

Eticko-právní aspekty perioperační medicíny

a nejen to...



Renata Černá Pařízková

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové
Fakultní nemocnice Hradec Králové





Nemám potenciální konflikt zájmu

Témata

■ Informovaný souhlas

- právní zdroje
- poučení x vůle pacienta
- nejčastější chyby aneb kde je riziko

■ Alokace vzácných zdrojů

- Stanovisko odborných společností

■ Diskuze navíc...

- přítomnost rodiče při anestézii
- dozor, dohled, kompetence, zodpovědnost...

Informovaný souhlas



Signature

Základní východiska

- Poskytování anesteziologické péče (AP) jako zdravotní služby podléhá zákonné povinnosti získání „informovaného souhlasu“ (IS) pacienta.
- Informovaný souhlas“ s AP musí splňovat legislativní požadavky na poskytování zdravotních služeb v České republice.
- Písemný IS není zákonnou normou vyžadován, nicméně písemná forma IS vyžadující podpis pacienta je zpravidla součástí vnitřních řízených dokumentů pracoviště.

Právní zdroje

- Úmluva o lidských právech a biomedicíně
- Zákon č. 372/2011 Sb, zákon o zdravotních službách
- Zákon č. 89/2012 Sb, občanský zákoník
- *Judikát Nejvyššího soudu ze dne 29. dubna 2015, sp. zn. 25 Cdo 1381/2013*

Základní atributy IS dle legislativy

- Souhlas s poskytnutím zdravotních služeb (dále jen „souhlas“) se pokládá za
 - a) svobodný, je-li dán bez jakéhokoliv nátlaku
 - b) informovaný, je-li pacientovi před vyslovením souhlasu podána informace podle § 31; souhlas se pokládá za informovaný také v případě, že se pacient podle § 32 odst. 1 podání informace vzdal
- Informaci o zdravotním stavu podává ošetřující zdravotnický pracovník způsobilý k poskytování zdravotních služeb, kterých se podání informace týká
- Záznam do dokumentace o tom, že byla informace podána.

Základní atributy IS dle legislativy

■ Co všechno?

- Účel, povaha, přínos, důsledky, rizika
- Včetně jednotlivých zdravotních výkonů
- Jiné možnosti a jejich přínos a rizika
- Další potřebná léčba
- Omezení a doporučení ve způsobu života

Judikát Nejvyššího soudu ze dne 29. dubna 2015, sp. zn. 25 Cdo 1381/2013

- „Ani **poučení o rizicích zákroku však není bezbřehé**. Rozličných rizik lze pro každý zákrok vyjmenovat v podstatě neomezené množství. Kdyby se poučovací povinnost měla vztahovat na všechna, informovaný souhlas by byl prakticky nedosažitelný a v konečném důsledku by byl potlačen jeho smysl.
- Při úvaze o čem poučit je tedy nutno vycházet z **kombinace pravděpodobnosti rizika** určitého možného nepříznivého vývoje či nepříznivých následků zákroku **a závažnosti** takových následků pro celkový zdravotní stav pacienta.
- **Čím závažnější budou nepříznivé následky v případě naplnění rizika, tím menší pravděpodobnost bude stačit ke vzniku povinnosti o nich pacienta poučit.**“
- Poučení musí být takové, aby i laik mohl zvážit rizika zákroku a rozhodnout se, zda jej podstoupí, či nikoli.“

Informovaný souhlas a praxe

- Informace/poučení s AP není synonymem pro „informovaný souhlas“
- **Poučení (informování)** je poskytnutí informací o zdravotním výkonu před vyslovením souhlasu
- „Informovaný souhlas“ je projevem **svobodné vůle pacienta**
- Písemný výčet informací o rizicích nenahrazuje ústní poučení lékařem

Informovaný souhlas a praxe

- Individualizace IS s ohledem na aktuální zdravotní stav pacienta
 - Vyšší riziko vzhledem ke stavu pacienta (komorbidity, funkční stav)
 - Vyšší věk – vyšší riziko kognitivní dysfunkce
 - Vyšší riziko CMP, infarktu myokardu
- Odborně či formálně nedostatečné poučení a získání IS může zasáhnout do případné právní odpovědnosti lékaře

Rizika celkové anestezie

■ Časté, méně závažné

- nevolnost nebo zvracení po výkonu, prodloužené zotavení z anestezie, pokles krevního tlaku, přechodná či dlouhodobá porucha rozumových funkcí (včetně poruchy soustředění, paměti, event. dezorientace, porucha chování), malátnost, spavost;

■ Vzácné, závažné

- zachovalé vědomí během anestezie, život ohrožující komplikace - závažná alergická reakce, trvalé závažné postižení neurologického stavu včetně poruchy rozumových funkcí, cévní mozková příhoda, vdechnutí žaludečního obsahu s komplikacemi (zánět plic), plicní embolie, závažné arytmie, závažný pokles krevního tlaku, akutní infarkt myokardu, srdeční zástava, maligní hypertermie, úmrtí.

Nejčastější chyby

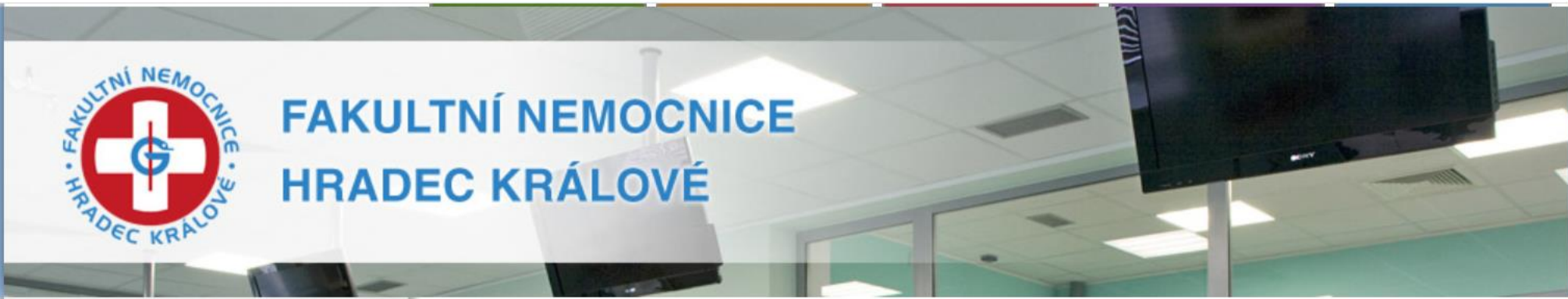
- Nejčastější a nejzávažnější rizika
- Alternativy postupu
- Individuální poučení
- Informace o všech výkonech
- Pohovor s anesteziologem (poučení)
- Časový faktor
- Způsobilst pacienta (léky, demence...)

PODCENĚNÍ

- Nejčastější a
- Alternativy postup
- Individuální pouč
- Informace o všech výkonech
- **Pohovor s anesteziologem (poučení)**
- **Časový faktor**
- Způsobilst pacienta (léky, demence...)

SOUHLASOVÉ ŽALOBY

- Nejčastější a
- Alternativy postup
- Individuální pouč
- Informace o všech výkonech
- **Pohovor s anesteziologem (poučení)**
- **Časový faktor**
- Způsobilost pacienta (léky, demence...)



FAKULTNÍ NEMOCNICE HRADEC KRÁLOVÉ

 [FN HK NA FACEBOOKU](#)

 [VIDEA PRO PACIENTY](#)

Aktuality

13.11.2020
[Ve FN HK mírně klesl počet hospitalizovaných s COVID-19](#)

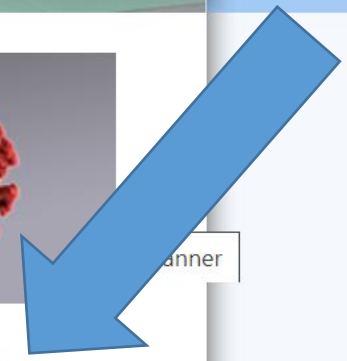
11.11.2020
[Více než 30 příslušníků Vězeňské služby ČR dnes darovalo krev ve FN HK](#)

09.11.2020
[Tisková zpráva k srdeční procházkové akci Městské knihovny](#)

<https://www.fnhk.cz/pacient-a-jeho-blizci/koronavirus-covid-19/uvod>

Koronavirus, COVID-19

– rezervační systém
– další informace



Lékařská pohotovost
Akutní péče



Očkování



Výkony v anestézii
Informace pro pacienty



Transfuzní oddělení
Informace pro dárce krve



Pracoviště
Přehled klinik ústavů a oddělení



Porodnice
Informace o porodnici

← Klinická pracoviště FN HK

Základní informace

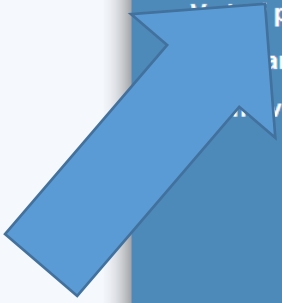
Informace pro pacienty

Informované souhlasy










pracoviště

ance a poradny

é úkoly



Informace pro pacienty

 Základní informace soubor ve formátu PDF	1 056 kB
 Celková anestézie soubor ve formátu PDF	1 063 kB
 Epidurální anestézie a analgézie soubor ve formátu PDF	992 kB
 Subarachnoidální anestézie soubor ve formátu PDF	996 kB
 Periferní nerovové blokády soubor ve formátu PDF	992 kB
 Doporučení před operačními výkony soubor ve formátu PDF	982 kB
 Informace před anestézií pro ambulantní výkony soubor ve formátu PDF	984 kB
 Často kladené otázky soubor ve formátu PDF	1 010 kB
 Anestézie dětského pacienta soubor ve formátu PDF	1 025 kB



