

Odporúčania Európskej resuscitačnej rady pre resuscitáciu 2010

Sekcia 10 Etika resuscitácie a rozhodnutia na konci života

Freddy K. Lippert,^{a,*} Violetta Raffay,^b Marios Georgiou,^c Petter A. Steend, Leo Bossaert^e

a The Capital Region of Denmark, Copenhagen, Dánsko

b Municipal Institute for Emergency Medicine Novi Sad, Novi Sad, AP Vojvodina, Srbsko

c Nicosia General Hospital, Nicosia Cyprus, Cyprus Resuscitation Council, Cyprus

d University of Oslo, Nórsko

e Department of Critical Care, University of Antwerp, Antwerp, Belgicko

Resuscitation 81 (2010) 1445-1451

*Korešpondujúci autor: E-mail: lippert@regionh.dk (F. K. Lippert).

Úvod

Náhle nečakané zastavenie obehu je udalosť, ktorá má často závažné následky pre postihnutého, jeho rodinných príslušníkov a priateľov. Hoci sú niektoré pokusy o resuscitáciu úspešné s dobrým dlhodobým výsledkom, väčšina resuscitácií úspešná nie je, napriek značnému úsiliu a určitým pokrokom v ostatnom desaťročí.

Zdravotníci majú povinnosť robiť všetko potrebné na ochranu a záchranu života. Spoločnosť ako taká, ale predovšetkým záchraná zdravotná služba, nemocnice a iné zdravotnícke zariadenia musia plánovať, organizovať a poskytovať primeranú odpoveď v prípade náhleho zastavenia obehu. Znamená to často potrebu viacerých zdrojov a vysokých nákladov, zvlášť v ekonomicky rozvinutých krajinách. Nové technológie a dôkazy medicínskej vedy, ako aj zvýšené očakávania verejnosti vedú k tomu, že etické princípy sa stávajú dôležitou súčasťou postupov a rozhodnutí u pacientov na konci života. To zahŕňa dosiahnutie čo najlepšieho výsledku pre konkrétneho pacienta, príbuzných a celú spoločnosť správnym rozdelením dostupných zdrojov.

Na to, aby rozhodnutia o začatí alebo ukončení resuscitácie boli správne a pacienti boli ošetrovaní dôstojným spôsobom, sú potrebné viaceré rozvahy. Tieto rozhodnutia sú komplexné a môžu byť ovplyvnené individuálnymi, medzinárodnými a miestnymi zvyklosťami kultúrными, právnymi, religijnými, ako aj sociálnymi a ekonomickými faktormi.¹⁻¹¹

Niekedy je možné rozhodnutia prijať vopred, často je ale potrebné tieto ťažké rozhodnutia prijať v priebehu sekúnd alebo minút priamo uprostred urgentnej situácie, navyše mimo nemocnice, na základe obmedzených informácií. Preto je potrebné, aby zdravotnícki pracovníci poznali relevantné etické princípy skôr ako sa dostanú do situácie, kedy sa bude treba rozhodnúť o začatí alebo nezačatí resuscitácie. Zdravotnícki pracovníci by mali rozhodnutia na konci života a etické rozvahy prijať čo najskôr, v kontexte konkrétnej spoločnosti. Hoci máme iba málo vedeckých poznatkov, na základe ktorých by bolo možné prijať silné odporúčania, tento problém je natoľko dôležitý, že do týchto odporúčaní ERC pre KPR boli zahrnuté aj informácie pre zdravotníckych pracovníkov.

Táto sekcia odporúčaní sa venuje niektorým opakujúcim sa etickým aspektom a rozhodnutiam na konci života:

- základné princípy etiky
- náhla smrť z globálneho hľadiska
- výsledok a prognóza
- kedy začať a kedy ukončiť resuscitáciu
- vopred dané pokyny a rozhodnutie o neresuscitovaní
- odber orgánov
- prítomnosť rodiny počas resuscitácie
- výskum v resuscitácii a informovaný súhlas
- výskum a tréning na práve zomrelých.

Princípy etiky

Hlavnými princípmi etiky sú autonómia, prospešnosť (beneficiencia), neškodnosť (non-maleficiencia), spravodlivosť (justice), ako aj dôstojnosť a čestnosť.¹²

Autonómia je právo pacienta prijať alebo odmietnuť akúkoľvek liečbu. Autonómia znamená, že pacient prijíma informované rozhodnutia vo svoj vlastný prospech a nie je tak subjektom paternalistických rozhodnutí urobených za neho zdravotníckymi pracovníkmi. Tento princíp bol zavedený v ostatných 40 rokoch, pričom vychádza z legislatívy, primárne z Helsinskej deklarácie ľudských práv s jej následnými modifikáciami a doplnkami.¹³ Autonómia vyžaduje, aby bol pacient primerane informovaný, kompetentný, nevystavený nežiaducemu tlaku, pričom pacientove preferencie sú konzistentné (pacient na svojej voľbe zotrváva). Tento princíp sa v zdravotníckej praxi považuje za univerzálny, ale v urgentnej situácii, ako je náhle zastavenie obehu, môže byť jeho aplikácia problematická.

