

Marná léčba a její souvislosti v rozhodování v dětském lékařství

MUDr. Jaromír Matějka, Ph.D., Th.D.

Ústav etiky 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Tento článek je zamýšlením nad pojmem marné léčby a jeho souvislostmi v dětském lékařství. Jeho smyslem je představit základní obsahová rozlišení v pojmu marné léčby a zcela základně nastínit možnosti řešení konfliktů, které vyplývají z různých představ zúčastněných o tom, co v konkrétním případě marnou léčbou je, či není.

Klíčová slova: marná léčba, dětské lékařství, etické poradenství.

Futile Treatment in context of decision in pediatrics

This article is a reflection on a term of the futile treatment and its context in pediatrics. It wants to introduce the basic content differentiations and very basically sketch the possibilities of the resolutions of conflict related to different ideas of the persons involved.

Key words: futile treatment, pediatrics, consultation in clinical ethics.

Pediatr. praxi 2014; 15(6): 377–378

Úvod

Marná léčba je jedním z témat, které se nejen v dětském lékařství dostávají stále více do popředí. Často se nejen rodiče dětí, ale i zdravotníci ptají, co je, či není příliš a jaká kvalita je přijatelná.

Je to téma rozsáhlé, které nelze nahlížet izolovaně od ostatních aspektů rozhodování v medicíně

Co všechno je marná léčba?

Co je marnou léčbou, o tom se vedou dalekosáhlé diskuze stejně jako o tom, zdali termín marná léčba vůbec používat.

Doporučení představenstva České lékařské komory č. 1/2010 definuje v článku 3 marnou léčbu jako léčbu, „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“ (1).

Americal Medical Association říká o marné léčbě, že „lékaři nejsou eticky vázáni poskytovat takovou péči, která podle jejich nejlepšího klinického úsudku nemá pro pacienta žádný rozumný přínos“ (2). O marné léčbě na konci života říká, že „pokud se další intervence, která chce prodloužit život pacienta, stane marnou, mají lékaři povinnost zaměřit cíl péče směrem ke komfortu a závěru života“ (3).

Dalším přístupem k pojmu marné léčby je např. **kvantitativní přístup**. Zde jde o pravděpodobnostní hodnocení úspěšnosti nějakého postupu (4), protože v určité situaci je úspěch vybraného postupu příliš málo pravděpodobný. S tím se ihned pojí dvě zásadní otázky: Jak vysoká, resp. nízká musí ona pravděpodobnost být, abychom ji označili za příliš nízkou, a kdo je kompetentní tuto otázku zodpovědět a proč? Co se týče osoby, která má/může tento

spor rozhodnout, do úvahy připadají zdravotníci (tedy lékaři), pacient, v pediatrii pak jeho zákonní zástupci (v drtivé většině případů pacientovi rodiče). Neznamená to však, že by rodiče mohli za dítě rozhodovat bez ohledu na něj. § 35 odst. 1 zákona o zdravotních službách říká, že „při poskytování zdravotních služeb nezletilému pacientovi je třeba zjistit jeho názor na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb, jestliže je to přiměřené rozumové a volní vyspělosti jeho věku. Tento názor musí být zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně s věkem a stupněm rozumové a volní vyspělosti nezletilého pacienta“ (5). Tento právní text se podle našeho názoru dotýká i úvahy o tom, jak vysoká, resp. nízká pravděpodobnost úspěchu navrhovaného terapeutického přístupu je ještě přijatelná. Protože rozhodnutí o přijatelnosti nebo nepřijatelnosti je předpokladem k rozhodnutí o přijetí nebo nepřijetí navrhované péče, a nezletilý má právo rozhodovat o poskytnutí zdravotních služeb jemu samému (6), je třeba i v této souvislosti brát na názor nezletilého zřetel. Podobně se vyjadřují i etické deklarace, jako například článek 6 Konvence o biomedicíně (7), i mnohé jiné texty, týkající se například tzv. Gillick Competence.

Stejně tak i rodiče mají nárok rozhodnout, jaká pravděpodobnost je ještě přijatelná a jaká již nikoliv. Nezletilý, i rodiče, se pak rozhodují na základě svých životních zkušeností, kulturních souvislostí, náboženského nebo filozofického přesvědčení. V konzultacích, týkajících se řešení etických konfliktů ohledně marné léčby je však užitečné o těchto předpokladech vědět a analyzovat je. Někdy je pak stanovisko rodičů nebo nezletilého pacienta lépe srozumitelné.