- ◀ Klinická pracoviště FN HK

- Základní informace
- Informace pro pacienty
- Informované souhlasy
- Vedení pracoviště
- Ambulance a poradny
- Grantové úkoly

Souhlas s anesteziologickou péčí

↓	Souhlas s anesteziologickou péčí	243 kB
↓	Příloha 1 Celková anestézie	602 kB
↓	Příloha 2 Svodná anestézie	597 kB



Fakultní nemocnice Hradec Králové
Sokolská 581, Nový Hradec Králové, 50005
IČO: 00179906

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny

POUČENÍ O CELKOVÉ ANESTEZII Příloha č. 1 Souhlasu s anesteziologickou péčí

Vážená paní, vážený pane,
připravujete se k operačnímu/diagnostickému výkonu, který je prováděn v celkové anestézii (zmečtitlivění), kterou zajišťuje odborný lékař – anesteziolog.
Celková anestézie (narkóza) je metoda zmečtitlivění, při které je léky navozen přechodný stav bezvědomí s vyřazením vnímání všech podnětů včetně bolesti. Celková anestézie je zahájena podáním léků (sedativa, léky na tlumení bolesti) tenkým katétre (hadičkou) do žíly, následně dochází ke ztrátě vědomí s útlumem nebo vyzněním dýchání. K zajištění průchodnosti dýchacích cest a k provádění umělého dýchání během anestézie Vám anesteziolog zajistí dýchací cesty speciální pomůckou (rourkou umístěnou do průdušnice nebo tzv. laryngeální maskou, která je vložena ústy do hltanu) umožňující připojení k dýchacím přístrojům. Celková anestézie je udržována léky podávanými do žíly a/nebo vdechovanými anestetiky. Po celou dobu anestézie budou monitorovány Vaše životní funkce. Celková anestézie může být kombinována s epidurální nebo periferní nervovou blokadou.

Účel, povaha, předpokládaný prospěch anestézie

Účelem anestézie je umožnění klidného a bezbolestného provedení plánovaného výkonu.
Dle Vašeho zdravotního stavu a typu operačního/diagnostického výkonu je možné provést zákrok v celkovém zmečtitlivění.

Alternativy anestézie

Provedení diagnostického/terapeutického výkonu pro bolestivost není možné bez anestézie. Alternativy spočívají pouze v použití různých typů anestézie, které Vám budou navrženy anesteziologem.

Rizika, vedlejší účinky a komplikace

Přes vysokou bezpečnost anestézie existují ve výjimečných případech i při současně vysoké úrovni lékařské péče závažné nebo život ohrožující komplikace. Vedlejší účinky, komplikace a rizika celkové anestézie se vyskytují různě často v závislosti na typu operačního výkonu a Vašem zdravotním stavu.

Rizika, vedlejší účinky a komplikace

Nevolnost nebo zvracení po výkonu, prodloužené zotavení z anestézie, pokles krevního tlaku, přechodná či dlouhodobá porucha rozumových funkcí (včetně poruchy soustředění, paměti, event. dezorientace, porucha chování), malátnost, spavost.

Mezi vzácné komplikace patří zachovalé vědomí během anestézie a život ohrožující komplikace: závažná alergická reakce, trvalé závažné postižení neurologického stavu včetně poruchy rozumových funkcí, cévní mozková příhoda, vdechnutí žaludečního obsahu s komplikacemi (zánět plic), plicní embolie, závažné arytmie, závažný pokles krevního tlaku, akutní infarkt myokardu, srdeční selhání, srdeční zástava, maligní hypertermie, úmrtí.

Mezi rizika v souvislosti se zajištěním dýchacích cest patří bolest a pocit škrábání v krku, přechodný chrapt, poranění nebo vylomení zubů (zejména v případě jejich již původně špatného stavu); mezi závažné komplikace patří krvácení do dýchacích cest, poškození hlasivek spojené se změnou či ztrátou hlasu, v některých případech může dojít k obtížnému až nemožnému zajištění dýchacích cest roučkou s nutností využití alternativních invazivních postupů včetně trvalého chirurgického vyvedení dýchacích cest na krku (tracheostomie), umělé plicní ventilace, laryngospasmus (reflexní stažení horních dýchacích cest); poranění průdušnice, hltanu, stenóza průdušnice (zúžení dýchací trubice) s dušností.

Podrobné informace o jejich výskytu a závažnosti Vám upřesní lékař - anesteziolog.

Rizika a četnost komplikací celkové anestézie jsou zvýšeny v případě vyššího věku, nadváhy, užívání návykových látek (kouření, alkohol, marihuana a jiné drogy), při přítomnosti dalších onemocnění (choroby srdce, plic, jater, ledvin, dále cukrovka, vysoký krevní tlak), již přítomných poruch rozumových funkcí a při dalších závažných chorobách.

Vyšší rizika jsou také přítomna v případě předchozích komplikací v souvislosti s anesteziologickou péčí.

Další výkony, které mohou být prováděny v souvislosti s anesteziologickou péčí

ZAVEDENÍ PERIFERNÍHO ŽILNÍHO KATÉTRU

Krátký žilní katétr (či více katétrů) je zaveden zpravidla do žil na horní nebo dolní končetině.

Rizika, vedlejší účinky a komplikace

Mírná bolest během vpichu, hematom (modřina) kolem katétru. Mezi vzácné, ale závažné komplikace patří infekce, zánět nebo trombóza žíly.

ZAVEDENÍ KATÉTRU DO TEPNY

Výkon spočívá v zavedení tenkého katétru (hadičky) do tepny (nejčastěji na zápěstí, v předloktí nebo třísele). Katétr slouží ke sledování životních funkcí a odběru krve na vyšetření.

Rizika, vedlejší účinky a komplikace

Mírná bolest během vpichu, hematom (modřina) kolem katétru. Mezi vzácné, ale závažné komplikace patří infekce (včetně sepse), trombóza tepny s rizikem rozvoje nedokrevnosti končetiny s dlouhodobým poškozením její funkce, roztržení tepny s ohrožením funkce až ztráty končetiny.

ZAVEDENÍ CENTRÁLNÍHO ŽILNÍHO KATÉTRU

Výkon spočívá v zavedení 10-30 cm katétru do velkých žil cestou žilního přístupu zpravidla na krku, pod klíční kostí nebo z třísla. Katétr slouží k podávání nitrožilních léků, infuzí, ke sledování některých životních funkcí, k odběru krve. Katétr je zpravidla zaváděn až po uvedení do celkové anestézie.

Rizika, vedlejší účinky a komplikace

Mírná bolest během vpichu, hematom (modřina) kolem kanyly. Mezi vzácné, ale závažné komplikace patří poranění pohrudnice se vznikem pneumotoraxu (přítomnost vzduchu v pohrudniční dutině), infekce (včetně možnosti sepse), trombóza žíly, vzduchová embolie, krvácení do hrudníku, punkce tepny s krvácením.

ZAVEDENÍ KATÉTRU DO PLICNÍ TEPNY

Výkon spočívá v zavedení 50-80 cm dlouhého katétru přes pravostranné oddíly srdeční do plicních tepen cestou žil na krku nebo pod klíční kostí. Katétr slouží k monitoraci srdečních funkcí a odběru krve, je zpravidla zaváděn až po uvedení do celkové anestézie.

Rizika, vedlejší účinky a komplikace

Mezi vzácné, ale závažné komplikace patří poranění pohrudnice se vznikem pneumotoraxu (přítomnost vzduchu v pohrudniční dutině), infekce (včetně možnosti sepse), trombóza žíly, krvácení do hrudníku, roztržení plicní tepny s krvácením, úmrtí.

Režimová a preventivní opatření, omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti, změny zdravotní způsobilosti, poskytnutí dalších zdravotních služeb

- V případě špatné kvality chrupu je vhodné navštívit stomatologa k ošetření a vyřešení viklavosti zubů.
- V den výkonu je nutné odložit veškeré snímatelné ozdoby (prsteny, řetízky, náramky, piercing), stejně jako případné snímatelné protézy (zubní, oční), vlasové paruky nebo kontaktní čočky.
- Nepoužívejte před anestézií kosmetické líčení, lak na nehty či umělé gelové nehty - je zhoršeno klinické a přístrojové sledování prokrvení v průběhu výkonu a tím je snížena Vaše bezpečnost. Odstraněním umělých řas snížíte riziko očních komplikací.
- Šest hodin před výkonem nejzte pevnou stravu, nepijte mléčné ani alkoholické nápoje z důvodu rizika zvracení a vdechnutí žaludečního obsahu do dýchacích cest. Je vhodné po doučích popíjet vodu nebo čaj, dvě hodiny před výkonem nepijte.
- Před výkonem nekuřte (ideálně nejméně 4 týdny).
- Po výkonu může po určitou dobu dojít k omezení schopnosti soustředit se a rozhodovat. 24 hodin po výkonu není možné vykonávat činnosti vyžadující zvýšenou pozornost (např. řízení motorového vozidla či právní úkony). V případě, že se jedná o ambulantní výkon, musí být zajištěn Váš doprovod z nemocnice domů dospělou osobou.

