

Kde sa nachádza hranica medzi kuratívnu starostlivosťou a paliatívnu starostlivosťou?

Abstrakt

V príspevku sa zaoberáme závažnou otázkou prechodu na EOL zdravotnú starostlivosť (EOL – end of life, na konci života, pozn.: význam skratiek, inak bežne používaných, je v závere tohto príspevku), teda zmeny kuratívnej starostlivosti na paliatívnu starostlivosť. Hoci ide primárne o otázky medicínskeho a etického charakteru, nezadeinovanie určitej hranice, kedy liečba prestáva mať kauzálny charakter a nadobúda paliatívny (čisto symptomatický) charakter, môže mať vážne právne následky pre lekára. A to napriek jeho úprimnej snahe s čo najlepším vedomím a svedomím pomôcť chorému a trpiacemu človeku, pričom však nechce ďalej predlžovať jeho strádanie. Ako možné riešenie do budúcnosti navrhujeme začať oveľa intenzívnejšie využívať činnosť etických komisií, ktoré majú práve v náplni predkladať stanoviská k etickým otázkam a problémom, kam EOL-liečba a prechod na EOL-starostlivosť jednoznačne patria.

Úvod

V tomto príspevku sa nebudeme zaoberať medicínskou hranicou, ktorá môže byť dosť široká a do značnej miery závisí nielen od objektívnych skutočností, ale aj od odborného názoru toho-ktorého lekára, ktorý je vždy do istej miery subjektívny. Zaujímať nás budú možnosti stanovenia formálnej hranice EOL, ktorá v procese poskytovania zdravotnej starostlivosti individuálny subjektivismus do istej miery eliminuje, čo by zvyšovalo právnu istotu lekára.

Ak sa máme začať zmysluplne zaoberať uvedenou otázkou, je nevyhnutné určiť si význam jednotlivých pojmov, keďže pri EOL-stavoch sa zvyčajne používa ako pojem „starostlivosť“, tak i pojem „liečba“. Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v kontexte s EOL sa možno stretnúť s pojmami „starostlivosť“ a „liečba“ akoby zameniteľnými synonymami:

- A) „Starostlivosť“, ktorú možno rozdeliť na
- **kuratívnu starostlivosť** – zameranú na **vyliečenie pacienta** (má najmä medicínsky rozmer, je to liečba v užšom slova zmysle) a
 - **paliatívnu starostlivosť** – zameranú na **zmiernenie utrpenia** pacienta (nemá len medicínsky rozmer, ale je prítomný aj významný psychologický či duchovný rozmer);
- B) „Liečba“, ktorú môžeme členiť na
- **kauzálnu liečbu** (terapiu) – odstraňuje alebo **rieši príčinu** (potenciálne vyliečiteľnej) choroby,
 - **paliatívnu liečbu** (terapiu) – odstraňuje alebo **potláča nepriaznivé následky** (nevyliečiteľnej) choroby a
 - **symptomatickú liečbu** – **potláča nežiadúce príznaky** choroby, v podstate sa využíva pri paliatívnej i kauzálnnej liečbe. [1]

Avšak aktuálne ponímanie rozlišuje aj medzi „liečbou“ a „starostlivosťou“, takže:

C) V medicínskom slova zmysle pri EOL-postupoch možno rozlišovať:

- **paliatívnu liečbu** – ktorá by mohla chorobu vyliečiť, ale len s minimálnou pravdepodobnosťou, takže jej **primárnym cieľom nie je vyliečenie** choroby, ale predĺženie a súčasne skvalitnenie života (teda za iných okolností by išlo o kuratívnu starostlivosť event. kauzálnu liečbu: napr. rádioterapia pre spomalenie rastu nádoru, bifosfonáty pre obmedzenie patologických fraktúr, kolostómia pri črevnej nepriechodnosti) a
- **paliatívnu starostlivosť** – čo je komplexná starostlivosť, **zásadne sa tu mení cieľ liečby**, táto starostlivosť **sa vôbec nezameriava na základnú chorobu** (primárny nádor, metastatickú osteolýzu), ale na celkovú starostlivosť o pacienta a odstraňovanie nepriaznivých následkov nevyliečiteľného ochorenia (bolesť, dyspnoe, poruchy psychiky a pod. [2])

