

Scripta bioethica čís. 3/2002

Třetí číslo druhého ročníku časopisu Scripta bioethica je věnováno především etickým otázkám spojeným s poslední fází lidského života. Příznivé přijímání myšlenek o eutanazii některými lidmi a některými státy (zatím jen Holandskem, Belgií, a do jisté míry také některými státy USA) souvisí nejenom s obavami před dlouhodobým pobytem na lůžku spojeným s využitím nejmodernějších technologií na udržení lidského života, ale také s nedostatky v komplexním zajištění péče o těžce nemocné. Preventivní význam je třeba přiznat paliativní medicíně, hospicům a všem formám kvalitní péče o terminálně nemocné.

Hlavním článkem čísla je pojednání přednosta interního oddělení Nemocnice sv. Alžběty ve Vídni, člena Papežské akademie Pro vitae a šéfredaktora časopisu Imago hominis prof. Johannese Bonelliho. Na žádost pořadatelů bioetické konference *Začátek a konec lidského života*, která proběhla v Brně ve dnech 18. a 19. 10. 2002, přednesl prof. Bonelli v úvodu jejího jednání „hipokratovskou přednášku“ o paliativní medicíně. Úplné znění přednášky upravené pro publikaci tiskem je součástí této zprávy.

Přednosta onkologické kliniky Fakultní nemocnice s poliklinikou v Trnavě prof. MUDr. Ľudovít Jurga, DrSc. spolu se svou kolegyní MUDr. Andreou Dóczeovou jsou autory dalšího článku otištěného ve Scripta bioethica 3/2002, který byl nazván *Etické aspekty v onkologii*. Zvláštní pozornost je v textu věnována komunikaci mezi lékařem a nemocným, problému sdělování pravdy o závažné chorobě, otázkám psychické zátěže lékaře a zdravotnického personálu a péči o umírající.

Autory pojednání o eutanázii (*Eutanázia a jej alternatíva*) jsou P. Jedlička a V. Lagová z lékařské fakulty Komenského univerzity v Bratislavě. Alternativu eutanázie vidí ve zlepšení komplexní péče o těžce nemocné, kterou je potřeba přiblížit domácímu prostředí nemocných.

Zpráva o studijní cestě do USA K. Šipra je doplněna četnější obrazovou dokumentací. *Dialog redakce SB s ředitelem Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna* přibližuje čtenářům první moravské zdravotnické zařízení pro terminálně nemocné. Otištěna je také zpráva ze symposia východoevropských katolických moralistů o bioetice v Polsku (Glucholazy, 28. – 31. 9. 2002)

a z konference o ochraně života na Slovensku (Žiakovce pri Poprade, 12. – 13. 9. 2002).

V časopise je publikována též recenze na pozoruhodnou knihu vídeňského genetika M. Hengstschlagera: *Das ungeborene menschliche Leben und die moderne Biomedizin. Was kann man, was darf man?* (2001) a nově je zařazena rubrika *Úsměv sluší každému*.

Z obsahu časopisu Scripta bioethica čís. 3/2002:

Současnost a budoucnost paliativní medicíny

BONELLI J.

Známý odborník na lékařskou etiku Gonzalo Herranz jednou řekl, že osud medicíny bude záležet na schopnosti lékařů vypořádat se na jedné straně se zrádnými úskalími eutanazie a na straně druhé s opačným extrémem, totiž s vědomě neužitečnými léčebnými zákroky.^[1]

Přibývá lékařů, kteří se přiklánějí k požadavku na legalizaci eutanazie. V renomovaných časopisech se stále častěji objevují úvahy o tom, že za určitých okolností by eutanazie měla být beztrestná.

Proč se dnes diskutuje o eutanazii

Současná medicína vzbuzuje někdy naděje, které splnit nemůže. Tak například Světová zdravotnická organizace proklamovala za cíl medicíny naprosté vymizení všech chorob a přemožení smrti. Jestliže lékařská věda vkládá takovou důvěru do vlastní moci nad přírodou a vyvolává klamné naděje, nelze se divit, že tváří v tvář nevléčitelné nemoci bývá člověk nezřídka zmaten. Někdy se pak pokouší přece jen si vynutit splnění slibovaného cíle – totiž naprosté nadvlády nad nemocí a smrtí – pomocí eutanazie, i když paradoxně za cenu vlastního života.

Fascinace představou téměř neomezených možností vedla ke vzniku ještě dalšího jevu, se kterým jsme se v minulosti nesetkávali. Dříve – řekněme před třiceti lety, kdy jsem i já byl mladým lékařem – platilo, že možnosti technicky proveditelné jsou pro pacienta také prospěšné, a tedy z lékařského hlediska smysluplné. Dnes toto tvrzení již úplně neplatí. Zákroky technicky proveditelné již nemusí být pro pacienta užitečné, nýbrž mohou také být jen zbytečnou zátěží.