- *Přineste s sebou, prosím, výsledky předoperačního vyšetření a dostupnou zdravotnickou dokumentaci, kterou Vám poskytne Váš praktický lékař včetně zprávy od lékaře specialisty (např. kardiologa, diabetologa, plicního lékaře).*



Další informace naleznete na stránkách: <https://www.fnhk.cz/karim/informace-pro-pacienty>.



Fakultní nemocnice Hradec Králové
Sokolská 581, Nový Hradec Králové, 50005
IČO: 00179906

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny

Souhlas pacienta/pacientky s anesteziologickou péčí

Pacient/ka Rodné číslo

jméno příjmení titul

CHCI/NECHCI znát informace o mém zdravotním stavu v souvislosti s podáním anestézie

Byl/a jsem lékařem anesteziologem seznámen/a s údaji o

- účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích, možných rizicích a komplikacích anestézie, souvisejících výkonů včetně možných alternativ a jejich volbě,
- případném možném omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, změnách zdravotní způsobilosti,
- léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a o poskytnutí dalších zdravotních služeb,
- poučení o vlivu těchto postupů na již v minulosti implantované zdravotnické prostředky.

Typy anestézie

- Celková anestézie
- Subarachnoidální anestézie
- Epidurální anestézie
- Periferní nervová blokáda
- Monitorovaná sedace/analgézie
- Jiný typ anestézie:
.....

Výkony související s anesteziologickou péčí

- Periferní žilní katétr
- Centrální žilní katétr
- Arteriální katétr
- Epidurální katétr
- Subarachnoidální punkce
- Katétr pro periferní
nervovou blokádu
- Tracheální intubace
- Laryngeální maska
- Močový katétr
- Žaludeční sonda
- Jiné:.....

Zvolený typ anestézie po zvážení všech okolností nemá alternativu.

V případě nemožnosti/selhání svodné anestézie souhlasím s provedením celkové anestézie.

Výkon ve svodné anestézii nemůže být proveden bez vašeho souhlasu s podáním celkové anestézie.

Tyto body jsou podrobně uvedeny v Příloze č. 1 **Poučení o celkové anestézii** a pro výkony ve svodné anestézii také v Příloze č. 2 **Poučení o svodné anestézii**, které mají každá 2 strany a jsou nedílnou součástí tohoto souhlasu.

Byl/a jsem informován/a, že pravděpodobnost některých rizik a komplikací je u mne zvýšená vzhledem k mému zdravotnímu stavu ovlivněnému:

- Onemocněním srdce
- Předchozím onemocněním mozku nebo nervů
- Předchozím onemocněním jater nebo ledvin
- Stavem chrupu, schopností otevřít ústa
- Předchozím onemocněním žláz s vnitřní sekrecí
- Předchozím plicním onemocněním
- Jiné:
- Jiné:

Z výše uvedených důvodů můj zdravotní stav zvyšuje (nad rámec rizik uvedených v Příloze č. 1 a č. 2 tohoto souhlasu) zejména riziko výskytu následujících komplikací nebo následků:

- Akutní infarkt myokardu, srdeční selhání
- Zhoršení mozkových (kognitivních) funkcí
- Cévní mozkové příhody
- Zhoršení funkce jater nebo ledvin
- Poškození chrupu nebo poranění dýchacích cest
- Zhoršení plicních funkcí
- Jiné:
- Jiné:

Potvrzuji, že mi byly tyto údaje lékařem sděleny a vysvětleny a že jsem jim porozuměl/a.

Byly mi zodpovězeny všechny mé otázky, a to srozumitelně, včetně upřesnění všech rizik či komplikací. Prohlašuji, že jsem uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a, jsem si vědom/a rizik uvedených v souvislosti s podáváním anestézie a výslovně souhlasím s poskytnutím navrhovaného typu anestézie a s anestézií souvisejících výkonů pro plánovaný léčebný/diagnostický výkon.

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné údaje o svém zdravotním stavu mně známé, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby, nebo že existují jiná omezení mé schopnosti vyjadřovat se k poskytování zdravotní péče (soudem nařízená léčba, omezení svéprávnosti pro oblast poskytování zdravotních služeb).

Vyslovuji souhlas s případným opakováním navrhované anesteziologické péče a výkonů a to za podmínky, že se v průběhu navrhované léčby nezmění můj zdravotní stav, který by si vyžádal změnu v původně odsouhlasené léčbě, nebo se nevyskytnou jiné překážky. Byl/a jsem srozumitelně poučena o možnosti svůj souhlas kdykoli odvolat. /x/

Byl/a jsem poučen/a že pokud mám již v minulosti implantovaný zdravotnický prostředek, může jej navrhovaná zdravotní péče ovlivnit následujícím způsobem:

Jiná sdělení/doplnění:

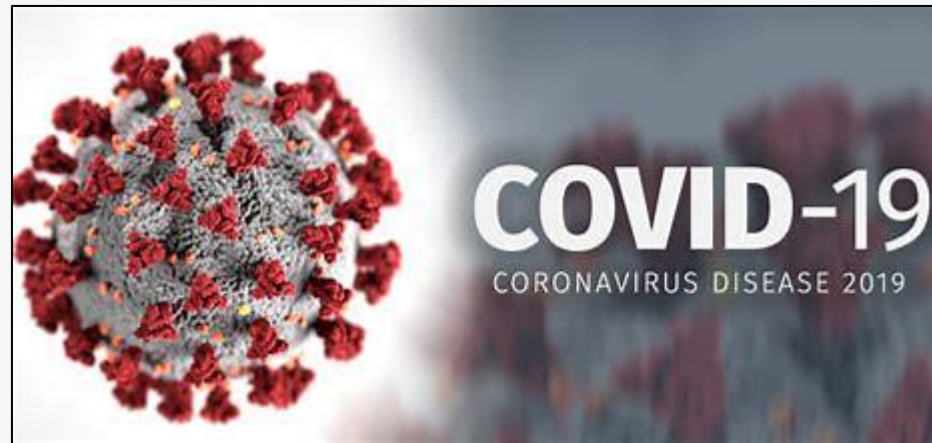
Hradec Králové dne.....v.....hod.

Jmenovka a podpis lékaře.....

Souhlasím s navrhovaným postupem dne.....v.....hod.

Podpis pacienta.

Alokace vzácných zdrojů



Nejen u pandémie...



Britští senioři nad 80 let se nedostali na JIP, i když bylo místo

31. 10. 2020, 12:47 – Tomáš Andres Skoupý, [Novinky](#)



Řada nemocnic v Anglii odmítla v době, kdy v zemi vrcholila první vlna koronavirové pandemie, poskytnout seniorům starším osmdesáti let s onemocněním covid-19 dostatečné léčení, i když na to měly kapacity. Po tříměsíčním pátrání to uvedl list Sunday Times. Nemocnice tak měly činit na základě protokolu k triáži, který vypracovala Národní zdravotní služba (NHS). Ta však popírá, že by protokol kdy vešel v platnost, a tvrzení novin prohlásila za lživé.





V úterý 17. března, týden předtím, než v Británii došlo ke kompletnímu lockdownu, proto NHS vyzvala nemocnice k co nejrychlejšímu uvolnění zhruba 30 tisíc lůžek. Důsledkem toho bylo, že mnoho pacientů (včetně covid pozitivních) bylo propuštěno do domácí péče. O týden později, 25. března, vládní šéflékař Chris Witty představil zdravotníkům dokument s názvem „Sum of 3 domains“, který měl sloužit jako protokol k triáži.

Podle dokumentu měli být pacienti tříděni na základě tří hlavních pilířů – věku, kondice a případných dalších zdravotních problémů. Pacientům bylo udělováno skóre, přičemž pokud pacient dosáhl skóre většího než osm, na jednotku intenzivní péče se nedostal.

To ještě není nic neobvyklého a takový systém by značně ulehčil přetíženým a vyčerpaným lékařům - NHS strašil případ nemocnice Northwick Park Hospital, kde došlo už 19. března k přetížení kapacit. Problém byl, že pokud byl člověk starší osmdesáti let, dostal rovnou devět bodů, což ho vylučovalo z toho, aby se na to JIP vůbec dostal. Pacient ve věku 76–79 let dostal bodů sedm, musel by tedy být v jinak výtečné zdravotní kondici, aby měl šanci dostat se na intenzivní péči.