D) V právnom slova zmysle aj naša zákonná úprava jasne diferencuje medzi zdravotnou starostlivosťou a liečbou, pričom liečba je len „podmnožinou“ zdravotnej starostlivosti (podobne samostatnou podmnožinou je aj ošetrovateľská starostlivosť):

- **zdravotná starostlivosť** je súbor pracovných činností, ktoré vykonávajú zdravotnícki pracovníci, vrátane poskytovania liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín s **cieľom predĺženia života** fyzickej osoby, **zvýšenia kvality** jej života a zdravého vývoja budúcich generácií; zdravotná starostlivosť zahŕňa **prevenciu**, dispenzarizáciu, **diagnostiku**, **liečbu**, biomedicínsky výskum, **ošetrovateľskú starostlivosť** a pôrodnú asistenciu (§2 ods.1 zákona 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ďalej len „zákon o zdravotnej starostlivosti“) a
- **liečba** je vedomé ovplyvnenie zdravotného stavu osoby s cieľom navrátiť jej zdravie, zabrániť ďalšiemu zhoršovaniu jej zdravotného stavu alebo zmierniť prejavy a dôsledky jej choroby (§2 ods.10 zákona o zdravotnej starostlivosti).

Toto ustanovenie zákona teda popisuje **ciele** liečby (liečime vtedy, ak zlyhá prevencia ochorenia, pričom liečime na základe prebiehajúcej diagnostiky prítomnej choroby):

- 1) **navrátiť zdravie**,
- 2) **zabrániť zhoršeniu** alebo
- 3) **zmierniť prejavy** a dôsledky.

Pri EOL-starostlivosti je podstatný najmä o bod 3); zjavne nie bod 1) – zdravie sa navrátiť nedá a zrejme ani nie bod 2) – progresia choroby je neodvratná.

Avšak uvedené konštatovanie sa javí ako nie úplne súladné s ustanovením §4 ods.3 a 2 zákona o zdravotnej starostlivosti, ktoré stanovuje, že poskytovateľ je povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne. A zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne, ak sa vykonajú **všetky zdravotné výkony** na správne určenie choroby so zabezpečením **včasnej a účinnej liečby** s **cieľom uzdravenia osoby** alebo **zlepšenia stavu** osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy. Zdravotná starostlivosť sa poskytuje **vo vzťahu k chorobe** určenej zdravotníckym pracovníkom. Takže je tu legitímna otázka: **Zahŕňa poskytovanie EOL-starostlivosti vykonanie všetkých zdravotných výkonov?** Na ilustráciu uvedieme tri kazuistiky.

Kazuistiky

Kazuistika 1:

Pacientka s dg: St.p. trombotizácií hlbokého venózneho systému LDK, st.p. CMP s následnou pravostrannou hemisymptomatológiou a dyzartriou na ischemickom podklade, syndróm immobility, incontinentio urinae et alvi, ďalej je prítomná artériová hypertenzia WHO III, ICHS NYHA III, 3 týždne po návrate z hospitalizácie, kedy bol pacientke doma podávaný agentúrnou zdravotnou sestrou Fraxiparin s.c., táto si všimla, že pacientka je somnolentná. Vnuk pacientky prišiel požiadať ošetrojúcu lekárku o ošetrovanie pacientky. Po príchode k pacientke ošetrojúca lekárka zistila, že pacientka reaguje iba na bolestivé podnety, TK bol 130/90 torr, akcia srdca bola pravidelná 64/min., ozvy boli ohraničene, dýchanie bolo vezikulárne, bez vedľajších fenoménov. Ošetrojúca lekárka uvažovala na opakovanú CMP a odporučila hospitalizáciu pacientky na doliečovacom oddelení NsP (pravdepodobne tak činila na základe prognostického vyhodnotenia). Rodina pacientky sa mala dohodnúť, či ju budú chcieť hospitalizovať v NsP, kde mali príbuznú, alebo v NsP v mieste bydliska. Ošetrojúca lekárka privolala sanitné vozidlo z dispečingu NsP, no v čase volania bolo sanitné vozidlo u iného pacienta; a pri príchode sanitného vozidla do miesta bydliska pacientky tam už bola ambulancia RLP. Lekár RLP zaistil i.v. prístup, zaintuboval pacientku, napojil ju na podpornú ventiláciu, pacientke bola podaná farmakoterapia a po prevoze bola odovzdaná na OAİM v NsP.

