĚLENÍ**

- 1. PLÁNY BUDOUCÍ PÉČE**

  - Pomáhají pacientům a jejich rodinám dosáhnout takových výsledků, které považují za důležité
  - Umožňují zdravotníkům a pacientům podílet se na společném rozhodování
  - Slouží k integraci rozhodnutí o nezhájení resuscitace (DNACPR) s plány léčby při potřebě urgentní péče
- 2. VZDĚLÁVÁNÍ PACIENTŮ A VEŘEJNOSTI**

  - Co vlastně znamená resuscitace a jaké jsou její možné výsledky
  - Jak mohou zdravotníkům pomoci se dozvědět, jaké výsledky jsou pro ně důležité
- 3. VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ**

  - Jak je důležité plánování budoucí péče
  - Co znamená společné rozhodování
  - Jak s pacienty a jejich příbuznými efektivně komunikovat při plánování budoucí péče
- 4. KDY ZAHÁJIT A KDY UKONČIT RESUSCITACI**

  - Pro nezhahování nebo ukončení KPR používejte předem definovaná kritéria
  - Rozhodování nezkládejte na jediném klinickém příznaku nebo známce špatné prognózy
  - Důvod rozhodnutí pro případ KPR zaznamenávejte do dokumentace
- 5. VÝZKUM**

  - Přivzte pacienty i veřejnost do procesu návržení, provedení a interpretace výzkumu
  - Respektujte důstojnost a soukromí účastníků výzkumu
  - Postupujte v souladu s národními doporučeními postupy pro provádění výzkumu v oblasti urgentní péče, pokud nelze od pacientů získat souhlas

**ETHICS GL 2021**

**5 TOP MESSAGES**

- 1. ADVANCE CARE PLANS**

  - Help patients and families achieve the outcomes which are important for them
  - Allow clinicians and patients to participate in shared decision making
  - Should integrate DNACPR decisions with emergency care treatment plans
- 2. EDUCATE PATIENTS AND THE PUBLIC**

  - What resuscitation involves and outcomes following resuscitation
  - About their role in helping clinicians know about the outcomes which are important to them
- 3. EDUCATE HEALTHCARE PROFESSIONALS**

  - About the importance of advanced care planning
  - What shared decision making involves
  - How to communicate effectively with patients and their relatives when discussing advanced care plans
- 4. WHEN TO START AND STOP RESUSCITATION**

  - Use pre-defined criteria for withholding or terminating CPR
  - Do not base decisions on isolated clinical signs or markers of poor prognosis
  - Document reasons for resuscitation decisions
- 5. RESEARCH**

  - Involve patients and public during the design, conduct and interpretation of research
  - Respect the dignity and privacy of research participants
  - Follow national guidelines for conducting research in an emergency where the person lacks capacity

**Fig. 1 – Key messages relating to ethics in Guidelines 2021.**

## Komentář k nálezu ÚS - K.Abbasi, tisková mluvčí

...

Při rozhodování o provedení kardiopulmonální resuscitace na sklonku života je obecně třeba **vyvažovat právo na život a na ochranu zdraví** na straně jedné a **právo jednotlivců na důstojné přirozené dožití** na straně druhé. Z **práva na život a ochranu zdraví** nevyplývá bezpodmínečná povinnost lékařů provést kardiopulmonální resuscitaci bez ohledu na stav konkrétního pacienta, byť by mohla o určitou dobu oddálit okamžik fyzické smrti. Přesto ale **jednostranné vydání pokynu DNR ze strany lékařů bez informování či jakéhokoliv zapojení pacienta (či za určitých okolností jeho blízkých) do rozhodovacího procesu může být v rozporu s jeho (případně jejich) participačním právem, a tedy i s právem pacienta (případně jeho blízkých) na nedotknutelnost osoby a respektování rodinného a soukromého života** podle čl. 7 odst. 1 Listiny a čl. 8 Úmluvy.

Samy obecné soudy **jádro argumentace stěžovatelů k procesu vyslovení pokynu DNR nerozporují – naopak. Dospěly k závěru, že ošetřující lékaři pochybili, vydali-li pokyn DNR jednostranně, aniž by své rozhodnutí konzultovali s pacientkou nebo s jejími blízkými. Stěžovatelé však svojí žalobou uplatňovali nárok na jednorázovou náhradu za usmrcení osoby blízké, nikoliv nemajetkovou újmu způsobenou porušením participačních práv pacientky či jich samotných (jako osob blízkých), což bylo nosným důvodem zamítnutí jejich žaloby.**

...