Neškodnosť znamená nespôsobiť škodu, alebo správnejšie, ďalej neškodiť. Resuscitácia sa nemá začať v zjavne márných prípadoch.

Prospešnosť znamená, že zdravotnícki pracovníci musia poskytovať prínosy v najlepšom záujme individuálneho pacienta po zhodnotení prínosov a rizík. Tento princíp spravidla zahŕňa začatie kardiopulmonálnej resuscitácie (KPR), ale v niektorých prípadoch bude znamenať nezačatie KPR.

Spravodlivosť znamená venovanie pozornosti a povinnosť rovnomerne distribuovať obmedzené finančné zdroje na zdravotnícku starostlivosť, ako aj rozhodnutie, kto dostane akú liečbu (nestrannosť a rovnosť). Resuscitácia má byť dostupná pre všetkých, ktorí z nej môžu mať prínos v rámci dostupných zdrojov.

Dôstojnosť a čestnosť sa často pridávajú ako podstatná súčasť etiky. Pacienti majú vždy nárok na to, aby boli liečení dôstojne, pričom musia byť informovaní čestne, bez zamlčovania dôležitých skutočností. Ďalšími dôležitými súčasťami etiky zdravotníckeho profesionála sú transparentnosť a oznámenie konfliktu záujmov. Dôležitosť týchto aspektov je zohľadnená v definovaní postupov pre konflikt záujmov Medzinárodnej komisie pre resuscitáciu (International Liaison Committee on Resuscitation, ILCOR).¹⁴

Náhla smrť z globálnej perspektívy

V Európe so 46 krajinami a s populáciou 730 miliónov občanov je incidencia náhlej kardiálnej smrti odhadovaná v rozsahu 0,4 - 1 na 1 000 obyvateľov ročne, čo znamená 350 000 - 700 000 úmrtí ročne.¹⁵ Približne 275 000 osôb so zastavením obehu je v Európe liečených záchrannými zdravotnými službami (ZZS).¹⁶ Zastavenie krvného obehu mimo nemocnice (out-of-hospital cardiac arrest, OHCA) je treťou vedúcou príčinou smrti v USA.¹⁷ V Európe a v USA sa ischemická choroba srdca považuje za hlavnú príčinu náhlej kardiálnej smrti.

Táto situácia ale vyzerá ináč pri globálnom pohľade. Svetová zdravotnícka organizácia (SZO) vydala v roku 2002 výročnú správu, podľa ktorej existujú vedľa seba dve extrémne zistenia: na jednej strane, v chudobných krajinách žije 170 miliónov detí s podvýživou, čo vedie k asi 3 miliónom úmrtí ročne; na druhej strane, najmenej 300 miliónov dospelých vo svete má nadváhu alebo klinickú obezitu s vysokým rizikom náhlej kardiálnej smrti.¹⁸ Paralelne, príčiny náhlej smrti sa vo svete líšia. Mimo Európy a Severnej Ameriky dochádza častejšie k zastaveniu obehu z nekardiálnych príčin (trauma, utopenie, asfyxia novorodencov) ako z kardiálnej príčiny. Vyše 1,3 milióna ľudí zomrie ročne na ceste pri dopravných nehodách.¹⁹ V roku 2008 zomrelo 8,8 milióna detí vo veku do 5 rokov s podstatnými rozdielmi medzi krajinami. Hnačka a pneumónia zabíjajú ročne temer 3 milióny detí vo veku do 5 rokov, zvlášť v chudobných krajinách. Približne k jednej tretine úmrtí u detí vo veku do 5 rokov dochádza v prvom mesiaci života. Vyše 500 000 žien zomrie na komplikácie tehotenstva alebo počas pôrodu, z toho 99 % v chudobných krajinách.^{20,21} Odhaduje sa, že vo svete zomrie každý rok na utopenie približne 150 000 ľudí, väčšinou detí.²²

Súhrnne, náhla smrť predstavuje celosvetovo stále výzvu. Etiológia je rozličná a prevenciu a liečbu treba prispôbiť miestnym okolnostiam a zdrojom. Z lokálneho i globálneho pohľadu je dôležitá povinnosť chrániť a zachraňovať životy.