Protokol nikdy oficiálně nevyšel v platnost



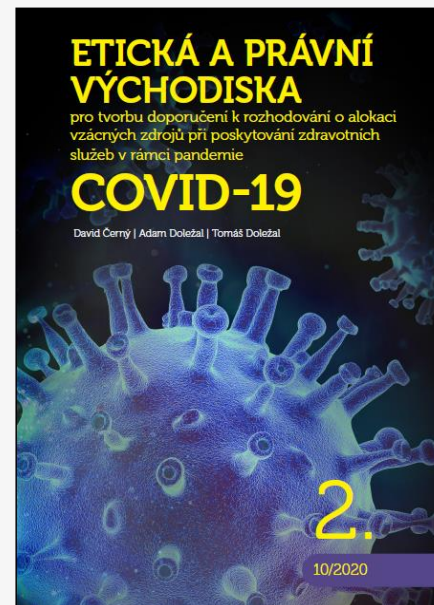
Alokace vzácných zdrojů

- Právní aspekty

- Evropa, odborné společnosti
- Česká republika

- Etické aspekty – etická diskuze

- „First come first serve“
 - Spravedlivé?, překonané (kdo bydlí blíže nemocnice, bez ohledu na tíži stavu...)
- Věk, doba dožití – mladý x „starý“ (5 x 95 let nebo 20 x 30 let)
 - Mladý si ještě neužil, má před sebou děti, práci, životní radosti
 - Ale co když je mladý těžce nemocný a 60 letý zdravý, pracující atd.
- Lze upřednostnit toho, kdo má větší šanci na přežití (2 pacienti, jeden ventilátor)?
- Lze ukončit péči s cílem získání zdroje (ventilátoru) pro pacienta s vyšší nadějí na přežití?



Ethics and COVID-19: resource allocation and priority-setting



Anesteziologie a intenzivní medicína 2020/5

ISSN 1214-2158 (PRINT), ISSN 1805-4412 (ON-LINE) ROČNÍK 31, ROK 2020, ČÍSLO 5 (LISTOPAD)



Plakát ze staré školy v Zubnicích
Foto doc. MUDr. Jiri Málek, CSc., Praha

Z obsahu

PŮVODNÍ PRÁCE

Blok distální části nervus ischiadicus nízkým objemem (LVDSB) – srovnání s aplikací tekutiny do distální části adduktorového kanálu na zdravém dobrovolníku
Low volume distal sciatic block (LVDSB) – comparison spread of injectate between LVDSB and distal adductor canal in healthy volunteer

...

PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

Odmítnutí převzetí pacienta z přednemocniční péče dlořným poskytovatelem akutní lůžkové péče
Refusal of patient admission from pre-hospital care by the provider of acute inpatient care

...

Indexován v EMBASE, Excerpta Medica, Scopus,
Emerging Sources Citation Index,
Excerpta Medica, Bibliographica Medica, Deobolovca,
EBSCO - AC ALENIC SEARCH COMPLETE.



Stanovisko podpořily:

- Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP
- Česká společnost intenzivní medicíny ČLS JEP
- Společnost infekčního lékařství ČLS JEP
- Česká pneumologická a fizeologická společnost ČLS JEP

Stanovisko výboru ČSARIM 13/2020 Rozhodování u pacientů v intenzivní péči v situaci nedostatku vzácných zdrojů

Autorský kolektiv:

1) Hlavní autoři:

**MUDr. Černá Pařízková Renata, Ph.D., LL.M.^{1,*}, doc. JUDr. Šustek Petr, Ph.D.^{2,3,4},
JUDr. Ing. Prudil Lukáš, Ph.D.⁴, MUDr. Mgr. Těšinová Jolana, Ph.D.⁵, JUDr. Mgr. Šolc Martin²,
prof. MUDr. Cvachovec Karel, CSc., MBA^{6,7}, JUDr. Dostál Ondřej, Ph.D., LL.M.⁸,
prof. MUDr. Černý Vladimír, Ph.D., FCCM^{1,7,9-12,**}**

¹Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové,
Fakultní nemocnice Hradec Králové

²Centrum zdravotnického práva a Katedra občanského práva, Právnická fakulta Univerzity Karlovy, Praha

³Advokát, Šustek & Co., advokátní kancelář, Praha

⁴Advokát, AK PRUDIL a spol., s. r. o., Brno

⁵Ústav veřejného zdravotnictví a medicinského práva, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

⁶Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy ve FN Motol, Praha

⁷Fakulta zdravotnických studií, Technická univerzita Liberec

⁸Dostal Consulting, s. r. o., Společnost medicinského práva ČLS JEP

⁹Klinika anesteziologie, perioperační a intenzivní medicíny, Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Masarykova
nemocnice v Ústí nad Labem

¹⁰Centrum pro výzkum a vývoj, Fakultní nemocnice Hradec Králové

¹¹Constantine the Philosopher University in Nitra, Faculty of Social Sciences and Health Care, Slovak Republic

¹²Department of Anesthesia, Pain Management and Perioperative Medicine, Dalhousie University, Halifax, Canada

^{*}sdílené prvoautorství

^{**}editör finálního textu

2) Spoluautoři:

**JUDr. Mgr. Holčápek Tomáš, Ph.D.¹, Mgr. et Mgr. Vácha Marek, Ph.D.²,
prof. MUDr. Ševčík Pavel, CSc.³**

¹Centrum zdravotnického práva a Katedra občanského práva, Právnická fakulta Univerzity Karlovy, Praha

²Ústav etiky a humanitních studií, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

³Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny FN Ostrava a LF OU v Ostravě

3) Oponenti (abecedně):

doc. MUDr. Duška František, Ph.D., MUDr. Maňák Jan, Ph.D., EDIC,

**MUDr. Mrozek Zdeněk, Ph.D., doc. MUDr. Pišek Stanislav, Ph.D., MUDr. Škola Josef, EDIC,
prof. MUDr. Srámek Vladimír, Ph.D., EDIC, prof. MUDr. Vašáková Martina, Ph.D.**

Proč stanovisko?

- Limitované zdroje
- Média – „triáž“ pacientů
 - Vyjádření lékařů
 - Vznik lokálních řízených dokumentů
 - Neznalost právního rámce
 - Riziko nezákonného postupu
 - Nouzový stav x krajní nouze
- Etické diskuze vs. právní systém
- Prioritizace – koho upřednostnit?

2. Základní východiska

- Rozsah a obsah poskytované zdravotní péče včetně intenzivní péče (IP) i v situacích HPO je určen existujícími platnými zákonnými a podzákonnými normami při vědomí jejich modifikace přijatými opatřeními Vlády ČR a Ministerstva zdravotnictví ČR (MZ ČR) a faktickými aspekty krizové situace.
- Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách má každý pacient právo na poskytování péče na náležité odborné úrovni, čímž se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnost (postup *„de lege artis“*).
- Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout, až na výjimky, pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem (dále jen „péče oprávněná“). Dospělý, svéprávný a kompetentní pacient má právo péči odmítnout.
- Poskytování všech zdravotních služeb včetně rozhodnutí o přijetí pacienta na pracoviště IP musí být vždy v souladu se základními etickými principy medicíny (respektování pacientovy autonomie, beneficence, nonmaleficence, principu spravedlnosti a důstojnosti).
- Žádný zdravotnický systém včetně České republiky nemá nekonečné a bezbřehé medicínské zdroje.
- Dostupnost zdravotnického personálu, lůžek a přístrojů je vždy limitovaná.
- K omezení nebo vyčerpání dostupných zdrojů může dojít v situaci hromadného postižení osob (HPO), jako jsou přírodní katastrofy, hromadná neštěstí, epidemie/pandemie.
- Život člověka je konečný.