# ERC 2021

Table 1 – Consensus definition and statements for advance directives.

Table 2 – Consensus definition and statements for advance care planning

Table 3 – Consensus definition and statements for shared decision making

## Criteria that should not alone inform decision-making

- Pupil size
- CPR duration
- End-tidal carbon dioxide (CO<sub>2</sub>) value
- **Co-morbid state**
- Initial lactate value
- Suicide attempt

Concise guidelines for clinical practice

Major interventions aimed at safeguarding autonomy

Clinicians should:

- Use **advance care planning that incorporates shared decision making** to improve consistency between patient wishes and treatment.
- **Offer advance care planning to all patients at increased risk of cardiac arrest or poor outcome** in the event of cardiac arrest.
- Support advance care planning in all cases where it is requested by the patient.
- **Integrate resuscitation decisions with other treatment decisions**, such as invasive mechanical ventilation, in overarching advance emergency care treatment plans to increase clarity of **treatment goals and prevent inadvertent deprivation of other indicated treatments.**
- Clinicians should not offer CPR in cases where resuscitation would be futile



# Doporučení ČLK

Jakékoliv rozhodování v průběhu poskytované zdravotní péče **musí být v souladu s existujícími právními předpisy** a musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta, **musí bezvýhradně respektovat základní etické principy medicíny**, především lidský život jako nejvyšší hodnotu a právo na sebeurčení nemocných a uchování jejich lidské důstojnosti. e) Jakýkoliv diagnostický nebo léčebný postup musí být pečlivě a odpovědně **posuzován poměrem reálného klinického přínosu a míry možného rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání**, které zvolený postup pacientovi v aktuální klinické situaci přináší. Použití postupu, kde rizika a komplikace s ním spojené, **nejsou vyváženy jeho přínosem pro pacienta, je v rozporu s etickými principy medicíny**. Vždy je nutné brát zřetel na předchozí názor pacienta, pokud je dostupný a je nepochybné, že jde o dříve vyslovené přání příslušného pacienta (viz. článek 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně). f) Jakýkoliv léčebný postup, při němž 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 dočasné korekce hodnoty některé z fyziologických funkcí či jejich dílčích parametrů bez ovlivnění celkového průběhu onemocnění a možnosti záchrany života, nemůže být při zvažování poměru přínosu a rizika považováno za příznivý účinek zvoleného léčebného postupu. Léčba, která se jeví jako marná a neúčelná, nemá být indikována a prováděna. g) **Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby neznamena 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.

# Východiska

medicínská nejistota

dostupnost pokročilých metod vs. léčba do vyčerpání možností

# Perspektivy v péči - 4 roviny

## JAKÉ JE NAŠE MEDICÍNSKÉ POZNÁNÍ A MOŽNOSTI?

DIAGNÓZA

LÉČBA A ALTERNATIVY POSTUPU

OČEKÁVANÝ VÝVOJ

medicínská

právní

Co víme?

Co může fungovat a jak?

Jaké existují alternativy?

...

## CO JE DOBŘE?

Podle čeho hodnotím?

Jaké mám argumenty?

Z jakých hodnot vycházím?

Jaké jsou zájmy zúčastněných?

...

etická

komunikační a  
psychologická

## CO MUSÍM A CO NESMÍM?

Jaké existují právní normy?

Jak a kdo normy vykládá?

S jakou argumentací? Jaké

jsou principy, ze kterých

normy vychází?

...

## O ČEM, KDO, S KÝM, JAK, KOLIK?

Podle čeho hodnotím?