Klinický výsledok pri náhľom zastavení obehu

Resuscitačné úsilie sa často zameriava na náhle a nečakané zastavenie krvného obehu, ktorému bolo treba predísť. Do rozhodnutia o začatí resuscitácie treba zahrnúť aj pravdepodobnosť úspechu a po prípadnom úvodnom úspechu aj kvalitu života, ktorú je možné očakávať po prepustení z nemocnice. Na prijatie týchto rozhodnutí potrebujú zdravotnícki pracovníci spoľahlivé a overené údaje. Pokusy o resuscitáciu sú neúspešné v 70 - 98 % prípadov, kedy je smrť neodvratná.

Viacero štúdií preukázalo, že úspešná resuscitácia po zastavení obehu môže byť spojená s dobrou kvalitou života u väčšiny prežívajúcich. Nie sú dôkazy o tom, žeby resuscitácia viedla k vysokému počtu prežívajúcich s neprijateľnou kvalitou života. Osoby po úspešnej resuscitácii môžu mať v živote problémy, vrátane úzkosti, depresie, posttraumatickej stresovej poruchy a porúch kognitívnych funkcií. Lekári by mali vedieť o týchto potenciálnych problémoch, mali by ich aktívne vyhľadávať a liečiť.²³⁻³⁸ Budúce intervenčné resuscitačné štúdie by mali zahŕňať aj dlhodobé sledovanie prežívajúcich.

Prognóza u pacientov so zastavením obehu

V krajinách s dobre rozvinutou prednemocničnou ZZS dôjde počas resuscitácie u asi jednej tretiny pacientov k obnoveniu spontánneho obehu (return of spontaneous circulation, ROSC), menšia časť pacientov je prijímaná do nemocnice a na JIS, ešte menší počet pacientov je prepustený z nemocnice s dobrým neurologickým výsledkom. Prognózovanie je pre rozhodovanie lekára dôležité; preto treba s vysokou špecificitou stanoviť, u ktorých pacientov možno očakávať zlý klinický výsledok, aby sa znížila neprimeraná záťaž pre pacienta, rodinných príslušníkov a zdravotnícky systém a obmedzilo sa neprimerané použitie zdrojov. Nanešťastie, v súčasnosti nemáme k dispozícii overené a presvedčivé prostriedky na prognózovanie nepriaznivého výsledku v rámci urgentnej starostlivosti, vrátane prvých hodín po ROSC. V skutočnosti je predikcia konečného neurologického výsledku u pacientov, ktorí ostávajú po ROSC v bezvedomí, v prvých 3 dňoch obtiažna.³⁹ Zavedenie terapeutickkej hypotermie tiež spochybnilo osvedčené predchádzajúce prognostické kritériá.⁴⁰

Za istých okolností, napr. pri hypotermii v čase zastavenia obehu, sa zvyšuje šanca na zotavenie bez závažného neurologického poškodenia, pričom zvyčajné prognostické kritériá (ako je asystólia dlhšia ako 20 minút) nie sú použiteľné.⁴¹

Kedy začať a kedy ukončiť resuscitáciu?

Vo všetkých prípadoch náhleho zastavenia obehu musí zdravotnícky pracovník riešiť dva hlavné problémy: kedy začať a kedy ukončiť resuscitačné úsilie. V individuálnom prípade vychádza rozhodnutie o začatí, pokračovaní alebo ukončení resuscitácie, z obtiažnej rovnováhy medzi prínosom, rizikom a nákladmi, ktoré daný postup bude znamenať pre pacienta, rodinných príslušníkov a zdravotníkov. V širšom pohľade sú súčasťou rozhodnutia aj náklady pre spoločnosť a zdravotnícky systém. Štandardom starostlivosti ostáva okamžité začatie KPR. Ale v osobitom prostredí urgentnej medicíny sa musia aplikovať aj základné etické princípy, ako je prospešnosť, neškodnosť, autonómia a spravodlivosť. Lekári musia zvážiť liečebnú účinnosť KPR, potenciálne riziká a to, čomu by dal pacient prednosť.^{42,43}

Resuscitácia je nevhodná a nemá sa vykonávať ak existuje jasný dôkaz, že tento postup je márnou liečbou, alebo je v rozpore s jasne vyjadreným práním pacienta. Treba vytvoriť systém, ktorý umožní komunikovať o týchto vopred prijatých rozhodnutiach, ako aj jednoduché algoritmy, ktoré pomôžu zdravotníckym záchranárom pri rozhodovaní o obmedzení zaťažujúcej márnej a zbytočne drahej liečby. Jedna prospektívna štúdia ukázala, že pravidlo o ukončení základnej neodkladnej resuscitácie, zahŕňajúce neprítomnosť defibrilovateľného rytmu, zastavenie obehu bez svedkov a žiadny návrat spontánneho obehu, predikovalo úmrtie pri použití záchranármí s kompetenciou iba defibrilovať.⁴⁴ Ďalšie štúdie preukázali všeobecnú aplikovateľnosť tohto pravidla, ale v iných štúdiách bolo toto jednoduché pravidlo spochybnené.⁴⁵⁻⁴⁷ Rozhodnutia o ukončení prednemocničnej KPR by sa mali opierať o prospektívne validované pravidlá. Ďalšie pravidlá pre rôzne typy zdravotníckych pracovníkov v ZZS i v nemocnici by mohli pomôcť znížiť variabilitu v rozhodovaní: ale všetky navrhované pravidlá musia byť pred implementáciou prospektívne