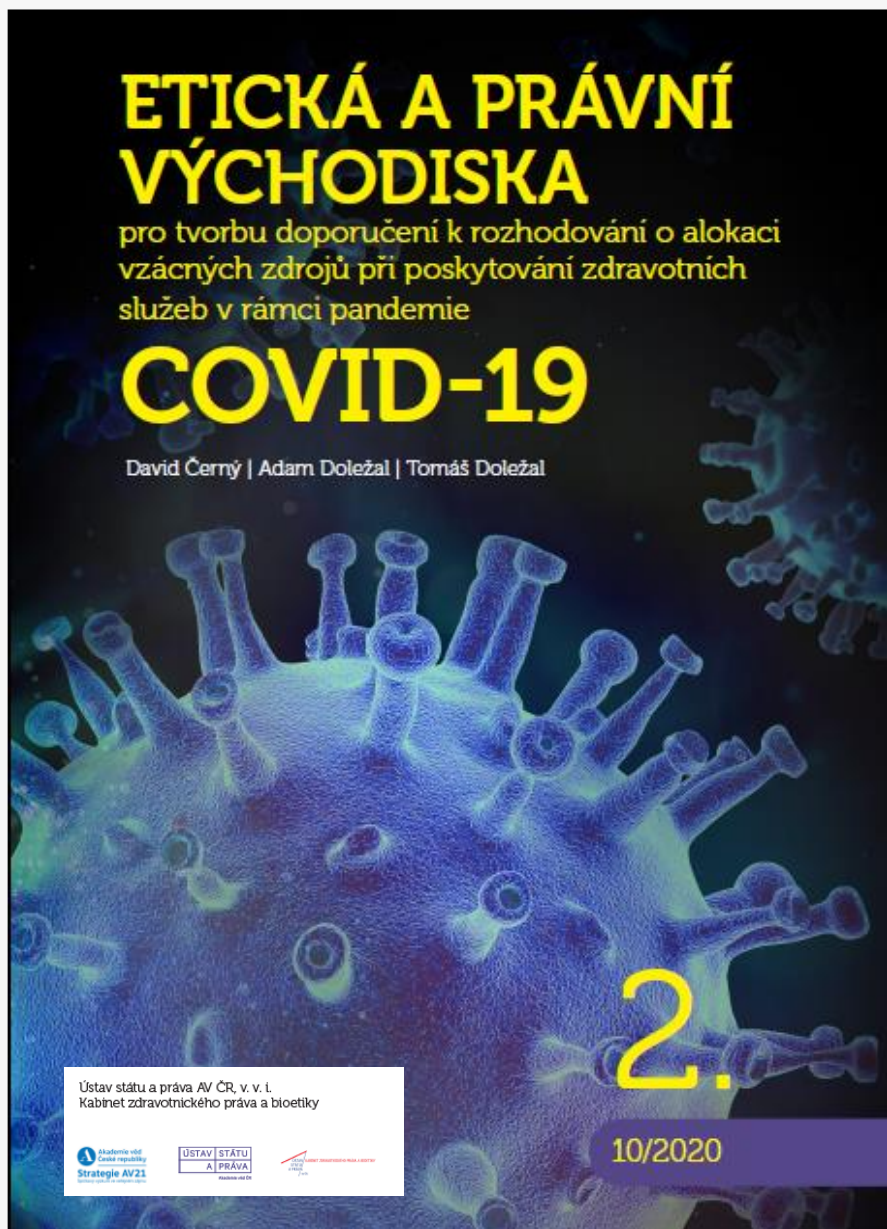


Dilema, komu dát přednost, není jediné, kterému lékaři čelí. Další je, kdy člověka ještě nechat na ventilátorech a kdy ho nechat v klidu zemřít. Jeden pracovník z jihlavské nemocnice minulý týden přes sociální sítě informoval, že staré a nemocné nakažené covidem už na kyslík nenapojují, ale nechají je zemřít na opiátech. Mluví připravované guidelines i o tomto?

Tohle je věc, která už je dobře promyšlená z dřívějších let. Na to už existují poradenské a paliativní týmy, které dobře fungují. Dávají poradenskou činnost v tom smyslu, kdy ještě pacienta léčit a kdy přepnout léčbu z kurativní na paliativní.

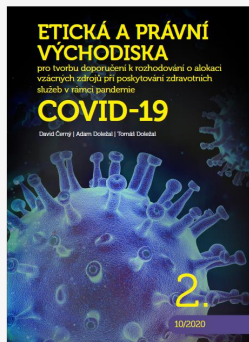


- V Itálii v březnu dostali lékaři od tamní etické komise doporučení, ať dají přednost mladším před staršími. Vy říkáte, že u nás tohle neplatí. Jaká kritéria kromě věku tedy budeme zohledňovat?
- Ono to neplatí ani v Itálii, nikde na světě tohle neplatí. Věk je pouze jeden z parametrů, které se berou v úvahu, ale vždy se zkoumá prognóza pacienta - a ta je širší než věk. Jinak bychom se dostali do ageismu, znevýhodňovali a diskriminovali pouze na základě věku. Nemyslím si, že by maturant měl vyšší cenu než vysokoškolák. Nebo že by nemluvně mělo větší cenu než vy. Čím vyšší věk, tím více klesá šance na úspěšnou terapii, ale určitě věk nemůže být jediné kritérium. Bude velmi důležité, čím pacient ještě trpí, jaké má další nemoci. Když se na pacienty podíváte v širším pohledu, tak rozdíly mezi nimi budou odhadnutelné.



Principy lékařské etiky	Principy etiky alokace vzácných zdrojů
Princip beneficence	Princip maximalizace užitku
Princip non-maleficence	dosažitelného prostřednictvím vzácných zdrojů
Princip férovosti	Férovost
Princip respektu k autonomii	Podpora těch, kteří pomáhají druhým
	Upřednostňování pacientů, kteří jsou na tom nejhůře

CAVE: NE!!!

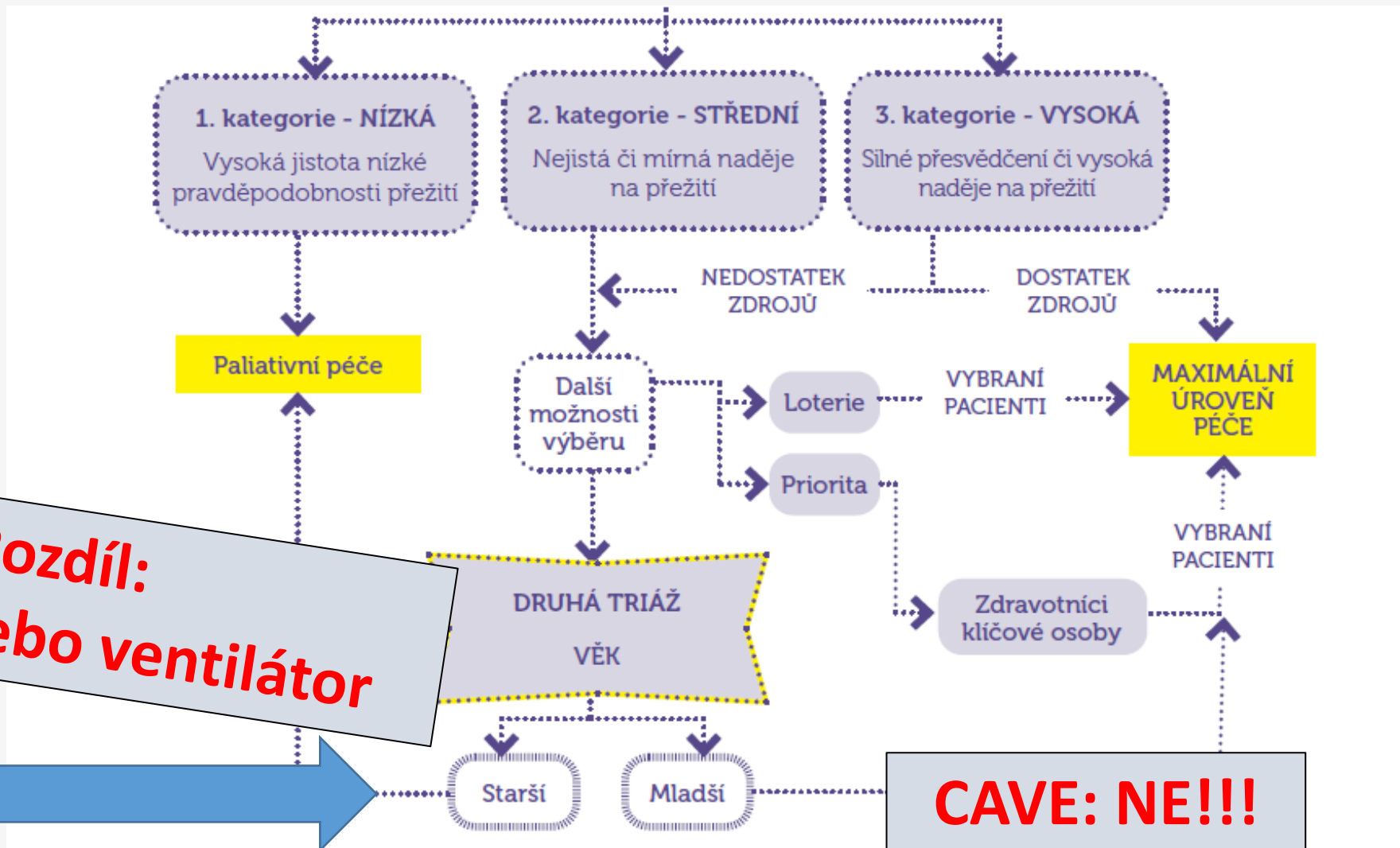
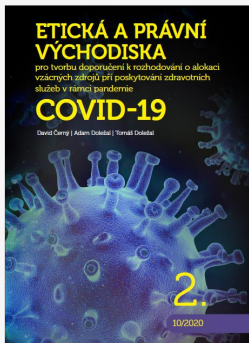


Druhá fáze triáže je možná pouze v případě, že **byly vyčerpány všechny ostatní formy alokace vzácných zdrojů**, pacienti spadají do stejné kategorie (střední či vysoká naděje na úspěch intenzivní terapie a přežití) a liší se věkem. **Vzhledem k tomu, že smrt je pro nás špatná v míře závisící na věku, je etiky přípustné rozhodovat se na základě věku a dát přednost mladším pacientům (smrt by pro ně byla horší než pro pacienty starší).** Tuto fázi triáže doporučuje celá řada autorů

a stalo se součástí rozhodování v některých státech světa postižených pandemií covid-19. Je důležité si uvědomit, že se nejedná o diskriminaci založenou na věku. **Věk zde není kritériem volby, ale proměnou, jež určuje míru špatnosti smrti.** Selekcce pacientů v rámci druhé fáze triáže se tedy ve skutečnosti zakládá na míře špatnosti jejich smrti.

