



STANOVISKO VÝBORU
evidenční číslo: 6/2020

**ROZHODOVACÍ PROCESY U PACIENTŮ S COVID-19 HOSPITALIZOVANÝCH
NA PRACOVIŠTÍCH 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

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

Schváleno výborem ČSARIM
30. 3. 2020

Schváleno výborem ČSIM
30. 3. 2020



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, cernyvla1960@gmail.com

Místopředseda

prof. MUDr. Martin Matějovič, Ph.D.

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

Vědecký sekretář

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

Anesteziologicko-resuscitační klinika,
Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně,
Pekařská 53, 656 91 Brno
☎ 543 182 553, sramek@fnusa.cz

STANOVISKO VÝBORU

ZÁSADY A PRINCIPY PRO PŘIJÍMÁNÍ PACIENTŮ NA PRACOVIŠTĚ INTENZIVNÍ PÉČE

1. Úvod

Intenzivní péče (IP) se významně podílí na čerpání prostředků na zdravotní péči hrazených z veřejných zdrojů. Je všeobecně přijatým principem, že na pracoviště IP by měly být přijímáni jen nemocní, kde je předpoklad přínosu takovéto péče z pohledu zlepšení zdravotního stavu a kde je příčina zhoršení jejich zdravotního stavu odstranitelná. Údaje o tom, zda všichni pacienti hospitalizovaní na pracovištích IP v České republice (ČR) naplňují uvedený předpoklad, chybí. I při existenci obecných zákonných norem vymezujících náležitosti poskytované zdravotní péče - Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejího poskytování - (předpis č. 372/2011 Sb.) - "Pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni", žádný specifický dokument upravující rámec přijímání pacientů do IP není k dispozici. Z terénní praxe v ČR zaznívá směrem k výboru ČSIM řada neformálních podnětů k problematice přijímání pacientů na pracoviště IP, které lze shrnout do dvou hlavních oblastí - 1) poukazování na situace, kdy k přijetí do IP jsou referováni pacienti nenaplňující zjevně předpoklad přínosu přijetí do IP a 2) jak se chovat v situacích, kdy požadavky na přijetí nemocných do IP převyšují kapacitu pracoviště v daném zařízení. Podněty ze strany členské základny a skutečnost, že formulování obecných principů, které by měly být zohledňovány při přijímání pacientů do IP je součástí programového prohlášení výboru ČSIM na období 2013-2016, byly hlavními důvody vzniku stanoviska.

2. Proces vzniku stanoviska

Zformování pracovní skupiny pro přípravu dokumentu bylo stanoveno zápisem jednání výboru ČSIM (zápis 5/2013, bod 10) - Černý, Cvachovec, Ševčík. Návrh materiálu byl předložen členům výboru ČSIM dne 22.1.2015 (zápis 1/2015, bod 12). Po proběhlém připomínkovém řízení uvnitř výboru ČSIM byl dokument schválen 11 členy výboru ČSIM ke dni 10.4.2015, dva členové výboru se do určeného termínu nevyjádřili. Výborem ČSIM přijatý text stanoviska byl rozeslán k vyjádření výboru ČSARIM, který jej schválil ke dni 18.4.2015.



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, cernyvla1960@gmail.com

Místopředseda

prof. MUDr. Martin Matějovič, Ph.D.

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

Vědecký sekretář

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

Anesteziologicko-resuscitační klinika,
Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně,
Pekařská 53, 656 91 Brno
☎ 543 182 553, sramek@fnusa.cz

Po jednání s předsedou ČSARIM bylo rozhodnuto o publikování stanoviska jako společného dokumentu ČSIM a ČSARIM.

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.



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, cernyvla1960@gmail.com

Místopředseda

prof. MUDr. Martin Matějovič, Ph.D.

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

Vědecký sekretář

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

Anesteziologicko-resuscitační klinika,
Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně,
Pekařská 53, 656 91 Brno
☎ 543 182 553, sramek@fnusa.cz

4. Kolektiv autorů (abecedně)

Pracovní skupina

- prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA
- prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM (editor)
- prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.

Připomínková skupina

- doc. MUDr. Martin Balík, Ph.D., EDIC
- MUDr. Renata Černá Pařízková, Ph.D.
- MUDr. Pavel Dostál, Ph.D., MBA
- doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.
- MUDr. Ivan Herold, CSc.
- doc. MUDr. Ivan Chytra, CSc.
- MUDr. Jan Maňák, Ph.D.
- prof. MUDr. Martin Matějovič, Ph.D.
- MUDr. Daniel Nalos
- MUDr. Ivan Novák
- MUDr. Igor Satinský, Ph.D.
- doc. MUDr. Vladimír Šrámek, Ph.D., EDIC

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

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA
předseda výboru ČSARIM

18.4.2015

DOPORUČENÍ PŘEDSTAVENSTVA ČLK č. 1/2010

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

čl. 1

Doporučení představenstva ČLK formuluje principy a rámcová doporučení pro poskytování paliativní péče u dospělých pacientů neschopných o sobě rozhodovat v konečné fázi jejich léčebně neovlivnitelného onemocnění. Mezi nejčastější klinické případy patří pacienti s multiorgánovým selháním, při němž i přes maximální možnou podporu či náhradu orgánových funkcí dochází k trvalému zhoršování zdravotního stavu a kde vyvolávající příčina či její důsledky (následný patofyziologický děj) nejsou léčebně ovlivnitelné, nebo pacienti v hlubokém bezvědomí bez odůvodněného předpokladu obnovení integrity mozkových funkcí z důvodu přítomnosti známek ireverzibilního poškození centrálního nervového systému.