potvrdené. Pravidlá o ukončení KPR musia byť opakovane prehodnocované, zvlášť vo svetle nových liečebných postupov.

Kto má rozhodnúť o nezačatí resuscitácie

Resuscitačné protokoly alebo štandardné postupy majú definovať, kto je povinný a má zodpovednosť za prijímanie ťažkých rozhodnutí o nezačatí alebo ukončení resuscitácie. To sa týka tak prednemocničnej, ako aj nemocničnej starostlivosti a môže sa líšiť podľa miestnej legislatívy, kultúry alebo miestnych zvyklostí.

V nemocnici rozhodnutie prijíma, spravidla po primeraných konzultáciách, starší lekár, ktorý má na starosti pacienta, alebo vedúci privolaného resuscitačného tímu. Medicínsky urgentný tím (Medical emergency team, MET), ktorý bol privolaný ošetrojúcim personálom pacienta, môže iniciovať diskusiu o rozhodnutí neresuscitovať.⁴⁸⁻⁵⁰ V prednemocničnom prostredí, v neprítomnosti lekára, je možné rozhodnutie prijať na základe štandardných protokolov alebo po konzultácii s lekárom.

Legislatívne smernice o osobe zodpovednej za prijatie rozhodnutia o nezačatí alebo ukončení resuscitácie sa medzi krajinami líšia. K pacientom so zastavením obehu mimo nemocnice často prichádzajú záchranári paramedici, ktorí sú postavení pred rovnakú dilemu – ako stanoviť, kedy je resuscitácia márnou liečbou a kedy ju treba ukončiť. Vo všeobecnosti, s KPR treba pri zastavení obehu mimo nemocnice začať vždy vtedy, ak nie je k dispozícii platné vopred prijaté rozhodnutie pacienta o odmietnutí resuscitácie, alebo je jednoznačne jasné, že KPR by bola márnou liečbou (napr. zjavne smrteľné poranenie, ako je dekapitácia, známky rigor mortis, modré sfarbenie chrbta a fetálna macerácia). V týchto prípadoch stanoví záchranár diagnózu smrti, ale nepotvrzuje ju (nevypisuje Listy o prehliadke mŕtveho), nakoľko toto je vo väčšine štátov v kompetencii lekára.

Čo sa považuje za márnou liečbu?

O márnej liečbe hovoríme vtedy, ak kardiopulmonálna resuscitácia nebude mať pre pacienta prínos v zmysle predĺženia života s prijateľnou kvalitou. Problémom je, že hoci bolo publikovaných viacero prediktorov úmrtia u resuscitovaných pacientov, žiadny z nich nebol testovaný na nezávislej vzorke pacientov s dostatočnou predikčnou hodnotou, s výnimkou konečného multiorgánového zlyhania bez reverzibilnej príčiny.⁵¹⁻⁵⁶ Okrem toho, štúdie o resuscitácii sú značne závislé od systémových faktorov, ako je čas do začatia KPR, čas do defibrilácie, atď. Tieto intervaly môžu byť predĺžené v ktorejkoľvek študovanej kohorte, ale nemusia byť aplikovateľné u individuálneho pacienta. Preto je potrebná individuálna rozvaha, v ktorej bude vždy existovať šedá zóna, v ktorej bude potrebné vychádzať zo subjektívneho názoru, napr. u pacientov so zlyhávaním srdca a ťažkou respiračnou insuficienciou, asfyxiou, veľkou traumou, úrazom mozgu a neurologickým ochorením. Rozhodnutie môže byť ovplyvnené aj vekom, ale vek sám osebe je iba relatívne slabým nezávislým prediktorom konečného výsledku.⁵⁶⁻⁵⁸ Vysoký vek je ale často spojený s komorbiditami, ktoré majú vplyv na prognózu. Na druhej strane, väčšina lekárov má z emocionálnych dôvodov problémy u detí, pričom vo všeobecnosti je celková prognóza u detí často horšia ako u dospelých. Je preto dôležité, aby lekár poznal faktory, ktoré majú vplyv na úspech resuscitácie.