Jaké mám argumenty

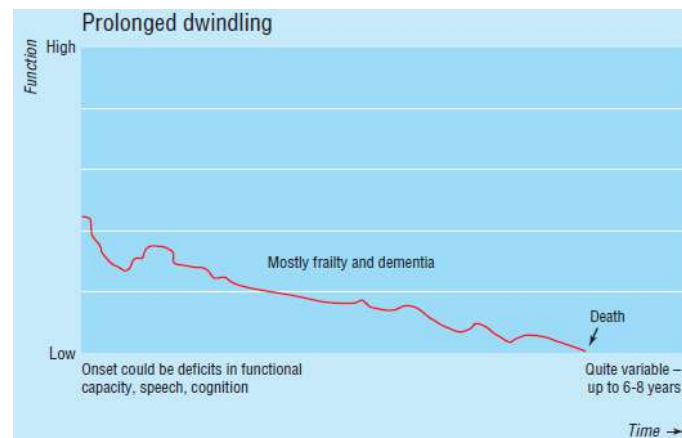
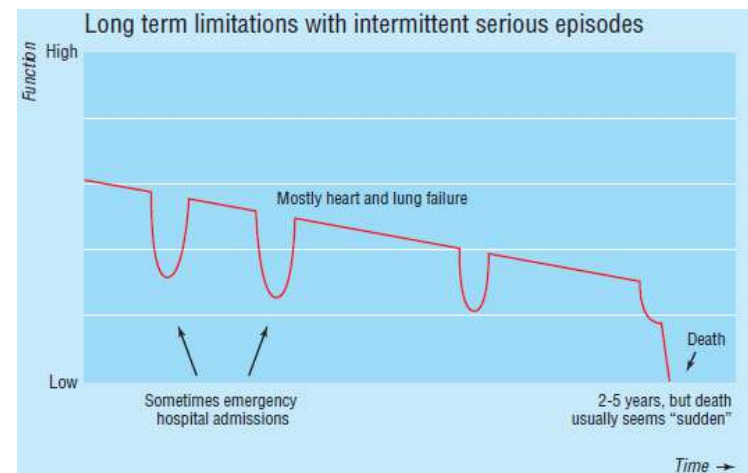
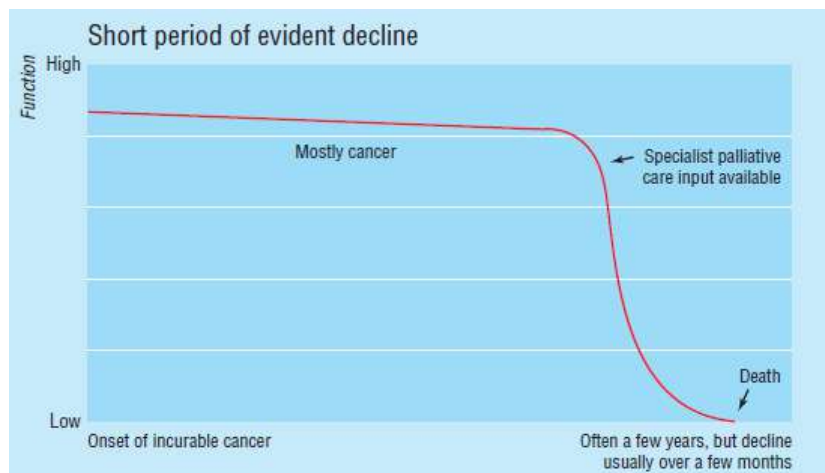
Jaké nástroje využívám?