Podľa rozhodnutia ÚDZS sa ošetrojúca všeobecná lekárka pre dospelých dopustila pochybenia:

Ošetrojúca lekárka u pacientky v bezvedomí predpokladala opakovanú CMP, napriek tomu neprivolala RLP, pacientku neošetrila, vrátila sa na ambulanciu a čakala ako sa rozhodnú príbuzní pacientky ohľadne ďalšieho postupu. [3]

Kazuistika 2:

Pacient 54-ročný so zhubným nádorom hlavy pankreasu v štádiu generalizácie - infiltrácia duodéna, okolia pankreasu, metastatický rozsev do oboch pľúc, bol po rádioterapii i operačnej liečbe. Pre 3 dni trvajúce poruchy prehltania a pocit nedostatku vzduchu bol vyšetrený v ÚPS na ORL oddelení. Bola odporučená terapia ATB a analgetikami. Pre ďalšie zhoršovanie stavu bol (o dva dni) opäť privezený na ORL oddelenie s príznakmi dehydratácie, minerálneho rozvratu a hyperglykémie. V ORL náleze bola popísaná paréza pravej polovice hrtana, ktorá bola pripísaná metastázam základného ochorenia. Následne bol pacient prijatý na interné oddelenie, boli vykonané základné paraklinické vyšetrenia, v laboratórnych vyšetreniach boli zistené vysoké zápalové parametre. USG brucha preukázalo tumorózny proces hlavy pankreasu a steatocirhózu pečene. Pre nelepšenie stavu bolo vykonané kontrolné ORL vyšetrenie s podozrením na flegmonózny proces krku. Indikované CT vyšetrenie krku, hrudníka a mediastína zistilo rozsiahle abscesové lézie submandibulárne zasahujúce distálne do infrahyoidných priestorov krku a cez oblasť hornej hrudnej apertúry zasahujúce do mediastína a boli popísané mnohopočetné metastázy do oboch pľúc s výraznou lymfadenopatiou jugulárnych LU. Pacient bol preložený na špecializované chirurgické pracovisko (5 dní po prvom ORL vyšetrení) a neskôr na OAİM, kde mesiac po prijatí do nemocnice zomrel.

Zistené nedostatky pri výkone dohľadu ÚDZS:

Pri prvom ORL vyšetrení boli predpísané len ATB a analgetiká, neboli vykonané pomocné vyšetrenia. Po prijatí na interné oddelenie diagnostické postupy neodhalili príčinu pacientových ťažkostí, symptomatická liečba nezmiernila ťažkosti a nepátralo sa (včas) diferenciálne diagnosticky po príčinách bolestivosti krku. Laboratórne nálezy spolu s palpačnou citlivosťou krku neboli správne interpretované. Príčiny malnutrície neboli poznané a aj keď celková nepriaznivá prognóza zhubného ochorenia pankreasu bola nezvratná, ÚDZS konštatoval, že dramatickému zhoršeniu stavu a zmierneniu utrpenia pacienta pri zápalovej komplikácii sa dalo predísť.

Výkonom dohľadu na mieste bolo zistené, že zdravotná starostlivosť pacientovi zo strany dohliadaného subjektu v dohliadanom období **nebola poskytnutá v súlade s ustanovením §4 ods.3 zákona o zdravotnej starostlivosti**, nakoľko neboli správne a včas vykonané **všetky zdravotné výkony** na správne určenie choroby so zabezpečením **včasnej a účinnej liečby** s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy. [4]

Kazuistika 3:

Pacientka 36-ročná s agresívnou rakovinou prsníka absolvovala chirurgickú liečbu, rádioterapiu i chemoterapiu. Napokon sa v oblasti krku a hrudníku objavil veľký ulcerujúci tumor, ktorý vytvoril zapáchajúcu ranu blízko veľkých ciev, čo bolo bez možnosti chirurgickej alebo inej zmyslupnej liečby. Defekt bol pravidelne ošetrovaný, analgézia bola dostatočná cestou s.c. linky. Pacientka si bola vedomá, že pri prehlbovaní sa rany môže dôjsť k narušeniu ciev, ktoré by viedlo k výraznému krvácaniu (kauzálne, prirodzene, neriešiteľnému), avšak chcela byť doma, kde bola ošetrovaná agentúrnymi zdravotnými sestrami. A v prípade vzniku krvácania súhlasila s aplikáciou sedatíva. Keď došlo k masívnemu krvácaniu, manžel pacientky volal agentúrnej sestre a podal pacientke v zmysle poučenia (a predchádzajúceho súhlasu pacientky) midazolam. Agentúrna sestra masívne krvácanie ošetrovala, že ho prekryvala rúškami. Pacientka napokon zomrela. (Kazuistika z austrálskeho paliatívneho písomníctva.)