Kedy upustiť od resuscitačného úsilia

Veľká väčšina resuscitačných pokusov je neúspešná a je preto potrebné ich zanechať. Na rozhodnutie o ukončení resuscitačného úsilia vplýva viacero faktorov. Tieto zahŕňajú anamnézu a predpokladanú prognózu, vychádzajúc z faktorov, ako je čas do začatia KPR okolostojacimi a záchranármi, úvodný EKG rytmus, interval do defibrilácie a trvanie RNR pri pretrvávajúcej asystólíi bez zjavných reverzibilných príčin a bez obnovenia obehu.⁵⁹

V mnohých prípadoch, zvlášť v prednemocničnom prostredí, príčina zastavenia obehu nemusí byť známa, alebo môže byť iba predpokladaná; v tomto prípade sa začne s KPR a súčasne sa začnú získavať ďalšie informácie. Ak sa jasne zistí, že východisková situácia pacienta hovorí pre márnosť resuscitačného úsilia, resuscitačné úsilie treba ukončiť ak napriek aplikácii všetkých postupov RNR pretrváva asystólia. Postupne môžu byť k dispozícii aj ďalšie informácie, ako sú vopred dané pokyny pacienta, ktoré môžu potvrdiť, že ukončenie resuscitácie je eticky korektné.

Vo všeobecnosti, v resuscitácii treba pokračovať počas trvania komorovej fibrilácie. Je všeobecne akceptované, že pretrvávanie asystólie dlhšie ako 20 minút v neprítomnosti reverzibilnej príčiny pri pokračujúcej RNR je dôvodom na upustenie od ďalších resuscitačných pokusov.⁶⁰ Existujú ale aj ojedinelé správy o výnimočných prípadoch, ktoré nepodporujú toto všeobecné pravidlo, a preto každý pacient musí byť posudzovaný individuálne. V konečnom dôsledku, rozhodnutie vychádza z klinického posúdenia, že zastavenie obehu neodpovedá na RNR. Pri zastavení obehu kardiálneho pôvodu mimo nemocnice majú pacienti dobrú prognózu vtedy, ak k obnoveniu obehu dôjde ešte na mieste príhody. Pacienti s primárnym zastavením obehu, ktorí vyžadujú pokračujúcu KPR bez obnovenia pulzu aj počas transportu do nemocnice, iba výnimočne prežívajú s dobrým neurologickým výsledkom.^{61,62}

Mnoho záchranárov pokračuje v predĺženej resuscitácii pri zastavení obehu u detí. Tento postoj nemá vo všeobecnosti oporu vo vedeckých poznatkoch, hoci novšie údaje sú povzbudivé.⁶³ Napriek tomu, rozhodnutie pokračovať v resuscitácii v zúfalej situácii u dieťaťa so zastavením dýchania a obehu je pochopiteľné, pričom potenciál pre dobré zotavenie mozgových buniek u dieťaťa po ischemickom inzulte je stále neznámy. U novorodenca po pôrode, u ktorého sa nepodarí zistiť prítomnosť akcie srdca počas 10 minút, treba zvážiť ukončenie resuscitácie.⁶⁴

Vopred dané pokyny (advanced directives)

Vopred dané pokyny boli zavedené v mnohých krajinách, aby bol zdôraznený význam autonómie pacienta. Vopred dané pokyny predstavujú metódu komunikácie prání pacienta vo vzťahu k budúcej starostlivosti, zvlášť na konci života, pričom pacient musí byť kompetentný a nevystavený stresu. Vopred dané pokyny by mali špecifikovať obmedzenia v otázkach terminálnej starostlivosti, vrátane nezačatia KPR. Tieto pokyny uľahčujú zdravotníkom poznať prání pacienta, ak by sa neskôr stal nekompetentným. Ale aj tak môžu nastať problémy. Príbuzní môžu ináč interpretovať prání pacienta alebo môžu mať skryté záujmy na smrti pacienta (alebo v pokračovaní prežívania). Na druhej strane, zdravotníci často podceňujú prání chorého naďalej žiť.

Písomné pokyny pacienta, legálne pripravená životná vôľa alebo splnomocnenie inej osoby môžu eliminovať niektoré z týchto problémov, ale aj tu existujú isté obmedzenia. Pacient by mal čo najpresnejšie popísať predpokladanú situáciu, v ktorej by si prial, aby postupy na podporu vitálnych funkcií neboli začaté alebo boli ukončené. Tu by mu mal pomôcť zdravotnícky poradca. Napr. väčšina ľudí by dala prednosť nezačatiu resuscitácie v prípade konečného štádia multiorgánového zlyhania bez zjavne reverzibilnej príčiny, ale tie isté osoby by mohli požadovať resuscitáciu v prípade komorovej fibrilácie spojenej s liečiteľnou primárnou kardiálnou príčinou. Pacienti často menia svoj názor pri zmenenej situácii, a preto by vopred dané pokyny mali byť čo najčerstvejšie a mali by zohľadňovať každú zmenu situácie.