**EMOCE, ZÁZEMÍ, KONTEXT,**

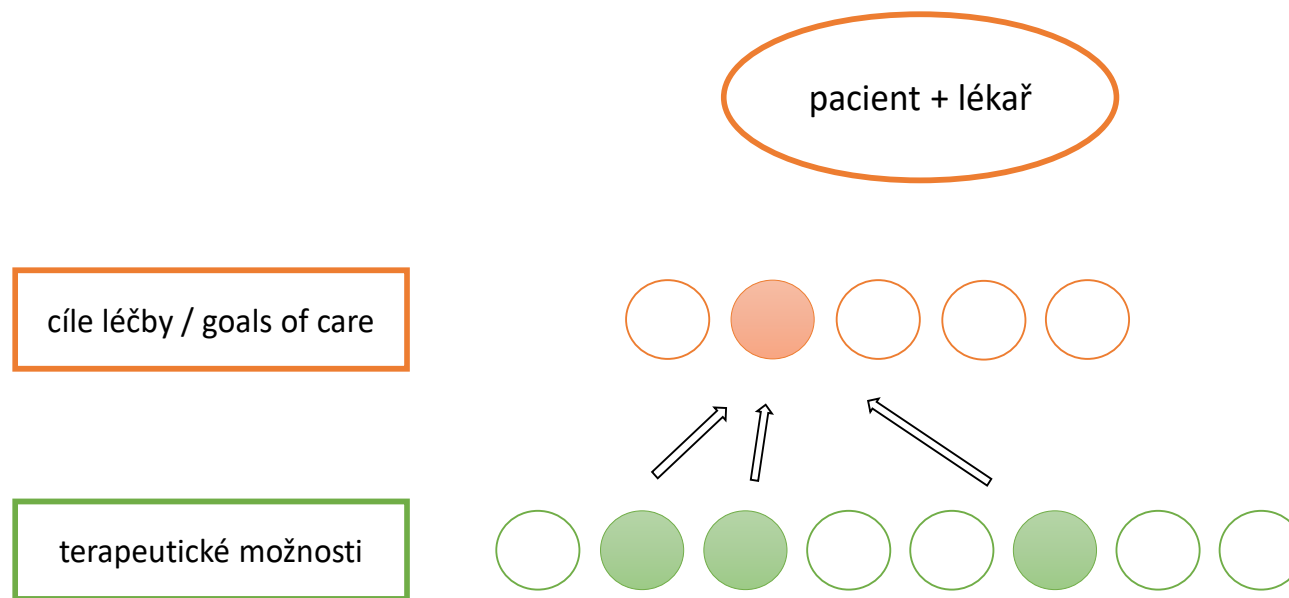
**KULTURA, STRACH, OPORA,**

**DŮVĚRA, ROLE, ...**

# Průběh onemocnění



# Cíl péče

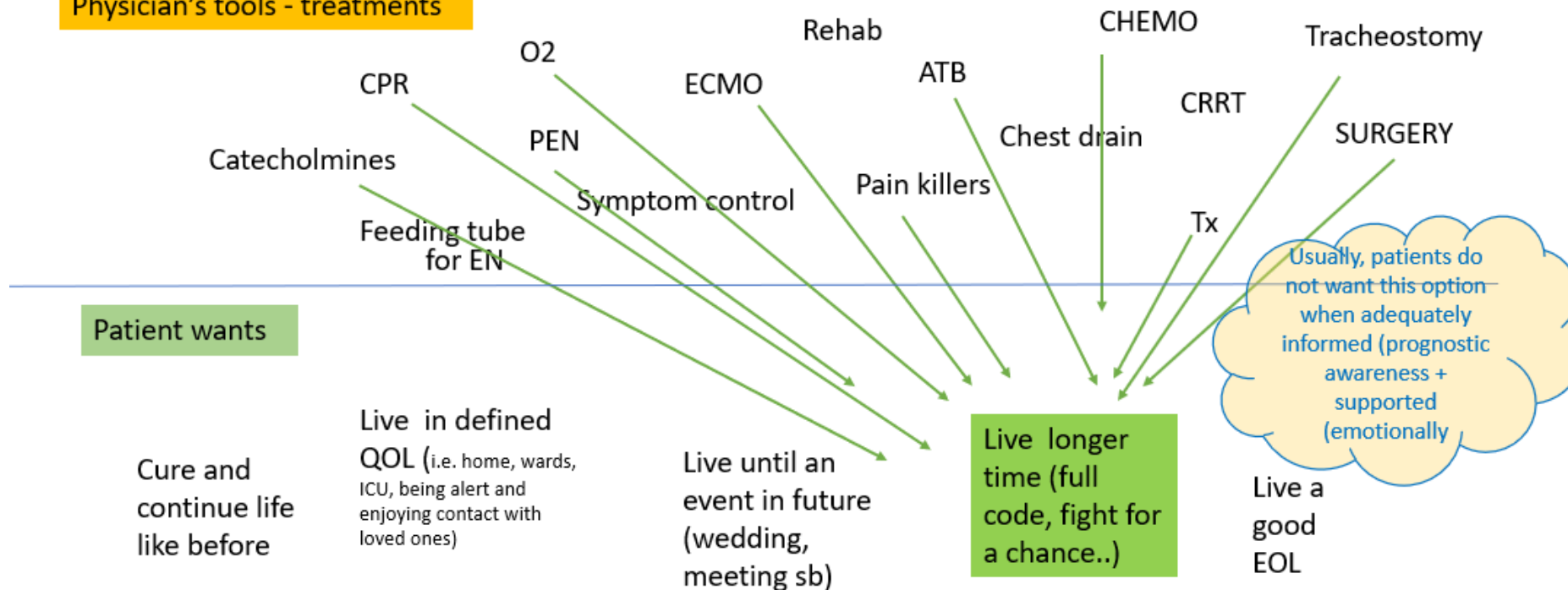


# Cíl péče

## I do not offer:

- treatments that do not work (no evidence)
- I do not have it in my institution (CAR T, heart Tx...)
- I do not have the skills (ECMO)
- I do not want to do it (intubate someone from nursing home or homeless ...- this is ethically very questionable, however it happens)
- does not fulfill indication criteria (CAR T, chemo in PS3...)
- it is too expensive (rationing, political and broader healthcare system context)