Podľa názoru **súdneho znalca** (odbor chirurgia) tento považoval uvedený postup za neadekvátny, non lege artis, že nie je v súlade s odporúčanými postupmi a nebolo vyčerpané maximum možností. Ide o postup hraničiaci s eutanáziou. Takáto kauza by v našich podmienkach v súčasnej dobe viedla najpravdepodobnejšie **k odsudzujúcemu výroku súdu**. [5]

Paliatívna medicína a určovanie hranice medzi kuratívnu a paliatívnu starostlivosťou

Nechceme polemizovať s názormi, kto si čo myslí o postupoch poskytovateľov (lekárov) v predmetných kazuistikách, ako i záveroch ÚDZS či znalca. Ale podľa nášho názoru z uvedeného jasne vyplývajú otázky: **Kde končí kuratívna zdravotná starostlivosť a začína paliatívna starostlivosť, kedy teda „začína koniec“ – EOL? Ako z právneho hľadiska, pre právnu istotu a bezpečnosť lekára (prirodzene, aj s ohľadom na práva pacienta), formalizovať hranicu medzi nimi? V akom rozsahu má byť poskytnutá/poskytovaná paliatívna liečba (ktorá však už nemá charakter kauzálnej liečby) ?**

Charakteristika špecializačného odboru „paliatívna medicína“ uvádza: „Ide o špecializačný odbor, ktorý sa zaoberá možnosťami **zlepšenia kvality života** pacientov a ich

rodín v situácii život ohrozujúceho **ochorenia po vyčerpaní príčinnej liečby** tak, že včas rozpozná, neodkladne **diagnostikuje a lieči bolesti** a iné **fyzické, psychosociálne a duchovné problémy** a tým **predchádza utrpeniu** a zmierňuje ho.“ [6]

Tu si treba uvedomiť, že špecializačný medicínsky odbor „paliatívna medicína“ sa nenachádza medzi znaleckými odvetviami v znaleckom odbore zdravotníctvo a farmácia. (A nenachádza sa tam ani onkológia; v zozname znaleckých odborov a odvetví je síce odbor geriatra, ale nie je tam zapísaný ani jeden znalec.) [7] Avšak práve takýto znalec by bol najviac kompetentný sa vyjadriť k vyčerpaniu príčinnej liečba a teda **pre potreby práva a súdnej praxe** by mohol poukázať, **či už nastal okamih, kedy sa liečia už len bolesti a symptomaticky iné problémy**. Pri riešení tohto problému nám príliš nepomôže ani koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti, kde sa uvádza: „Paliatívna medicína je špecializačný odbor, ktorý sa zaoberá diagnostikou a liečbou pacientov s chronickou **nevyliciteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou** chorobou s **časovo obmedzeným prežívaním**. Cieľom paliatívnej medicíny je udržanie najvyššej možnej kvality života pacienta až do jeho smrti.“ [8] Ide o to, že vôbec nemusí nastať dokonca ani približná zhoda medzi lekármi, čo rozumejú pod pojmom „nevyliciteľná“ choroba (je ateroskleróza vyliečiteľná alebo nevyliciteľná?) a najmä, čo považujú za „aktívnu progresiu“ ochorenia a ako hodnotia „časové obmedzenie prežitia“ (pozri kazuistiky). A teda, či už sú splnené kritériá pre „nástup“ paliatívnej medicíny. Takže ani koncepcia odboru paliatívna medicína a ani koncepcia zdravotnej starostlivosti v tomto odbore neriešia jasnejšie a zreteľnejšie kritériá pre „začiatok konca“.