Pri náhlom zastavení obehu mimo nemocnice záchranári spravidla nepoznajú pacientovu situáciu a jeho prání a vopred dané pokyny nemusia byť bezprostredne dostupné. V tejto situácii treba okamžite začať s KPR a ďalšie aspekty odložiť na neskôr. Eticky nie je rozdiel medzi začatím resuscitácie a jej ukončením potom, ako sa záchranári z vopred daných pokynov dozvedia o negatívnom postoji pacienta. Medzi jednotlivými krajinami existujú rozdiely čo do prístupu zdravotníkov k vopred daným pokynom.¹ V niektorých krajinách sa vopred dané pokyny považujú za legálny dokument, v iných tomu tak nie je.

Pokyny neresuscitovať (do not attempt resuscitation, DNAR)

Pokyn DNAR (novšie sa popisuje aj ako DNACPR) je záväzný legálny dokument, ktorý uvádza, že v prípade zastavenia dýchania a/alebo obehu u pacienta sa nemá vykonávať KPR. To sa netýka ďalších spôsobov liečby, zvlášť liečby bolesti a sedácie, ak je to potrebné a indikované na zlepšenie kvality života. Ak by tieto iné postupy nemali byť vykonávané, pacient to musí špecifikovať nezávisle od pokynu DNAR. Po mnoho rokov boli príkazy DNAR v niektorých krajinách prijímané samotnými lekármi, často bez konzultácie s pacientom, príbuznými alebo inými zdravotníkmi; v súčasnosti sú ale v mnohých krajinách prijaté jasné postupy.⁶⁵

Hoci konečná zodpovednosť a rozhodnutie o DNAR patrí staršiemu ošetrovateľskému lekárovi pacienta, je múdre, aby pred konečným rozhodnutím diskutoval s inými zdravotníkmi. Princíp

autonómie pacienta si vyžaduje overiť pacientove prania o resuscitácii. Toto treba urobiť vopred, keď je pacient ešte schopný urobiť informovanú voľbu. Existujú rôzne názory na to, či podobné rozhovory majú byť štandardnou súčasťou prijatia do nemocnice, alebo sa majú iniciovať iba v prípade diagnózy so závažnou prognózou. Pri prezentovaní faktov pacientovi si lekár musí byť čo najviac istý o diagnóze a prognóze, pričom si môže vyžiadať názor iného kolegu. Je dôležité, aby na diskusiu nemali vplyv žiadne lekárove osobné postoje ku kvalite života. Rozhodujúce musia byť postoje pacienta. Pre lekára je dôležité aj stretnutie a diskusia s najbližšími príbuznými, pokiaľ sú k dispozícii. Hoci ich názory môžu mať vplyv na rozhodnutie lekára, musí byť jasné, že konečná zodpovednosť a rozhodnutie je na lekárovi. Nie je správne ani rozumné prenášať ťarchu rozhodnutia na príbuzných.

Podľa princípu autonómie majú pacienti právo odmietnuť liečbu; ale pacienti nemajú automatické právo na poskytnutie špecifickej liečby a nemôžu trvať na tom, aby resuscitácia bola vykonávaná za každých okolností. Lekár má poskytovať iba takú liečbu, z ktorej pacient môže mať prínos a nemá poskytovať liečbu považovanú za márnú. Pri rozhodovaní sa je ale rozumné požiadať o mienku iného lekára, aby konečné rozhodnutie nebolo ovplyvnené vlastnými hodnotami lekára alebo úvahami o dostupnosti zdrojov.⁶⁶

Viacero štúdií hodnotilo u dospelých pacientov so zastavením obehu vplyv vopred prijatých pokynov a DNAR na rozhodnutia o primeranej resuscitačnej starostlivosti. Väčšina týchto štúdií je staršieho dáta, pričom došli k rozporným záverom.⁶⁷⁻⁷⁶ Štandardné pokyny na obmedzenie postupov udržiavajúcich vitálne funkcie znižujú incidenciu márných resuscitačných postupov a mali by zaručiť, že budú rešpektované prania dospelého pacienta. Pokyny majú byť špecifické, podrobné a jednoznačné, s možnosťou uplatnenia v rôznych situáciách. Treba vyvinúť procesy, protokoly a systémy, ktoré by zodpovedali miestnym zvyklostiam, kultúrnym normám a právnym zásadám tak, aby umožnili zdravotníkom rešpektovať prania pacienta v otázke resuscitačného úsilia.