Kdy se má přestat s kurativní léčbou

Při výročním zasedání Americké společnosti pro klinickou onkologii v San Francisku v roce 2001 se účastníci jednání shodli, že asi u jedné třetiny nemocných trpících rakovinou se podává i v konečném stádiu choroby chemoterapie, přestože je známo, že v této fázi již není účinná. Bylo také konstatováno, že dodnes neexistují směrnice, dokdy má ještě smysl chemoterapeutika podávat.

V této souvislosti je potřeba vnímat velkou výzvu pro dnešní medicínu: rozpoznat, kde končí úloha léčit. S vymizením naděje na vyléčení se medicína jistě nemá dát na útěk, ale měla by své úsilí zcela obrátit k péči paliativní.

Medicína ostatně vždy chápala svou úlohu nejen v léčení, ale také ve zmírnění bolesti a v poskytování útěchy.^[iii] A právě v tom spočívá síla paliativní medicíny. Vhodným způsobem a výlučně symptomaticky zmírňovat utrpení a přinášet útěchu nevléčitelně nemocným.

Kdy se má ukončit kurativní léčba

Ukončení kurativní léčby je oprávněné, ba přímo žádoucí, při splnění tří podmínek:

1. Když léčba již nemá smysl, když nedává opravdovou šanci na uzdravení ani na prodloužení života.
2. Když vynaložené úsilí přestává být úměrné očekávanému výsledku léčby (princip přiměřenosti).
3. Když pacient umírá, to znamená, když bezprostředně a nevyhnutelně nastává smrt a jakékoliv prodloužení života v podstatě znamená jen prodloužení procesu umírání.

Terapeutických a diagnostických opatření orientovaných na uzdravení nebo prodloužení života se dnes uskutečňuje příliš mnoho. Mnohé z nich však nevedou k cíli, anebo dosažený výsledek je přinejmenším neúměrný vynaloženému úsilí a nežádoucím účinkům léčby. Marnost takových postupů si většinou neuvědomí lékař ani pacient.

Jen málo se lékařská věda zatím zabývala hranicemi kurativní medicíny i kritérii, která tyto hranice vymezují. Nemělo by se stávat, že se o provedení nebo ukončení léčby musí rozhodovat instinktivně až svévolně. Při rozhodování se někdy uplatní především tlak pacienta nebo přání příbuzných, případně obavy z medializace. Ošetřující lékař, a zvláště lékař praktický, bývá často degradován na vykonavatele neprůhledných předpisů specialistů a je více méně nucen provádět úkony, které jsou mu cizí, pokud se chce vyhnout kompromitování a obvinění ze zanedbání péče.

Pro rozhodování o paliativní péči je třeba vypracovat směrnice

Uvedu konkrétní příklad, který není případem výjimečným. Pacientka ve věku 73 let přichází na interní oddělení nemocnice na vyšetření pro hubnutí, jinak je v podstatě bez potíží. Při vyšetření ultrazvukem je na slinivce nalezen nádor, který vrůstá do jater, játra jsou prostoupena nádorovými metastázami. Stav je hodnocen jako neléčitelný a po konzultaci s onkologem je nemocná propuštěna do domácího ošetřování. Je jí navržena paliativní léčba podle případných akutních potíží.

Na druhý den se však rozezlení příbuzní objeví u primáře nemocničního oddělení znovu s tím, že byli u jiného onkologa a ten dospěl k názoru, že nemocná má pravděpodobně ještě velkou „šanci“. U nemocné byla zahájena chemoterapie, která vyvolala řadu nepříjemných komplikací, a po dvouměsíční hospitalizaci pacientka v nemocnici umírá.

Uvedený příklad svědčí o několika skutečnostech:

- 1) Je nejvyšší čas obnovit vzájemný dialog mezi lékaři, a zvláště dialog mezi specialisty a praktickými lékaři. Zejména v kritických situacích je potřeba postupovat jednotně.
- 2) Při rozhodování o zahájení kurativní nebo paliativní léčby nelze vycházet jen ze statistických údajů, ale vždy je třeba nemocného vyšetřit a respektovat jeho individualitu. Samozřejmostí by měla být konzultace s ošetřujícím i praktickým lékařem. Někdy se jeví lákavým doporučovat léčebná opatření na základě statistických výsledků (evidence- based- medicine , medicína založená na důkazech), ohled na individuální potřeby pacientů by však vždy měl být rozhodující. Metaanalýzy jako pevné, statistické veličiny sice mohou lékaři nabídnout užitečnou pomoc, nemohou však za něj přebírat odpovědnost.
- 3) Tváří v tvář smrti je každý pacient ochoten podstoupit jakoukoliv léčbu. Právě proto mívá u beznadějně nemocných zelenou alternativní medicína nebo i mastičkářství. Je ovšem nebezpečné a nezodpovědné dávat nemocnému naději na uzdravení nebo prodloužení života na základě pochybných jednotlivých pozorování.
- 4) Statistické údaje by měly být předkládány tak, aby vypovídaly nejen o signifikanci (matematické významnosti), ale také o relevanci (důležitosti). Vždyť nikdy neléčíme nádor nebo nádorové buňky, ale vždy pacienta. Ke zmenšení nádoru by se mělo ve statistikách přihlížet pouze tehdy, jestliže je spojeno také s prodloužením života. Jinak má samotné zmenšení nádoru smysl pouze tehdy, jestliže působilo paliativně, tedy vedlo ke snížení potíží nemocného.^[iii]
- 5) Exaktně by měla také být specifikována indikace kurativní léčby. Lapidární výrok, že pacient „má ještě šanci, která by neměla být promarněna“, ještě neopravňuje k zahájení náročné léčby zatěžující pacienta, jak se bohužel nezdá stává.

Uvedu ještě jeden příklad. V renomovaném časopise The Lancet byla v jednom článku na základě metaanalýzy doporučována chemoterapie také u pacientů s pokročilou rakovinou průdušek, i když nešlo o malobuněčný karcinom.^[iv] Při pozorném pročtení ovšem zjistíme, že po třech a půl měsících od zahájení léčby sice byla úmrtnost nemocných léčených chemoterapií nižší, ale již po devíti měsících se rozdíl vyrovnal. Lze říci, že chemoterapie sice o několik týdnů oddálila úmrtí, nevedla však ke zmírnění potíží. Nejde v podobných případech o nesmyslné prodloužování života, jehož hlavním důsledkem je pouze prodloužené utrpení?

Cíle paliativní medicíny

V úvodu citovaný Herranzův výrok lze obměnit a říci, že osud medicíny bude záviset na schopnosti lékařů včas rozpoznat klamná úskalí přehnané kurativní medicíny, aby bylo možno přiklonit se k medicíně paliativní, která už nebude orientována na uzdravení nebo prodloužení života, ale na účinné zmírnění utrpení a na doprovázení nemocných, tedy na útěchu.

Poskytnutím co nejlepší individuální lékařské péče má paliativní medicína u pacientů, kteří jsou v celkově špatném stavu a bez naděje na uzdravení, přispět ke znatelnému zlepšení kvality života.

Jedním z cílů paliativní medicíny je také umožnění návratu i těžce nemocným do domácí péče. Paliativní medicína ovšem není totožná s doprovázením při umírání, tento úkol náleží spíše hospicům.

Léčba bolesti, která je významnou součástí paliativní medicíny, zahrnuje také provádění paliativních chirurgických zákroků, paliativní chemoterapii i radioterapii. Chirurgickým přemostěním zúžených úseků v oblasti žaludku, střev nebo žlučových cest je často možno předejít komplikovaným operacím, které ovšem bývají spojeny s dlouhotrvajícím pobytem v nemocnici.

Velký význam má také psychologická péče o nemocného a spolupráce s rodinou. Na jedné straně je užitečné naučit rodinné příslušníky poskytovat nemocným psychologickou pomoc, na druhé straně je třeba nemocným i příbuzným poskytovat útěchu. Zde je ovšem nutná osobní angažovanost všech pracovníků ošetřujícího týmu. Často je nezbytné vést podrobné rozhovory s nemocnými, s jejich příbuznými i s lékaři, kteří pacienta dříve ošetřovali.

Obecně lze říci, že cílem paliativní péče je dosažení uspokojivého zdravotního stavu a optimistického postoje nemocného. Pacientům se má umožnit žít pokud možno doma, integrace i nevyléčitelně nemocných jako plnohodnotných členů rodinného společenství patří k poslání paliativní medicíny. Je ovšem potřeba postarat se také o to, aby péče doma byla a mohla být skutečně zajištěna. V některých případech je vhodné pacienta žijícího v domácnosti svěřit do ošetřování ambulantnímu paliativnímu týmu, který bude zajišťován například hospicem. Pacient však vždy musí mít jistotu, že bude kdykoliv znovu přijat na paliativní oddělení nemocnice, pokud se jeho stav zhorší nebo se doma vyskytnou problémy.

Paliativní oddělení by zásadně mělo být prostorově napojeno na nemocnici pro akutní případy a být s ní integrováno. Většinu pacientů paliativního oddělení sice tvoří pacienti s rakovinou, avšak jsou a mají zde být ošetřováni také jiní nemocní, například pacienti s těžkými formami onemocnění trávicího nebo dýchacího ústrojí.