## Physician's tools - treatments



# Přiměřenost péče

Position paper | [Open Access](#) | Published: 30 November 2018

## Limits to the appropriateness of intensive care

Policy statement of the German Interdisciplinary Association of Intensive Care and Emergency Medicine (DIVI)

Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin

Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI

		INDIKACE Může být tento postup efektivní v dané situaci efektivní ?	
		ano	ne
PREFERENCE PACIENTA  Je tento postup v souladu s pacientovými preferencemi?  Je zátěž , kterou přináší , přijatelná?	ano	<b>PŘIMĚŘENÝ / INDIKOVANÝ</b>	nepřiměřený / neindikovaný
	ne	nepřiměřený / neindikovaný	nepřiměřený / neindikovaný

## Rámec pro plánování péče

**porozumění – rozhodování – kontrakt / dohoda**

informace / emoce / komunikace / odpovědnosti / role / ...

**diagnóza** (nemoc)

**terapie** (dosažitelný efekt, přínosy a újma, kvalita života)

**prognóza** (budoucí vývoj, scénáře, statistika, ...)

„**sdílené rozhodování**“ – shared decision making



# Porozumění a komunikační techniky

**Porozumění nemoci a očekávání**

**Prognostické uvědomění – obavy a naděje**

**Komunikace závažných informací, práce s emocemi**

**Důležitá témata a hodnoty v životě pacienta**

**Cíl péče jako smysluplný a realisticky dosažitelný výsledek léčby**

**Scénáře a možnosti péče i vývoje nemoci**

**Respekt a přiměřenost**

# Úvodní komunikace – hodnotová anamnéza

Co chcete vědět o své nemoci?

Jaké **INFORMACE** o svém zdravotním stavu chcete dostávat?

S kým je chcete slyšet?

Co kdybychom měli nepříznivé zprávy? Co by byla nepříznivá zpráva?

Kdo ve vaší rodině / mezi vašimi blízkými je **OSOBA DŮVĚRY** pro přemýšlení o zdravotních otázkách?

Kdo by měl být partnerem lékařům k **rozhodování**, pokud vy nebudete schopen?

Co jiného je pro vás **DŮLEŽITÉ** kromě nemoci? O čem přemýšlíte?

# Omezování péče - koncepty

- konec 20.století
- nelze opodstatněně očekávat, že poskytovaná péče přinese pacientovi benefit
- prodlužování umírání, poškozování intervencemi, trápení v psychosociálním rozměru

Marná terapie

Therapy withholding – zadržovaná terapie

Therapy withdrawing – odnímání terapie

Limitace péče

**stanovení adekvátního léčebného cíle a přiměřenosti péče  
plány pro různé scénáře vývoje (best case / worst case scenario)**

DNR  $\neq$  neléčit !!!

**zdravotní stav** pravidelně přehodnocovat

**přiměřenost péče** pravidelně přehodnocovat

- rozšiřování
- zužování

**cíl a plán péče** stanovit reálně

- dosažitelnost, prostředky



# Koncepty pro hledání odpovědí na otázky etické povahy?

Jak hledat, co je dobře?

# Základní etické principy

Beneficence

Non-maleficence

Autonomie

Spravedlnost

# Konflikt principů a balancování

tradice systému

paternalismus x autonomie

preference pacienta

respekt

# Současná bioetika

## Microethics

- Paul Komesaroff, 1995
- Monash University Melbourne
- Center for ethics in Medicine and Society
  
- Etika denního kontaktu s pacientem
- Vliv mnoha faktorů na rozvažování lékaře a rozhodování pacienta
- Na pozadí tradiční etiky
- Vztah ke konkrétní osobě, jejímu zázemí, preferencím, životnímu postoji, dopadu na blízké osoby, na okolí, na budoucí život