Odber orgánov

V súčasnosti sa stále diskutuje o otázke vykonávania život predlžujúcich postupov, alebo ináč márnej resuscitácie, s jediným cieľom - uchovať orgány pre potreby transplantácie.^{77,78} Existujú rozdiely medzi krajinami a kultúrami o etike týchto procesov; v súčasnosti v tom neexistuje žiadna zhoda. V prípade pokračovania v KPR alebo v iných resuscitačných postupoch za účelom odberu orgánov je vhodné použiť mechanické zariadenie na stláčanie hrudníka.^{79,80}

Prítomnosť členov rodiny počas resuscitácie

Koncepcia prítomnosti rodinných príslušníkov počas resuscitácie bola do praxe zavedená v 80-tych rokoch, pričom sa v mnohých krajinách stala akceptovaným postupom.⁸¹⁻⁸⁶ Mnoho príbuzných by chcelo byť prítomných počas resuscitácie a z tých, ktorí mali podobnú skúsenosť, vyše 90 % povedalo, že by ju znova zopakovali. Väčšina rodičov si praje byť so svojim dieťaťom v tomto čase.⁸²

Príbuzní uvádzajú viacero prínosov prítomnosti počas resuscitácie, vrátane konfrontácie so skutočnosťou umierania a smrti. Toto rozhodnutie ale musí byť ponechané výhradne na príbuzných. Aby prítomnosť príbuzných splnila svoj cieľ, treba prijať niekoľko opatrení, vrátane vyčlenenia člena tímu, ktorý sa im bude venovať.^{87,88}

V prípade zastavenia obehu mimo nemocnice môžu byť príbuzní už prítomní na mieste a prípadne aj vykonávať ZNR. Treba oceniť ich úsilie a ponúknuť im možnosť ostať na mieste resuscitácie. S rastúcou skúsenosťou s prítomnosťou príbuzných počas resuscitácie sa jasne ukazuje, že iba zriedkavo z toho vznikajú problémy. Pred 15 rokmi by málokto zachránár uvažoval o prítomnosti príbuzných počas resuscitácie, ale v súčasnosti sa stále viac uplatňuje otvorený prístup a uznanie autonómie pacienta i príbuzných.¹ V tejto otázke ale stále existujú kultúrne a sociálne rozdiely, ku ktorým treba pristupovať s pochopením a citlivosťou.

Výskum v resuscitácii a informovaný súhlas

Existuje zásadná potreba zvýšiť kvalitu resuscitácie a s ňou aj dlhodobý výsledok. Na dosiahnutie tohto cieľa je nevyhnutný výskum a randomizované kontrolné štúdie, a to nielen kvôli zavádzaniu nových a lepších postupov, ale aj kvôli zanechaniu neúčinných a nákladných postupov a liekov, či

už starých alebo nových. Konsenzus ILCOR 2010 jasne hovorí, že mnoho súčasných postupov je založených skôr na tradíciách ako na vedeckých dôkazoch.^{89,90}

Existuje viacero dôležitých etických otázok v súvislosti s vykonávaním randomizovaných klinických štúdií u pacientov so zastavením obehu, ktorí nemôžu poskytnúť informovaný súhlas a účasť vo výskumnej štúdií. Zlepšenie stále nedostatočných výsledkov resuscitácie je možné očakávať iba pokrokom vo vedeckom výskume prostredníctvom klinických štúdií. Utilitárny prístup v etike je pravdepodobne najväčším dobrom pre väčšinu obyvateľov. Musí ale byť v rovnováhe s rešpektom pre pacientovu autonómiu, podľa ktorej pacient nemôže byť zaradený do výskumnej štúdie bez informovaného súhlasu. V ostatnej dekáde boli v USA a Európskej únii zavedené niektoré právne normy,^{91,92} ktoré predstavujú zásadné prekážky pre vykonávanie výskumu u pacientov počas resuscitácie bez informovaného súhlasu pacienta alebo najbližších príbuzných.⁹³ Existujú údaje, ktoré ukazujú, že tieto obmedzenia bránia vedeckému pokroku v oblasti resuscitácie.⁹⁴ Je možné argumentovať, že tieto pokyny sú v konflikte so základným ľudským právom na dobrú medicínsku starostlivosť, ako je to stanovené v Helsinskej deklarácii.¹³ Autority v USA sa pokúšajú vo veľmi obmedzenej miere hľadať určité výnimky,⁹⁵ ale je to stále spojené s problémami a temer neprekonateľnými prekážkami.^{94,96,97}