Paliativní péče a umírání

Paliativní oddělení není primárně zařízením zaměřeným na doprovázení v umírání. Podíl nemocných, kteří na paliativním oddělení nakonec zemřou, je ovšem ve srovnání se všeobecným interním oddělením velmi vysoký. Tato skutečnost je pro tým poskytující paliativní péči výzvou, aby nemocným umožnili umírání skutečně důstojné. Důležitým aspektem paliativní medicíny je rovněž poskytování útěchy. Ta spočívá v umění pacienta na jedné straně nikdy neponechat opuštěného a bez naděje, na druhé straně však u nemocného nemají být zbytečnou aktivitou a klamáním vzbuzovat falešné naděje a představu, že se „vyhne“ smrti.

Důstojného umírání se jistě nedosáhne tím, že trpící člověk bude jednoduše usmrcen, jak to požadují zastánci eutanazie. Důstojné umírání ovšem nenastane ani tehdy, jestliže se umírajícímu odejme možnost zakusit poslední hodiny a minuty svého života jako událost svatou a často napravující, kdy jedinečným a tajuplným způsobem bývá ještě naposledy zasažena duše člověka.

Jestliže pacient definitivně umírá, nepomohou mnoho technické dovednosti, ale spíše se uplatní naše lidské ctnosti, které se projeví například tím, že k pacientovi přistupujeme pravdivě, že jej z falešného soucitu neobelháváme a nevyhýbáme se mu. Je nezbytné odpovídat na všechny dotazy nemocného a reagovat na jeho obtíže i přání.

Lékaři, ošetřující personál i příbuzní jsou povoláni, aby umírajícímu v jeho posledních hodinách vytvořili tak pěkné a klidné prostředí, jak je to jen možné. Především tím, že se dostatečně postarají o jeho tělesné potřeby, pořádné lůžko, uspořádaný pokoj a uctívou atmosféru – a to i tehdy, když pacient už nic z toho zdánlivě vůbec nevnímá.

Je naší povinností postarat se, aby pacient před smrtí mohl ještě vyřídit své záležitosti i poslední ustanovení a s respektem k jeho víře mu také zprostředkovat potřebnou duchovní útěchu. Jestliže nemocný v posledních dnech svého života zakusí nejen technickou dokonalost a běžnou rutinu, ale také opravdové lidské teplo a účastenství, přijme umírání důstojně. Sotva vyjádří přání ukončit život ze zoufalství ten, komu je umožněno poznání, že neobdarováváme my jeho, nýbrž on nás. Potom i on dobře pozná smysl utrpení.

Závěrem

Z dnešní společnosti se vytratila kultura umírání a je naším úkolem, abychom ji obnovili. Kultura umírání však nemůže spočívat v tom, že pod pláštíkem soucitu a práva na sebeurčení bude státními orgány uznáno „právo“ na sebevraždu. V tom okamžiku by se kultura umírání převrátila v kulturu smrti. A ta je namířena proti člověku. Bude-li zrušen absolutní zákaz zabít, bude tak současně odstraněn také bezvýhradný sociální závazek vzájemné péče. Vždyť pacient bude mít stále alternativu usmrtit sám sebe.

Z tohoto pohledu je třeba považovat paliativní medicínu za konkrétní odpověď na vzrůstající sociálně politické tendence společnosti k sebevraždě.

Mírně zkrácené a redakčně upravené znění Hippokratovské přednášky zařazené do programu bioetické konference Začátek a konec lidského života, Brno, 18.10.2002.

Prof. Dr. Johannes Bonelli je lékařským ředitelem Nemocnice sv. Alžběty ve Vídni a přednostou interního oddělení této nemocnice. Je členem Papežské akademie Pro vita a ředitelem Institutu pro lékařskou antropologii a etiku ve Vídni.

^[i] HERRANZ G., *Euthanasie. Gebote und Verbote der Sterbehilfe*. In : THOMAS H. (ed.): *Menschlichkeit in der Medizin*. Herford : VerlagBusse Seewald , 1993, S. 221 a násl.

^[ii] TORELLO J.B., *Saluti et solatio aegrorum . Über die Tröstung des Kranken in der heutigen Medizin* . In: BONELLI J. (vyd.), *Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin* . Wien – New York: Springer Verlag , 1992, S. 229 a násl.

^[iii] RADERER M., SCHEITHAUER W. Treatment of colorectal cancer with 5-fluorouracil and interferon-a . *Eurocancer* , 1995

^[iv] SOUQUET P.J. et al., Polychemotherapy in advanced non small cell lung cancer: a meta-analysis . *The Lancet*, 1993, 342, s.19 a násl.