Všechny rozhodovací procedury v rámci tří fází triáže shrnuje následující diagram:

	Popis	Odůvodnění
1	Maximalizujte užitek určený počtem zachráněných životů.	První princip etiky alokace vzácných zdrojů.
2	V alokaci vzácných zdrojů zachovejte rovný přístup mezi pacienty s covid-19 a ostatními chorobami.	Druhý princip etiky alokace vzácných zdrojů.
3	Řiďte se s ohledem na povahu vzácného zdroje a změny vědeckého poznání. Např. v případě vakcín dejte přednost starším lidem, v případě plicní ventilace mladším.	První princip etiky alokace vzácných zdrojů.
4	Při alokaci vzácných zdrojů spojených s COVID-19 (vakcíny, léky, intervence, přístroje) upřednostňujte zdravotnické pracovníky a ty, kteří jsou nezbytní pro fungování společnosti.	Třetí princip etiky alokace vzácných zdrojů, který konkretizuje aplikaci prvního principu.
5	U pacientů ze stejné vulnerabilní skupiny a se stejnou prognózou rozhodujte losem.	Druhý princip etiky alokace vzácných zdrojů. Jiné formy rozhodování (first-come, first-served) mohou mít negativní důsledky.





STANOVISKO VÝBORU
evidenční číslo: 6/2020

ROZHODOVACÍ PROCESY U PACIENTŮ S COVID-19 HOSPITALIZOVANÝCH NA PRACOVÍŠTÍCH INTENZIVNÍ PÉČE

Na základě dotazů ze strany lékařů poskytujících intenzivní péči (IP) pacientům s COVID-19 a potvrzené informace o existujícím podnětu na ČLK formulovat speciální zásady triáže pro pacienty s COVID-19 formulují výbory České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ČSARIM) a České společnosti intenzivní medicíny (ČSIM) své stanovisko následovně:

- 1) Rozsah a obsah poskytované zdravotní péče i během pandemie COVID-19 je určen existujícími platnými zákonnými a/nebo podzákonnými normami.
- 2) Při stanovení indikace k přijetí pacienta na pracoviště IP anebo v situacích (v daný okamžik existujícího a neřešitelného) nedostatku lůžkové kapacity doporučujeme vycházet ze zásad formulovaných ve Stanovisku výborů ČSARIM a ČSIM z roku 2015 – *Zásady a principy přijímání pacientů na pracoviště intenzivní péče* (příloha 1).
- 3) K rozhodování u pacientů na konci života doporučujeme vycházet z dokumentu ČLK – *Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010* (příloha 2).
- 4) Vznik speciálního doporučení pro pacienty s COVID-19 v intenzivní péči považujeme v současnosti za neodůvodněný. Pokud to bude vývoj situace vyžadovat, ČSARIM i ČSIM ve spolupráci s ostatními odbornými společnostmi a jinými subjekty jsou připraveny situaci odpovídající odborné a etické doporučení formulovat.

prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM
předseda výboru ČSARIM

Schváleno výborem ČSARIM
30. 3. 2020

prof. MUDr. Vladimír Šrámek, Ph.D., EDIC
předseda výboru ČSIM

Schváleno výborem ČSIM
30. 3. 2020



STANOVISKO VÝBORU
evidenční číslo: 12/2020

ROZHODOVACÍ PROCESY U PACIENTŮ S COVID-19 REFEROVANÝCH NA PRACOVÍŠTĚ INTENZIVNÍ PÉČE

V souvislosti s aktuálním nárůstem pacientů COVID-19 přijímaných k hospitalizaci se ve sdělovacích prostředcích a na sociálních sítích objevují příspěvky, poukazující na nutnost třídění pacientů referovaných na pracoviště intenzivní péče (IP) s využitím principů medicíny katastrof. K příspěvkům podobného obsahu formuluje výbor ČSARIM ve spolupráci s Českou společností intenzivní medicíny (ČSIM) své stanovisko:

- 1) Jakékoliv rozhodování o zahájení nebo rozsahu poskytované IP i při nárůstu počtu hospitalizovaných pacientů COVID-19 musí být založeno na existujících platných zákonných a/nebo podzákonných normách se vztahem k poskytování zdravotní péče.
- 2) Stanovisko výboru ČSARIM č. 6/2020 "Rozhodovací procesy u pacientů s COVID-19 hospitalizovaných na pracovištích intenzivní péče", vydané společně s výborem ČSIM dne 30. 3. 2020 považujeme nadále za platné v jeho plném rozsahu. Rozhodnutí o indikaci pacienta k přijetí na pracoviště IP musí být v souladu se zásadami a principy formulovanými ve Stanovisku výborů ČSIM a ČSARIM ze dne 18. 4. 2015.

prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM
předseda výboru ČSARIM

13. 10. 2020

prof. MUDr. Vladimír Šrámek, Ph.D., EDIC
předseda výboru ČSIM

13. 10. 2020

Přílohy:

- Stanovisko výboru ČSARIM č. 6/2020 "Rozhodovací procesy u pacientů s COVID-19 hospitalizovaných na pracovištích intenzivní péče" (2020)
- Stanovisko výboru ČSIM "Zásady a principy pro přijímání pacientů na pracoviště intenzivní péče" (2015)
- Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 (2010)



ČESKÁ SPOLEČNOST INTENZIVNÍ MEDICÍNY

Předseda

prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM

Klinika anesteziologie, perioperační a intenzivní medicíny, Masarykova nemocnice, Sociální péče
3316, 401 13 Ústí nad Labem
☎ 477 112 200, cernyv1960@gmail.com

Mítopředseda

prof. MUDr. Martin Matějovic, Ph.D.

I. intenzivní klinika, Fakultní nemocnice Plzeň
Alej Svobody 80, 304 60 Plzeň
☎ 377 103 501, matajovic@fnplzen.cz

Vědecký sekretář

doc. MUDr. Vladimír Šrámek, Ph.D., EDIC

Anesteziologicko-resuscitační klinika,
Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně,
Pekařská 53, 602 00 Brno
☎ 543 182 553, sramek@fnusa.cz

STANOVISKO VÝBORU

ZÁSADY A PRINCIPY PRO PŘIJÍMÁNÍ PACIENTŮ NA PRACOVÍŠTĚ INTENZIVNÍ PÉČE

3. Zásady a principy pro přijímání pacientů na pracoviště intenzivní péče

- 1) Rozhodnutí o přijetí pacienta na pracoviště intenzivní péče (IP) musí být vždy v souladu se základními etickými principy medicíny (respektování pacientovy autonomie, beneficence, nonmaleficence, princip spravedlnosti).
- 2) O přijetí pacienta rozhoduje lékař pracoviště IP se specializovanou způsobilostí.
- 3) Na pracoviště IP by měl být přijímán pouze pacient, kde:
 - a) existuje reálný předpoklad zlepšení klinického stavu,
 - b) příčina současného zhoršení je odstranitelná,
 - c) lze předpokládat zotavení a obnovení integrity orgánových funkcí.
- 4) Existují-li pochybnosti či nejistota o možném přínosu IP, je třeba konat v pacientově předpokládaném zájmu a IP poskytnout. Podle vývoje klinického stavu lze odůvodněnost pokračování v IP přehodnotit.
- 5) Pokračování v IP, která je vyhodnocena jako marná či neúčelná, je v rozporu s etickými principy medicíny a pacientovi má být poskytnuta péče přiměřená jeho stavu, včetně péče paliativní, v souladu s Doporučením České lékařské komory č. 1/2010 k postupu při rozhodování o přechodu na paliativní léčbu.
- 6) Při požadavku přijetí pacienta/ů na pracoviště IP a současně nedostatečné kapacitě pracoviště je rozhodnutí o přijetí/překladu založeno výhradně na a) posouzení předpokládaného přínosu poskytované IP podle povahy základního onemocnění a aktuálního klinického kontextu a b) respektu k etickým principům medicíny.

Anesteziologie a intenzivní medicína 2020/5

ISSN 1214-2158 (PRINT), ISSN 1805-4412 (ON-LINE) ROČNÍK 31, ROK 2020, ČÍSLO 5 (LÍSTOPAD)

Plakát ze staré školy v Zubnicích
Foto doc. MUDr. Jiri Málek, CSc., Praha



Z obsahu

PŮVODNÍ PRÁCE

Blok distální části nervu ischiadicus nízkým objemem (LVDSB) – srovnání s aplikací tekutiny do distální části adduktorového kanálu na zdravém dobrovolníku
Low volume distal sciatic block (LVDSB) – comparison spread of injectate between LVDSB and distal adductor canal in healthy volunteer

...

PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

Odmítnutí převzetí pacienta z přednemocniční péče dlovným poskytovatelem akutní lůžkové péče
Refusal of patient admission from pre-hospital care by the provider of acute inpatient care

...

Indexován v EMBASE, Excerpta Medica, Scopus,
Emerging Sources Citation Index,
Excerpta Medica, Bibliographica Medica de Bohemia ca,
EBSCO - ACADEMIC SEARCH COMPLETE.



Stanovisko podpořily:

- Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP
- Česká společnost intenzivní medicíny ČLS JEP
- Společnost infekčního lékařství ČLS JEP
- Česká pneumologická a fizeologická společnost ČLS JEP

Stanovisko výboru ČSARIM 13/2020 Rozhodování u pacientů v intenzivní péči v situaci nedostatku vzácných zdrojů

Autorský kolektiv:

1) Hlavní autoři:

**MUDr. Černá Pařízková Renata, Ph.D., LL.M.^{1,*}, doc. JUDr. Šustek Petr, Ph.D.^{2,3,4},
JUDr. Ing. Prudil Lukáš, Ph.D.⁴, MUDr. Mgr. Těšinová Jolana, Ph.D.⁵, JUDr. Mgr. Šolc Martin²,
prof. MUDr. Cvachovec Karel, CSc., MBA^{6,7}, JUDr. Dostál Ondřej, Ph.D., LL.M.⁸,
prof. MUDr. Černý Vladimír, Ph.D., FCCM^{1,7,9-12,**}**

¹Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Fakultní nemocnice Hradec Králové

²Centrum zdravotnického práva a Katedra občanského práva, Právnická fakulta Univerzity Karlovy, Praha

³Advokát, Šustek & Co., advokátní kancelář, Praha

⁴Advokát, AK PRUDIL a spol., s. r. o., Brno

⁵Ústav veřejného zdravotnictví a medicinského práva, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

⁶Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy ve FN Motol, Praha

⁷Fakulta zdravotnických studií, Technická univerzita Liberec

⁸Dostal Consulting, s. r. o., Společnost medicinského práva ČLS JEP

⁹Klinika anesteziologie, perioperační a intenzivní medicíny, Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

¹⁰Centrum pro výzkum a vývoj, Fakultní nemocnice Hradec Králové

¹¹Constantine the Philosopher University in Nitra, Faculty of Social Sciences and Health Care, Slovak Republic

¹²Department of Anesthesia, Pain Management and Perioperative Medicine, Dalhousie University, Halifax, Canada

*sdílené prvoautorství

**editör finálního textu

2) Spoluautoři:

**JUDr. Mgr. Holčápek Tomáš, Ph.D.¹, Mgr. et Mgr. Vácha Marek, Ph.D.²,
prof. MUDr. Ševčík Pavel, CSc.³**

¹Centrum zdravotnického práva a Katedra občanského práva, Právnická fakulta Univerzity Karlovy, Praha

²Ústav etiky a humanitních studií, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

³Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny FN Ostrava a LF OU v Ostravě

3) Oponenti (abecedně):

doc. MUDr. Duška František, Ph.D., MUDr. Maňák Jan, Ph.D., EDIC,

**MUDr. Mrozek Zdeněk, Ph.D., doc. MUDr. Pišpek Stanislav, Ph.D., MUDr. Škola Josef, EDIC,
prof. MUDr. Šrámek Vladimír, Ph.D., EDIC, prof. MUDr. Vašáková Martina, Ph.D.**

Základní východiska

- Zákonné a podzákonné normy ČR
- Svobodný a informovaný souhlas
- Etické principy medicíny
 - Autonomie, beneficence, nonmaleficence, spravedlnost, důstojnost
- Medicínské zdroje nejsou nekonečné a bezbřehé
- Dostupnost zdrojů je vždy limitovaná
- Omezení/vyčerpání zdrojů
 - katastrofy, hromadná neštěstí, pandemie

2. Základní východiska

- Rozsah a obsah poskytované zdravotní péče včetně intenzivní péče (IP) i v situacích HPO je určen existujícími platnými zákonnými a podzákonnými normami při vědomí jejich modifikace přijatými opatřeními Vlády ČR a Ministerstva zdravotnictví ČR (MZ ČR) a faktickými aspekty krizové situace.
- Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách má každý pacient právo na poskytování péče na náležité odborné úrovni, čímž se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnost (postup „*de lege artis*“).
- Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout, až na výjimky, pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem (dále jen „péče oprávněná“). Dospělý, svéprávný a kompetentní pacient má právo péči odmítnout.
- Poskytování všech zdravotních služeb včetně rozhodnutí o přijetí pacienta na pracoviště IP musí být vždy v souladu se základními etickými principy medicíny (respektování pacientovy autonomie, beneficence, nonmaleficence, principu spravedlnosti a důstojnosti).
- Žádný zdravotnický systém včetně České republiky nemá nekonečné a bezbřehé medicínské zdroje.
- Dostupnost zdravotnického personálu, lůžek a přístrojů je vždy limitovaná.
- K omezení nebo vyčerpání dostupných zdrojů může dojít v situaci hromadného postižení osob (HPO), jako jsou přírodní katastrofy, hromadná neštěstí, epidemie/pandemie.
- Život člověka je konečný.

Etické principy

- Princip spravedlivosti, férovosti, rovného přístupu
- Princip maximálního dosažitelného efektu
- Princip beneficence, autonomie

3.2 Základní etické principy alokace vzácných zdrojů v krizových situacích

- Princip spravedlivosti, férovosti a rovného přístupu k pacientům (všichni jsou si rovni, nelze nikoho diskriminovat na základě kritérií přímo nesouvisejících s předpokládaným klinickým výsledkem péče).
- Princip maximálního dosažitelného efektu s využitím dostupných zdrojů (= využití vzácných zdrojů pro největší počet pacientů s největším účinkem poskytnuté léčby).
- Princip prioritizace (upřednostnění) pouze na základě výchozího pravidla „*first come, first served*“ je v současné době z etického hlediska významnou částí odborné veřejnosti považován za překonaný a méně spravedlivý. Používání řady diskutovaných kritérií prioritizace (vyjma principu maximálního dosažitelného efektu), jako jsou např. předpokládaná délka života, doba dožití apod., je ale v rozporu s právním řádem České republiky.
- Princip beneficence (přínosu) pro jedince je nutno vnímat individuálně, s přihlédnutím nejen k bezprostřednímu ovlivnění zdravotního stavu, ale i k možnosti následného zotavení a obnovení integrity orgánových funkcí.
- Princip autonomie pacienta je respektován ve smyslu respektování dříve vysloveného přání či nesouhlasu s navrhovanou léčbou (včetně např. zahájení IP a umělé plicní ventilace).
- Princip respektování lidské důstojnosti.

Krajní nouze?

- NS: „O krajní nouzi se rovněž nejedná, je-li následek způsobený při odvracení nebezpečí stejně závažný nebo závažnější než ten, který hrozil. Tímto požadavkem je vyjádřena podmínka proporcionality (úměrnosti), která znamená, že při jednání v krajní nouzi obětovaný zájem, vztah nebo hodnota nesmí být stejného významu nebo významnější než zájem, vztah nebo hodnota, kterou odvracené nebezpečí ohrožuje. Tuto podmínku proporcionality nesplňuje jednání pachatele, který zachraňuje vlastní život tím, že usmrtí jiného. Může ji však splňovat jednání, kterým někdo obětováním jednoho lidského života zachrání život více lidí (srov. R 20/1982).“

4. Stanovisko k poskytování IP v krizových situacích

- Co největší medicínský přínos co nejvyššímu počtu pacientů
- Přípustné omezení běžného standardu péče nezbytné pro udržení co největšího stále ještě možného rozsahu péče, pokud nelze jinak (tento postup = lege artis)
- Omezení vzácných zdrojů = přístroje, léčiva, lidské zdroje (kvalifikace, erudice, počet)
- Alokace dle medicínské potřeby, žádná forma diskriminace (pohlaví, pouze věk, sociální postavení, rasa ...)
- Rozhodnutí o přijetí do IP – výhradně medicínské rozhodnutí (zásady Stanovisko ČSARIM, ČSIM 2015)

4. Stanovisko k poskytování IP v krizových situacích

- peče přestává být intenzivní.
- i) Platné právo neumožňuje při rozhodování o přijetí do IP nebo o ukončení IP zohlednit jiná kritéria než medicínskou účelnost této péče pro konkrétního pacienta. Obecně není možné právně bezpečným způsobem rozhodovat o péči pro pacienta na základě jeho srovnání s jinými pacienty prostřednictvím jiných kritérií, např. věku či předpokládané doby dožití. Přijímání pacientů do péče se proto i v krizové situaci řídí medicínskou účelností, tedy odborným posouzením. Pravidlo „first come, first served“ je na základě stávajícího právního řádu výchozí podmínkou v systému poskytování zdravotních služeb pouze u pacientů se shodnou potřebou péče z hlediska aktuální závažnosti stavu a klinického prospěchu. Stejná pravidla jsou použita u již přijatých pacientů v případě potřeby využití vzácného zdroje (např. přístroje pro umělou plicní ventilaci).
 - j) Podle principu distributivní spravedlnosti nelze upřednostnit určité skupiny pacientů (např. COVID+ pacienty před pacienty COVID-). V rámci rozhodování o alokaci vzácných zdrojů pravidla pro přijetí do IP, resp. ukončení IP musí být shodná pro všechny pacienty (v kontextu pandemie COVID-19 např. bez ohledu na to, zda jsou či nejsou nakaženi virem SARS-CoV-2, a nelze stanovit přísnější kritéria jen pro jednu z těchto skupin pacientů).