**view from outside**    x    **view from inside**





## The view from Nowhere

- Thomas Nagel, 1986
- New York University, Oxford, Harvard, John Rawls
- nemožnost neutrálního etického rozhodování

# Psychologie a komunikace, informace

## Psychologie volby

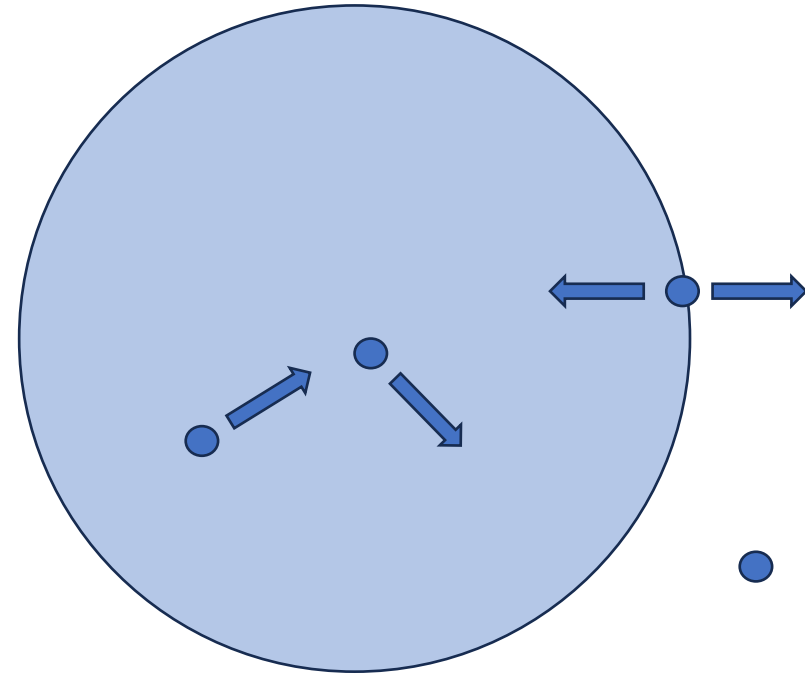
- Amos Tversky, Daniel Kahneman 1974, 1981
- decision making, behavioral economics, Nobelova cena za ekonomii 2002
- vědomé i nevědomé bias v rozhodovacím procesu
- vliv informace na způsob rozhodování, na četnost komplikací

## Moral imagination

- Robert Truog, 2015
- Center for Bioethics, Medical School of Harvard
- schopnost vnímat a rozpoznat způsob komunikace a způsob rozhodování v etických otázkách
- přiznání vlastního postoje lékaře v komunikaci?

# Etická přijatelnost

- Zájem
  - Hodnoty
  - Argumentace
- 
- Pozice
  - Komunikace a mediace
  - Dokumentace



ethical permissibility

[Ethics, Applied | Internet Encyclopedia of Philosophy \(utm.edu\)](https://www.utm.edu/)

# Etika prakticky: four-box-approach

Medicínská indikace	Pacientovi preference	Kvalita života	Kontext
<p><b>Jaký je prospěch pro pacienta?</b> <b>Jak zabráníme poškození pacienta?</b></p> <p>Diagnóza, prognóza, chronický stav, akutní stav, emergency, reversibilita Cíl péče, plán při zhoršení nebo selhání</p>	<p><b>Je respektováno právo pacienta na volbu?</b></p> <p>Hodnoty a preference, rozhodovací kompetence, informovanost a porozumění, očekávání, dříve projevená přání, DVP, osoby blízké, jejich argumentace, důvody pro nespolutraci</p>	<p><b>Jaká kvalita života je reálně dosažitelná?</b></p> <p>Šance na návrat k normálnímu životu, jaká omezení způsobí léčba (fyzická, mentální, sociální), vznikají podmínky, které činí život nesnesitelný, existuje důvod pokračovat v terapii, je stanoven plán pro dosažení komfortu v závěru života</p>	<p><b>Jak ovlivňují rozhodování okolnosti případu?</b></p> <p>Ovlivňuje rozhodování rodinný kontext, možnosti poskytovatele, finanční náročnost, kulturní a náboženské aspekty, zákonný rámec, výzkumné záměry, konflikt zájmů</p>

Jonsen, A., Siegler, M., & Winslade, W. (2006). Clinical ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine (6th ed). New York, NY: McGraw-Hill.