Choroba a EOL-liečba, withdrawing a withholding

Keďže „paliatívny“ znalec neexistuje a danú problematiku dostatočne presne neupravuje žiadne metodické usmernenie, hoci sa to z medicínskeho pohľadu nezdá, z čisto právneho aspektu vo vzťahu k vyššie uvedenému vyvstávajú dve podotázky:

A) **Čo je to choroba?**

B) **Ako v kontexte ust. §4 ods.2 a 3 zákona o zdravotnej starostlivosti vykladať pojmy**

- **withdrawing** – **odňatie**

- **withholding** – **nezahájenie**

márnej(?) liečby (ale i ďalšej zbytočnej(?) diagnostiky), keďže **právnou povinnosťou** poskytovateľa/lekára je **vykonať** všetko (potrebné), teda **všetky zdravotné výkony vo vzťahu k chorobe?**

(Pozn.: Administratívne konania pred ÚDZS, trestné konania pred OČTK, ako i konania pred súdmi vychádzajú najmä z právnych predpisov a pri porušení právnej povinnosti ukladajú sankcie – tresty, pokuty či náhrady škody.)

Takže k bodu A): Čo je to choroba? Legálna definícia choroby (t.j. uvedená v ustanovení zákona) nie je, v zmysle našej právnej úpravy ju môžeme snád charakterizovať najmä ako poruchu zdravia. Avšak slovenská právna úprava nepozná ani legálnu definíciu zdravia; tu však môžeme vychádzať aspoň z definície WHO, podľa ktorej je zdravie stavom úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody, teda nie je to len neprítomnosť choroby alebo postihnutia. Slovenská legislatíva chorobu/y uvádza v podstate enumeratívnym spôsobom. V zmysle §3 ods.1 zákona o zdravotnej starostlivosti je chorobou stav uvedený v prílohe č.1, čo je v podstate MKCH. Ako choroby sú uvedené napr.:

R10.4 Bolesť brucha
 K30 Dyspepsia
 C25 Zhubný nádor pankreasu
 Z51.5 Paliatívna starostlivosť

Ako vidno, poňatie choroby zákonom o zdravotnej starostlivosti, teda v právnom slova zmysle, nám príliš v problematike prechodu na EOL-starostlivosť nepomôže. Takže chorobu vždy musíme chápať v medicínskom slova zmysle (keďže právne hľadisko je nepoužiteľné), teda ako stav, ktorý znamená nielen deficit zdravia, ale je charakterizovaný svojou **etiopatogenezou, morfológiou, symptomatológiou, klinickým štádiom a prognózou**, a teda aj určitou **dynamikou** – vývojom stavu. Avšak to značí, že najmä na štádium a prognózu konkrétneho ochorenia stále môžu existovať u rôznych lekárov rôzne názory.

V zmysle bodu B) ďalšou problémovou oblasťou, okrem (ne)definície choroby v zákone, je tzv. **odňatie** či **nezahájenie liečby pri právnej povinnosti lekára/poskytovateľa vykonať všetko**. Pojmy „odňatie“ či „nezahájenie“ liečby (withdrawing, withholding) sa nejdennokrát chápu ako odňatie alebo nezahájenie niečoho, na čo má pacient nárok. A v mnohých i odborných publikáciách sa to takto (nesprávne) vykladá, dokonca sa takéto postupy niekedy stotožňujú s tzv. „pasívnou eutanáziou“ (najmä pri preferovaní právnych aspektov). [9] Takéto poňatie je však potrebné zásadne odmietnuť. Uvedené pojmy chápeme čisto v odbornom medicínskom slova zmysle, teda „odňatie“ či „nezahájenie“ liečby (diagnostiky) považujeme za úplne štandardné lekárske **stanovenie potreby** alebo **určenie indikácie, úpravy prípadne modifikácie** nejakého liečebného (diagnostického) postupu v procese poskytovania zdravotnej starostlivosti u každého (teda nielen terminálneho) pacienta (napr. liečba antibiotikami pri príznakoch virózy „nie je zahájená“ – nie je indikovaná; alebo liečba antibiotikami po ústupe prejavov infektu „je odňatá“ – je ukončená). [10] Avšak v prípade terminálneho pacienta, ak teda ide o EOL-rozhodnutie, toto nadobúda **závažný etický rozmer**, pretože liečba nie je zahájená, prípadne je odňatá, z iných dôvodov – u konkrétneho pacienta vzhľadom na morfológický rozsah poškodenia, klinické štádium, dynamiku a dôvodne **predpokladanú** prognózu sa považuje za márnú, bez možnosti vyliečenia alebo zásadného spomalenia progresie ochorenia pri udržaní želiteľnej kvality života (teda nie je potrebná – indikovaná, hoci z prísne formalistického pohľadu by sa akoby indikovanou javila).