Výskum a nácvik na nedávno zomrelých

Výskum na nedávno zomrelých podlieha podobným obmedzeniam a je možné ho vykonávať iba na základe súhlasu v rámci vopred daných pokynov pacienta alebo bezprostredného súhlasu príbuzných. Resuscitačné postupy môžu byť trénované s použitím simulátorov alebo zvieracích modelov, ale pre nácvik niektorých zručností KPR je to nepostačujúce. Preto je nastolená otázka, či je eticky a morálne správne nacvičovať postupy na živých alebo mŕtvych jedincoch. V tejto otázke existuje široká škála názorov.^{98,99} Napr. v islamskej kultúre sa koncepcia nácviku zručností na nedávno zomrelom považuje za úplne neprijateľnú vzhľadom na prirodzený rešpekt k mŕtvym. Iní pripúšťajú neinvazívny nácvik, ktorý na tele nezanecháva stopy. Niektorí zase považujú za prijateľný nácvik akéhokoľvek postupu na mŕtvom tele so zdôvodnením, že nácvik zručností je nevyhnutný pre dobro budúcich pacientov. Jednou z možností je požiadať o súhlas príbuzných zomrelého. Odporúča sa, aby zdravotníci rešpektovali miestne a nemocničné postupy v tejto oblasti a dodržiavali existujúce pokyny.

Súhrn

Náhle neočakávané zastavenie obehu je globálna výzva. Niektorým úmrtiam je možné zabrániť a v niektorých prípadoch je liečba zastavenia obehu spojená s veľmi dobrým neurologickým výsledkom. Väčšina resuscitačných pokusov je ale márna a smrť je neodvratná. Rozhodnutia na konci života sú dôležitou súčasťou resuscitácie.

Vedecké poznatky neposkytujú veľa podkladov pre prijímanie rozhodnutí na konci života. Napriek tomu, vzhľadom na veľkú dôležitosť tohto problému, ERC pripravila pre poskytovateľov zdravotníckej starostlivosti, ktorí musia prijímať tieto ťažké rozhodnutia, vyššie uvedené odporúčania. Rozhodnutia na konci života sú komplexné a môžu byť ovplyvnené individuálnymi, medzinárodnými a miestnymi zvyklosťami kultúrnymi, právnymi, religióznymi ako aj sociálnymi a ekonomickými faktormi. Individuálne rozhodnutia musia zohľadňovať tieto činitele. Niekedy je možné urobiť rozhodnutie vopred, ale často sa tieto neľahké rozhodnutia musia vykonávať urgentne na základe obmedzených informácií. Preto je potrebné, aby poskytovatelia zdravotníckej starostlivosti chápali použité princípy, ich náročnosť i potrebu výskumu v resuscitácii. Rozhodnutia na konci života a etické princípy musia byť zvažované čo s najväčším predstihom, k čomu by malo pomôcť vzdelávanie, diskusie a debriefingy pre zdravotníckych pracovníkov, aby sa stále viac posilňovali ich individuálne etické kompetencie.

Podakovanie

Táto sekcia je venovaná pamiatke nebohého Petra J. F. Basketta, ktorý bol predchádzajúcim autorom týchto etických odporúčaní.¹⁰⁰

Literatúra

100 citácií v prílohe

©Európska resuscitačná rada (ERC) 2010. Všetky práva vyhradené. Žiadna časť tejto publikácie nesmie byť reprodukováaná, uložená do vyhľadávacieho systému alebo prenášaná v žiadnej forme a žiadnym spôsobom, elektronicky, mechanicky, fotokópiou, nahrávkou alebo inak, bez písomného súhlasu ERC.

Vyhlásenie: Autori a vydavateľ nenesú žiadnu zodpovednosť za zranenie a/lebo poškodenie osôb alebo majetku v súvislosti so zodpovednosťou za výrobok, nedbanlivosťou alebo inak, alebo použitím alebo vykonaním nejakej metódy, výrobku, návodu alebo myšlienky obsiahnutej v tomto materiáli.

Táto publikácia je prekladom originálnych odporúčaní ERC. Na preklade sa zúčastnili ďalej uvedené osoby, ktoré sú plne zodpovedné za jeho obsah.

V prípade nejasností v súvislosti s presnosťou informácií obsiahnutých v preklade, použite anglickú verziu odporúčaní ERC, ktorá je oficiálnou verziou dokumentu. Prípadný nesúlad alebo nepresnosť, ktoré vznikli prekladom, nie sú viazané na ERC a nezakladajú právny dôvod na trestné konanie.

Editor prekladu: MUDr. Štefan Trenkler, PhD.

Preklad: MUDr. Štefan Trenkler, PhD.

Korektúra: MUDr. Monika Grochová, PhD.

Posúdil: doc. MUDr. Jozef Firment, PhD.

Košice 15. 10. 2012