# Etické otázky při péči v závěru života

Rozlišuji medicínské a hodnotové otázky?

Respektuji role a způsob sdíleného rozhodování?

Znám hodnoty pacienta?

Znám hodnoty svoje a jejich vliv na moji práci?

Jsem srozumitelný ve své roli a hodnotách?

Jakou dávám terapeutickou nabídku a proč?

Jakým způsobem hledám argumenty pro to, co je „dobře“?

...

# Jak najít odpovědi na etické otázky?

**1**

**Rozlišit jednotlivé roviny problému.**

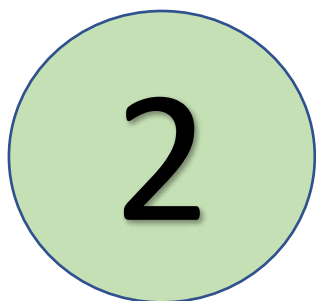
**Medicínská** – efektivita, statistika, indikační kritéria, EBM

**Právní** – legislativní rámec, zákazy, povinnosti, souhlas pacienta, DVP

**Etická** – co je dobré pro pacienta a jak to bude stanoveno

**Komunikační** – jak se domluvit o závažných a složitých tématech, jak zacházet s nejistotou, jak hájit zájmy zúčastněných

# Jak najít odpovědi na etické otázky?



## **Používat moderní medicínské koncepty.**

**Cíl péče** – medicínsky relevantní, pacientem preferovaný, v souladu s jeho hodnotami, realisticky dosažitelný

**Přiměřenost péče** – využití takových metod a postupů, které mají smysluplný medicínský potenciál k dosažení cíle které jsou současně pro pacienta přijatelné zátěží a žádané svým přínosem

# Jak najít odpovědi na etické otázky?



**Znát základní etické koncepty a nástroje.**

**Principialismus** – čím se měří dobro a přijatelnost

**Mikroetika** – etická přijatelnost vzniká v každé nové situaci, rozhovoru, výkonu, neexistuje etická neutralita

**Hodnotový svět** – vlastní, pacientův, rodiny – v interakci vzniká rozhodování



# Jak najít odpovědi na etické otázky?

4

**Využívat komunikační nástroje.**

**Porozumění a očekávání** – jaké informace pacient k potřebuje k dobrému porozumění a rozhodování

**Sdělování závažných zpráv** – jak sdělit, neublížit a docílit porozumění

**Práce s emoční reakcí** – emoce doprovází každou závažnou informací, akceptace zvyšuje complianci

**Prognostické uvědomování** – prostor pro vyjádření nadějí a obav, nikoliv sdělení mediánu přežití



Kdo rozhodne o odpovědích?  
Jaké jsou argumenty pro „dobrou“ volbu?

**hodnoty a preference nemocného**  
**nabídka a alternativy péče**  
**argumentace**  
**sdílené rozhodování**

# UPV - kazuistika

Žena, 92 let  
pneumonie

Aktivní  
Plně soběstačná  
Pochybuje o smysluplnosti UPV

Rodinná konference  
Formulace cíle – terapeutický pokus při infekční příčině  
na několik dnů, limitace péče

Bez významného zlepšení po 7 dnech ATB  
(karbapenem, linezolid) a 4 dnech UPV

Co dál ???

Rozloučení s rodinou  
Terminální extubace v sedaci  
Úmrtí v řádu desítek minut

# UPV - kazuistika

Muž, 55 let  
ALS

Rodinné zázemí stabilní  
Žije v chatě  
Pracuje z domova

Opakovaně rozvaha o plánu při zhoršení  
Nechce zemřít doma  
DVP – přemýšlí, nechce dlouhodobou závislost na přístroji

Hospitalizace při terminální progresi  
Vyloučeny jiné příčiny zhoršení  
Odmítá intubaci s vědomím blížícího se úmrtí  
Chce rodinu k lůžku

Co dál ???

Při hyperkapnickém komatu NIV  
Opakovaně se probouzí, nespokojen  
Rodina v konfliktu s personálem

Telefonická konzultace s paliatrem  
– je přípustné poskytnout sedaci a neprodlužovat umírání.



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ  
NEMOCNICE V PRAZE



I. LÉKAŘSKÁ  
FAKULTA  
Univerzita Karlova



Foto Milan Jaroš

[ondrej.kopecky@vfn.cz](mailto:ondrej.kopecky@vfn.cz)