4. Stanovisko k poskytování IP v krizových situacích

- Žádnému pacientovi nesmí být vhodná péče na dostupné úrovni odmítnuta.
- Péče oprávněná (se souhlasem)
- Rozhodnutí - nejméně dva lékaři se specializovanou způsobilostí, z toho jeden v oboru AIM nebo IM, druhý v oboru souvisejícím
- Zdravotnická dokumentace (transparentnost rozhodovacího procesu, případný přezkum)
- Komplexní zhodnocení celého klinického kontextu a všech souvisejících aspektů zdravotního stavu nemocného. Jedná se o odborný expertní názor, který nelze nahradit žádným skórovacím systémem nebo číselným parametrem.
- Pokračování v IP, která je vyhodnocena jako nepřiměřená či neúčelná, je v rozporu s etickými principy medicíny a pacientovi má být poskytnuta péče vhodná s ohledem na jeho stav, včetně péče paliativní, v souladu s Doporučením České lékařské komory č. 1/2010.

4. Stanovisko k poskytování IP v krizových situacích

- Poskytování IP pacientovi, který pro ni na základě vývoje svého zdravotního stavu již není indikován (pokud tedy jde o péči neúčelnou, pacienta zbytečně zatěžující) není „de lege artis“. Poskytovatel zdravotních služeb není povinen, ba ani oprávněn, takovou péči poskytovat.
- Ukončení léčby je možné pouze za předpokladu, že u takového pacienta (aniž by byl srovnáván s jiným) byla tato léčba na základě odborného posouzení vyhodnocena jako neúčelná z hlediska zdravotního stavu konkrétního pacienta. Poté je třeba poskytnout takovému pacientovi jinou vhodnou péči (např. paliativní).
- Ukončení léčby, pro kterou je pacient aktuálně indikován s cílem získání zdroje pro pacienta s příznivější prognózou, není přípustné.
- Předložené stanovisko nesmí být využito a uplatňováno pro situace, kdy existují reálně existující možné další zdroje (např. kapacity jiných poskytovatelů zdravotní péče).

Anesteziologie a intenzivní medicína 2020/5

ISSN 1214-2158 (PRINT), ISSN 1805-4412 (ON-LINE) ROČNÍK 31, ROK 2020, ČÍSLO 5 (LÍSTOPAD)

Plakát ze staré školy v Zubřicích
Foto doc. MUDr. JIŘÍ Málek, CSc., Praha



Z obsahu

PŮVODNÍ PRÁCE

Blok distální části nervus ischiadicus nízkým objemem (LVDSB) – srovnání s aplikací tekutiny do distální části adduktorového kanálu na zdravém dobrovolníku
Low volume distal sciatic block (LVDSB) – comparison spread of injectate between LVDSB and distal adductor canal in healthy volunteer

...

PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

Odmítnutí převzetí pacienta z předemocniční péče dlořným poskytovatelem akutní lůžkové péče
Refusal of patient admission from pre-hospital care by the provider of acute inpatient care

...

Indexovaný v EMBASE, Excerpta Medica, Scopus,
Emerging Sources Citation Index,
Indexovaný v Bibliographia in medicina et obstetrica,
EBSCO - ACADEMIC SEARCH COMPLETE.



Příloha 1: Právní rozbor situace nedostatku vzácných zdrojů v systému zdravotní péče

doc. JUDr. Šustek Petr, Ph.D., JUDr. Mgr. Holčapek Tomáš, Ph.D., JUDr. Mgr. Šolc Martin

Katedra občanského práva a Centrum zdravotnického práva, Právnická fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Obsah

A. Shrnutí

B. Právní rozbor

- Snížení standardu náležité odborné úrovně poskytované péče
- Odmítnutí přijetí pacienta do IP
 - Stav pacienta nevyžaduje neodkladnou péči
 - Stav pacienta vyžaduje neodkladnou péči
- Ukončení IP
- Překlad pacienta do jiného zdravotnického zařízení
- Proces klinického rozhodování o přijetí do IP/ukončení

C. Závěr

A. Shrnutí

I. Platná právní úprava je svým založením vystavěna pro období běžného fungování zdravotnictví, kdy nedochází k náhlému nárůstu počtu pacientů zatěžujícím celý systém. Relevantní právní předpisy přitom neumožňují odchýlit se od takto nastavených pravidel. V případě současného výskytu většího množství pacientů se péče poskytuje podle aktuální závažnosti jejich zdravotního stavu a medicínské účelnosti. Za předpokladu, že zdravotní stav více pacientů je aktuálně srovnatelně závažný, péče je pro tyto pacienty srovnatelně medicínsky účelná a z klinického hlediska prospěšná (nejde tedy pro žádného z pacientů o péči neúčelnou a nepřiměřenou), a je možné poskytnout péči jen některým z nich, postupuje se podle pořadí, ve kterém pacienti dorazili do zdravotnického zařízení, resp. ve kterém byli již přijati pacienti indikováni k využití vzácného zdroje, např. ventilátoru (pravidlo „first come, first served“). Rozhodnutí o přijetí do intenzivní péče (IP), resp. o ukončení IP, se musí řídit medicínským benefitem pro konkrétního pacienta a nikoli zájmy ostatních pacientů.

II. Je-li to v konkrétní situaci zcela nezbytné s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti, naplňuje i snížená úroveň poskytované IP standard náležité odborné úrovně (standardu péče *de lege artis*). Může jít např. o zapojení zdravotnických pracovníků bez příslušné specializované způsobilosti nebo o nezbytnou racionalizaci použitých nedostatkových zdravotnických prostředků či léčiv. Provedení výkonu, použití zdravotnického prostředku nebo podání léčiva se řídí výhradně medicínským prospěchem pro konkrétního pacienta. Indikovanou IP není možné přerušit ani snížit její intenzitu pouze za účelem uvolnění místa pro jiného pacienta.

- Jestliže pacientův stav nevyžaduje neodkladnou péči, je možné odmítnout jeho přijetí do péče, pokud by tím bylo překročeno únosné pracovní zatížení poskytovatele zdravotních služeb, v jehož důsledku by došlo ke snížení úrovně kvality a bezpečnosti zdravotních služeb poskytovaných pacientům již přijatým.
- Pokud pacientův stav vyžaduje neodkladnou péči, je poskytovatel zdravotních služeb povinen pacienta do péče přijmout, i kdyby tím došlo k překročení únosného pracovního zatížení.
- Ukončení IP je možné pouze v případech, kdy je tato péče již neúčelná z hlediska zdravotního stavu konkrétního pacienta. Je poté třeba poskytnout pacientovi jinou adekvátní péči (např. paliativní).
- Při rozhodování o přijetí do IP/ukončení IP lze doporučit důslednou a striktní aplikaci *de lege artis* indikačních kritérií tak, aby bylo zamezeno poskytování IP pacientům, kteří k ní ve skutečnosti nejsou indikováni. Tato indikační kritéria musejí být vztažena ke konkrétnímu pacientovi, nikoli k potřebám systému.
- Přeložení pacienta k jinému poskytovateli zdravotních služeb, resp. do jiného zdravotnického zařízení, je bez jeho souhlasu možné za účelem poskytnutí neodkladné péče, pokud zdravotní stav pacienta neumožňuje vyslovení souhlasu. Přeložit bez souhlasu je možné pacienta také tehdy, pokud již není indikován pro péči poskytovanou současným poskytovatelem.
- Je-li to možné a v daném čase realizovatelné, všechna rozhodnutí o indikaci, přijetí do IP nebo revizi předchozího rozhodnutí a případném ukončení IP by měli učinit nejméně dva lékaři se specializovanou způsobilostí, z toho jeden v oboru anesteziologie a intenzivní medicína nebo intenzivní medicína, druhý v oboru souvisejícím se základním onemocněním a/nebo aktuálním zdravotním stavem pacienta. Důvody pro nepřijetí do IP/ukončení IP je nutné dostatečně určitě zaznamenat do zdravotnické dokumentace. Z praktického hlediska lze jen doporučit podpis svědka (např. sestry) v záznamu do zdravotnické dokumentace.

B. Právní rozbor

- Rozsah a obsah poskytované zdravotní péče včetně intenzivní péče (IP) i v situacích tzv. hromadného postižení osob včetně pandemie je určen existujícími platnými zákonnými a/nebo podzákonnými normami. Výjimky z povinností stanovených zákonem může založit jen zákon. Mimořádné opatření Ministerstva zdravotnictví může uložit některou z povinností stanovených rámcově v § 69 zákona



Děkuji za pozornost