Aké sú teda možnosti, aby pri EOL-rozhodnutí o odňatí alebo nezahájení liečby nebol lekár vinený z aplikácie pasívnej eutanázie?

Etické komisie

Podľa §5 zákona o zdravotnej starostlivosti, ktorý upravuje posudzovanie etických otázok pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, etické otázky vznikajúce pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a etickú prijateľnosť projektov biomedicínskeho výskumu (ďalej len etické otázky pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti) posudzuje nezávislá etická komisia. Etickú komisiu zriaďuje:

- ministerstvo zdravotníctva na posudzovanie etických otázok vznikajúcich pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
- samosprávny kraj na posudzovanie etických otázok vznikajúcich pri poskytovaní ambulantnej zdravotnej starostlivosti,

- poskytovateľ ústavnej starostlivosti na posudzovanie etických otázok vznikajúcich pri poskytovaní ústavnej starostlivosti;
- a pre doplnenie, k etickým otázkam vydáva stanoviská aj SLK (profesijná komora), ÚDZS túto stránku v zmysle zákona nehodnotí.

Etická komisia má najmenej piatich členov; skladá sa zo zdravotníckych pracovníkov, z pracovníkov iných profesií, ktorých odbornosť sa vyžaduje pre činnosť etickej komisie, a z osôb bez odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania. Ako už bolo uvedené, členom každej etickej komisie je aj zástupca menovaný stavovskými organizáciami v zdravotníctve. Počet členov etickej komisie bez odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania nesmie presiahnuť nadpolovičnú väčšinu všetkých členov etickej komisie. Člen etickej komisie je povinný:

- nechať sa vylúčiť z posudzovania v prípade konfliktu záujmov pri konkrétnom posudzovanom prípade a
- zachovávať mlčanlivosť o všetkých skutočnostiach, o ktorých sa dozvedel pri výkone svojej funkcie.

Etická komisia je povinná viesť záznamy o činnosti a zápisnice z rokovaní. Etická komisia vydáva svoje **stanoviská** v písomnej forme; v každom stanovisku je povinná uviesť **odôvodnenie** jeho **záverov** a **odporúčaní**. Na prijatie stanoviska etickej komisie je potrebná dvojtretinová väčšina všetkých členov komisie. Zriaďovateľ príslušnej etickej komisie je povinný zabezpečiť ich uchovávanie počas 20 rokov. Činnosť etickej komisie upravuje štatút, ktorý vydáva zriaďovateľ príslušnej etickej komisie. [11]

Takže medicínska hranica medzi kuratívnu a paliatívnu starostlivosťou nie je ostrá a určuje sa iba postupne podľa toho, ako sa vyvíja klinický stav pacienta až do fázy EOL. [12] **Avšak z právneho hľadiska by hranica mala byť určená pomerne striktné, a to stanoviskom etickej komisie.** Toto stanovisko môže etická komisia, prirodzene, priebežne zmeniť či upraviť. Tu si treba uvedomiť, že nejde len o to, že u pacienta sa nezháji napr. resuscitačná liečba v prípade terminálneho kardiorespiračného zlyhania, alebo sa mu odníme napr. FiO₂ na 21% či neefektívna katecholamínová podpora; aj také „obyčajné“ zavedenie gastrostómie u komatózneho pacienta (teda bez jeho informovaného súhlasu) môže byť z právneho hľadiska dosť problematické.

Treba zdôrazniť, že lekár sa môže pomerne často dostať do situácií, že jeho EOL-rozhodnutiu nepredchádzalo žiadne stanovisko etickej komisie. Je však zrejmé, že **zákon etickej komisii nijako nestanovuje, že by pri posudzovaní etických otázok mala konať vždy vopred. Takže v prípade hodnotenia postupu konkrétneho lekára z aspektu etického môže etická komisia jeho konanie pokojne posudzovať aj spätne.** Podľa nášho názoru takéto stanovisko etickej komisie síce nemá charakter právne záväzného rozhodnutia, ale ako právny akt legitímneho a na základe zákona zriadeného orgánu je použiteľné ako listinný dôkaz v prípadnom civilnom, administratívnom alebo trestnom konaní.