čl. 2

Cíle doporučeného postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

- a) Definovat nejčastěji používané pojmy ve vztahu k této problematice.
- b) Formulovat základní východiska a principy pro rozhodování o zahájení paliativní péče u nemocných v terminálním stavu dále neléčitelného onemocnění nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, při níž zdravotní stav nebo použité způsoby léčby znemožňují vyjádření vlastní svobodné vůle.
- c) Zdůraznit etické aspekty poskytování intenzivní péče, zejména respektování předchozího názoru pacienta (pokud je dostupný), uchování lidské důstojnosti a zajištění maximálně možného komfortu nemocných.
- d) Omezit poskytování marné a neúčelné léčby v situacích, v nichž se lze na základě odborného medicínského posouzení odůvodněně domnívat, že přínos zahájení nebo pokračování v dané léčebné metodě s ohledem na zdravotní stav nemocného nepřevažuje nad rizikem komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání pro pacienta a nedává možnost příznivého ovlivnění zdravotního stavu nebo záchrany jeho života.
- e) Přispět ke zvýšení kvality rozhodování v uvedených situacích a zlepšit komunikaci jak uvnitř zdravotnických týmů, tak mezi zdravotníky a rodinami či blízkými pacientů.
- f) Formulovat pro odbornou a laickou veřejnost stanovisko
 - odborně podložené a náležitě zdokumentované nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby je v souladu s etickými principy medicíny a platnými právními předpisy,
 - nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby nesmí být zaměňováno za eutanázii.
- g) Usnadnit a podpořit vznik „místních“ doporučení zabývajících se uvedenou problematikou na jednotlivých pracovištích intenzivní péče.

čl. 3

Terminologie

- a) Pacient v terminálním stádiu onemocnění – pacient v konečném stádiu onemocnění, které není slučitelné se životem a není dále léčebně ovlivnitelné
- b) Pacient neschopný o sobě rozhodovat – nemocný s poruchou vědomí, který je vzhledem ke svému aktuálnímu zdravotnímu stavu neschopný posouzení situace a rozhodování o své osobě, není schopen vyjádřit informovaný souhlas.
- c) Paliativní léčba – léčba, jejímž cílem je zabránění bolesti, strádání či dyskomfortu nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta.
- d) Marná a neúčelná léčba – léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Marná a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací.
- e) Nezahajování léčby – léčebný postup, který nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta, není indikován a není proto zahajován. Takový postup by byl léčbou marnou či neúčelnou. Nepřijetí pacienta v konečné fázi jeho onemocnění na pracoviště intenzivní medicíny, kdy již nelze zastavit postup choroby, navrátit zdraví či odvrátit smrt, patří mezi opatření nezahajování léčby.
- f) Nepokračování léčby – při nemožnosti zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt, není ve stávající marné a neúčelné léčbě pokračováno a tato léčba je ukončena (např. vysazení farmakologické podpory oběhu, ukončení hemodialýzy, ukončení ventilační podpory).
- g) Eutanázie – usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou než pacientem samým, a to na jeho vlastní žádost. Právní systém České republiky pojem eutanázie nezná. Uvedené jednání by bylo hodnoceno jako trestný čin a je nepřipustné. Nepřipustná a trestná je také pomoc k sebevraždě.

čl. 4

Základní východiska pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

- a) Život člověka je konečný.
- b) Každý pacient má právo na náležitou, odbornou úroveň zdravotní péče.
- c) Všeobecně přijatým cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví pacienta, odstranění vyvolávající příčiny zhoršení zdravotního stavu a poskytování postupů orgánové podpory či náhrady u nemocných se zvratným (nebo předpokládaným zvratným) orgánovým selháním, tj. „udržovat život, ale nikoliv prodlužovat umírání“. V případě, kdy nelze tyto cíle naplnit, je nutné poskytnout pacientovi péči, která vyloučí bolest, dyskomfort a strádání, umožní zachování lidské důstojnosti a uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb.
- d) Jakékoliv rozhodování v průběhu poskytované zdravotní péče musí být v souladu s existujícími právními předpisy a musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta, musí bezvýhradně respektovat základní etické principy medicíny, především lidský život jako nejvyšší hodnotu a právo na sebeurčení nemocných a uchování jejich lidské důstojnosti.
- e) Jakýkoliv diagnostický nebo léčebný postup musí být pečlivě a odpovědně posuzován poměrem reálného klinického přínosu a míry možného rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání, které zvolený postup pacientovi v aktuální klinické situaci přináší. Použití postupu, kde rizika a komplikace s ním spojené, nejsou vyváženy jeho přínosem pro pacienta, je v rozporu s etickými principy medicíny. Vždy je nutné brát zřetel na

předchozí názor pacienta, pokud je dostupný a je nepochybné, že jde o dříve vyslovené přání příslušného pacienta (viz. článek 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně).

- f) Jakýkoliv léčebný postup, při němž není odůvodněný předpoklad jeho příznivého účinku na zdravotní stav pacienta nebo pro záchranu života a kde rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je nutno považovat za léčbu, která není „ku prospěchu a v nejlepším zájmu pacienta“ a lze ji označit jako tzv. marnou a neúčelnou léčbu. Dosažení dočasné korekce hodnoty některé z fyziologických funkcí či jejich dílčích parametrů bez ovlivnění celkového průběhu onemocnění a možnosti záchrany života, nemůže být při zvažování poměru přínosu a rizika považováno za příznivý účinek zvoleného léčebného postupu. Léčba, která se jeví jako marná a neúčelná, nemá být indikována a prováděna.
- g) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby neznamena omezení pacienta na jeho právech, ale naopak je sledován zájem pacienta tak, aby nedošlo k porušení základních medicínských a etických principů včetně nechtěného nedůstojného prodlužování umírání. Smrt, která je výsledkem přirozeného průběhu onemocnění, nemůže být považována za nepříznivý výsledek zdravotní péče.
- h) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby u pacientů v terminálním stádiu neléčitelného onemocnění a/nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kteří nereagují na použité léčebné postupy, je v souladu s etickými principy medicíny a existujícími právními předpisy České republiky.
- i) Z hlediska medicínského, právního a etického není rozdíl mezi nezahájením nebo nepokračováním daného léčebného postupu.
- j) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby jsou při správném odborném posouzení postupy, které nelze zaměňovat za eutanázii či ublížení na zdraví.

čl. 5

Základní principy pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

- a) Přijetí pacienta na pracoviště intenzivní péče by mělo být podloženo předpokládaným přínosem poskytované péče, která mu má být na daném oddělení poskytnuta.
- b) Stanovení rozsahu poskytované léčby musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta.
- c) Zahájení nebo pokračování jakéhokoliv léčebného postupu, který není odborně odůvodněný, kde neexistuje racionální předpoklad jeho příznivého účinku na celkový průběh onemocnění a kde rizika komplikací, strádání, útrap a bolesti převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je v rozporu s etickými principy medicíny a Chartou práv umírajících. Neexistuje povinnost zahajovat marnou a neúčelnou léčbu nebo v ní pokračovat, pokud je probíhající léčba odůvodněně za takovou označena.
- d) Zabezpečení fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb pacienta, odstranění pocitů bolesti, strádání a utrpení s respektováním lidské důstojnosti jsou základní priority paliativní péče.

Čl. 6

Doporučení pro klinickou praxi

- a) Podnět k zahájení paliativní péče může dát kdokoliv z ošetřujícího zdravotnického týmu.
- b) Kdykoliv je to možné, pacientovo přání musí být zahrnuto do rozhodování o zahájení paliativní péče.

- c) Rodina či blízcí pacienta by měli být náležitě informováni, pokud pacient neurčil jinak, nejlépe ve formě strukturovaného rozhovoru. Delegování odpovědnosti na rodinu či blízké za přijaté rozhodnutí o zahájení paliativní péče není přípustné.
- d) Do rozhodování o zahájení paliativní péče by měli být zahrnuti všichni členové (lékaři i nelékařský zdravotnický personál) ošetřujícího zdravotnického týmu (tzv. „shared-approach to end-of-life decision making“ model).
- e) Za závěrečné rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče nese odpovědnost vedoucí lékař příslušného pracoviště nebo jím určený lékař. V době ústavní pohotovostní služby nese odpovědnost za rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče lékař, který je odpovědný za konkrétní úsek v rámci výkonu ústavní pohotovostní služby a za lékařskou péči o příslušného pacienta.
- f) Zahájení paliativní péče a rozhodnutí o nezahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby musí být vždy uvedeno ve zdravotnické dokumentaci. Zápis do zdravotnické dokumentace před zahájením paliativní péče, by měl obsahovat odborné posouzení zdravotního stavu a medicínské zdůvodnění rozhodnutí o zahájení paliativní péče.
- g) Cíle intenzivní péče, přínos a rizika plánovaných i probíhajících jednotlivých diagnostických a léčebných postupů by měly být v pravidelných intervalech přehodnocovány a zvažovány (minimálně jednou za 24 hodin). Jakékoliv již přijaté rozhodnutí, může být v odůvodněných případech změněno
- h) Prioritou paliativní péče je odstranění bolesti, dyskomfortu a strádání.
- i) Přítomnost rodiny či blízkých pacienta by měla být vždy umožněna, pokud ji pacient neodmítl.

čl. 7 **Účinnost**

Toto doporučení bylo projednáno a schváleno představenstvem ČLK dne 20.2.2010 a nabývá účinnosti dne 4.3.2010.