Záver

Už len na záver, autor tohto článku je odporcom eutanázie. Kým sa totiž vôbec začne uvažovať o aktívnom spôsobení smrti pacientovi, mali by sa najskôr prestať „liečiť“ medicínsky neriešiteľné stavy. To však znamená, že lekári nebudú postihovaní za to, že **nechali pacienta zomrieť prirodzene ľudsky**, či už z dôvodu ťažkého progredujúceho

v podstate nevyliciteľného ochorenia, ale i takej závažnej polymorbidity, ktorá fakticky znamená terminálny stav. A taktiež musíme najprv naplno vyťažiť medicínske (aj nemedicínske) možnosti na zmiernenie utrpenia terminálnych pacientov. To však znamená, že lekár nebude postihovaný ani v prípade, ak po podaní trankvilizéra a opiátu s **cieľom uľahčiť trpiacemu** tento pacient po krátkom čase dodýcha a zomrie.

Takže považujeme za vhodné začať iniciovať ustanovovanie a riadnu činnosť etických komisií, pretože môžu do istej miery ochrániť lekára pred možnými právnymi konzekvenciami. Ale treba chrániť aj pacientov (keď sa argumentuje ich utrpením) – veď prečo pri legalizácii eutanázie je „lídrom“ práve Holandsko a Švajčiarsko? No majú zdravotné poistenie vykonávané za účelom podnikania a teda dosiahnutia zisku (podobne ako Slovensko) – no a zisk týchto podnikateľov ako platiteľov zdravotnej starostlivosti sa predsa vytvára (najmä) znižovaním výdavkov.

V zmysle vyššie uvedeného je potrebné oceniť počin Slovenskej spoločnosti anestéziológie a intenzívnej medicíny a Sekcie paliatívnej medicíny Slovenskej spoločnosti pre štúdium a liečbu bolesti Slovenskej lekárskej spoločnosti, ktorá dňa 15.2.2014 schválila „Odporúčanie postupu pri zmene intenzívnej starostlivosti na paliatívnu liečbu a starostlivosť u dospelých pacientov, ktorí nie sú schopní o sebe rozhodovať v terminálnej fáze ochorenia“ (ďalej len odporúčanie). [13] I keď už z názvu uvedeného odporúčania je zrejmé, že sa dotýka len pomerne úzkeho spektra, teda *intenzivistických* pacientov dospelého veku, za jeho najpodstatnejší prínos sa dá považovať ujasnenie terminológie, keď eutanázia je jednoznačne usmrtením (ktoré je eticky i právne neprijateľné a najmä, nijako eutanáziu umelo a v podstate zavádzajúco nedelí na tzv. „aktívnu“ či „pasívnu“) a jasne definuje pojmy „nezačatie liečby“, „nepokračovanie liečby“, čo býva v nielen laickej, ale práve i v právnickej (a dokonca i časti zdravotníckej) verejnosti často označované, pritom vyslovene nenáležite a mätúco, ako „pasívna eutanázia“.

Druhým podstatným významom uvedeného odporúčania je, že zadefinovalo určité východiská a princípy (o ktorých sa ešte určite – alebo snád(?) – bude diskutovať), ktoré je potrebné zohľadňovať pri prechode z kuratívnej na paliatívnu starostlivosť/liečbu. Toto **odporúčanie odbornej lekárskej spoločnosti však treba chápať vo vzťahu k stanovisku etickej komisie len ako vzťah všeobecného právneho aktu k individuálnemu právnemu aktu; takže odporúčanie samo o sebe nijako nechráni lekára (či iného zdravotníckeho pracovníka) pred právnymi následkami vyplývajúcimi z jeho individuálne zvoleného medicínskeho postupu**, čo si naozaj treba dôsledne uvedomiť! Ale uvedené odporúčanie je solídnym východiskom, z ktorého môžu vychádzať nielen etické komisie pri formulovaní svojich stanovísk, ale i napr. lekárske znalecké posudky vypracovávané pre potreby rôznych administratívnych, občianskoprávných, či dokonca trestných konaní, z ktorých posudkov následne pri svojom rozhodovaní správne orgány a sudy vychádzajú.

Bibliografia

- [1] Križanová, K. – Križan, P.: *Slovník paliatívnej a terminálnej starostlivosti vyjadruje aj etické postoje*. In: *Paliatívna medicína a liečba bolesti 3/2012*. Bratislava: Solen, s.r.o., s.79. ISSN 1337-6896

- [2] Križanová, K.: *Postavenie paliatívnej medicíny v organizácii onkologickej starostlivosti v Slovenskej republike*. In: *Onkológia 4/2012*. Bratislava: Solen, s.r.o., s.221. ISSN 1336-8176
- [3] Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou: *Kazuistiky 2007*. Bratislava: ÚDZS, 2008, str. 10-11. [online 28.3.2014] Dostupné na internete: < <http://www.udzs-sk.sk/buxus/docs//vestniky/Kazuistiky/Kazuistiky2007.pdf> >
- [4] Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou: *Kazuistiky 2011*. Bratislava: ÚDZS, 2012, str. 46-47. [online 28.3.2014] Dostupné na internete: < http://www.udzs-sk.sk/buxus/docs//vestniky/Kazuistiky/Kazuistiky2011_final_print.pdf >
- [5] Kala, M. – Kabelka, L.: *Trestní stíhaní za odborně poskytnutou paliativní péči – nesmysl anebo reálná hrozba?* In: *Paliativna medicína a liečba bolesti 1/2010*. Bratislava: Solen, s.r.o., s.34. ISSN 1337-6896
- [6] Ministerstvo zdravotníctva SR: *Vestník MZ SR zo dňa 15.10.2010. Osobitné vydanie*. Bratislava: Obzor, s.r.o., 2010, str.122
- [7] Ministerstvo spravodlivosti SR [online 28.3.2014] Dostupné na internete: < http://jaspi.justice.gov.sk/jaspiw1/htm_reg/jaspiw_mini_regz_vyber_hl1.asp?clear=Y&cball=Y >
- [8] Ministerstvo zdravotníctva SR: *Vestník MZ SR zo dňa 31.8.2006. Osobitné vydanie*. Bratislava: Obzor, s.r.o., 2006, str.6-11
- [9] Kováč, P.: *Eutanázia a asistovaná samovražda z hľadiska trestného práva*. In: *Via practica 4/2005*. Bratislava: Solen, s.r.o., s.216-220. ISSN 1337-6896
- [10] Pavlák, M.: *Administratívnoprávne konanie pred ÚDZS, správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti a postup lege artis*. In: *Human Rights Forum 2012. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie z 20.-21.3.2012*. Košice: ELSA, 2012, str. 170 ISBN 978-80-89447-87-9
- [11] Zákon č. 576/2004. Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- [12] Drábková, J.: *Základní léčba – jednorázové nebo postupné rozhodnutí?* In: *Anesteziologie a neodkladná péče. Bazální – paliativní terapie. Supplementum 1/2000*. Praha: ČLS J.E.Purkyně, 2000, str.3-5. ISSN 0862-4968
- [13] *Odporúčanie postupu pri zmene intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť u dospelých pacientov, ktorí nie sú schopní o sebe rozhodovať v terminálnej fáze ochorenia*. In: *Anestéziológia a intenzívna medicína*. Bratislava: Solen, 2014, str. 34-36. ISSN 1339-0155

Skratky a vysvetlivky

ATB – antibiotiká

CMP – cievna mozgová príhoda

CT – počítačová tomografia

EOL – end of life, na konci života

FiO₂ – inspiračná frakcia kyslíka (vdychované percento kyslíka)

ICHS – ischemická choroba srdca

i.v. – intravenózne (vnútrožilové podanie)

LU – lymfatická uzlina

LDK – ľavá dolná komnatina

MKCH – Medzinárodná klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov
NsP – nemocnica s poliklinikou
NYHA – klasifikácia ICHS podľa New York Heart Association
OAIM – oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny
OČTK – orgány činné v trestnom konaní
ORL - otorinolaryngologický
RLP – rýchla lekárska pomoc
s.c. – subkutánne (podkožné podanie)
SLK – Slovenská lekárska komora
TK – tlak krvi
ÚDZS – Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
ÚPS – ústavná pohotovostná služba
USG – ultrasonografia
WHO – World health organization, Svetová zdravotnícka organizácia (klasifikácia TK podľa WHO)