Lékař ze své pozice nemůže, docela pochopitelně, rozhodovat o tom, jaká pravděpodob-

nost má být pro pacienta přijatelná a jaká již ne. Na to je takové rozhodnutí, jak jsme naznačili výše, příliš osobním rozhodnutím.

Lékař však na základě své odborné erudice může rozhodnout o tzv. fyziologické futilitě, neboli fyziologické marné léčbě. To je taková léčba, která nemůže být efektivní, protože tomu odporují ryze biologické zákonitosti celé situace (8).

Přes tyto limity zbývá zodpovědět otázku, jak nízká pravděpodobnost dosažení stanoveného cíle musí být, abychom navrhovaný léčebný postup označili za marný. Různí autoři docházejí k různým odpovědím. Podle Jonsena, Sieglera a Winsladeho je toto rozpětí mezi 0–50%, většinou však 10% (9). Lo mluví o 1%, podle něj však někteří lékaři považují za hranici přijatelnosti terapie 2–5% (10). Rozhodnout pouze na základě pravděpodobnostních údajů nelze, tyto údaje však musejí být vtěleny do informací poskytovaných zákonným zástupcům i nezletilému pacientovi.

Dalším pohledem na problém marné léčby je situace, kdy se mluví o tzv. **kvalitativní marné léčbě**. Zde nejde o určení hranice pravděpodobnosti, za kterou již uvažovaná terapie přijatelná není, i kdyby přinesla nějaký medicínský benefit, ale když mluvíme o kvalitativní utilitě, není navrhovaná terapie přijatelná buď kvůli finančním nákladům, ale především proto, že jejím výsledkem není očekávaná kvalita života (11). Odpověď na otázku, kdo je kompetentní k rozhodnutí, který výsledek je kvalitativně přijatelný, je opět na zákonných zástupcích nezletilého, případně na nezletilém dítěti samotném. Lékař, stejně jako jakýkoliv jiný člověk, může nahlédnout subjektivní kvalitu života jiného člověka jen zprostředkovaně. Lékař je sice vybaven odbornými znalostmi. Ty však mohou být stejně přínosem, jako mohou být zavádějící.

Pokud shrneme oba přístupy, jak kvantitativní, tak kvalitativní, nahlédneme, že ani v jednom z nich nenalezneme kritérium, které bychom mohli nazvat objektivním. V označení „marná léčba“ nalezneme určitý hodnotový soud (12), který je však vždy osobní, tedy subjektivní záležitostí. American Medical Association v již citovaném doporučení (13) nabádá k tzv. **procedurálnímu přístupu v otázkách marné léčby**. Smyslem takového přístupu je nalézt spravedlivé a přijatelné řešení právě tam, kde dochází v otázce marné léčby k neshodám a konfliktům mezi zdravotníky a zákonnými zástupci pacienta, ať už ve smyslu nadbytečné („netrapte ho/ji tolik“, a v očích zdravotníků je ještě o co bojovat) nebo nedostatečné („musíte udělat vše, co je možné za jakoukoliv cenu“, v situacích, kdy další eskalace léčebných postupů v očích zdravotníků již další benefit pacientovi nepřináší) léčby. Podstatou navrhovaného procedurálního přístupu k marné léčbě je navržení takových strategií a postupů, akceptovaných v konkrétních zařízeních, které mají tento konflikt řešit. Především je to práce etických konzilií a etických komitét, jejichž úkolem je vyslechnout názory všech, koho se konflikt ohledně otázky marné léčby v konkrétním případě týká, tedy nezletilý pacient, jeho rodina, zdravotníci, a pokusit se nalézt pro všechny přijatelné řešení. V případě přetrvávajících neshod pak má rozhodnout soud. Soudní řešení je však v literatuře považováno až za poslední možnost, jak konfliktní situaci řešit. Pro jednu ze stran znamená vždy autoritativní rozhodnutí, se kterým ona strana fakticky nesouhlasí, přesto je tímto rozhodnutím vázána, konflikt v etické rovině však přetrvává. Na druhou stranu může být soudní rozhodnutí pro některé zúčastněné úlevou, protože skutečně někdy nemusejí vědět, co tím nejlepším řešením je.

Nelze však opomenout právní poznámku, totiž že podle § 101 občanského zákoníku, podle něhož „má-li být zasaženo do integrity člověka neschopného úsudku způsobem zanechávajícím trvalé, neodvratitelné a vážné následky nebo způsobem spojeným s vážným nebezpečím pro jeho život nebo zdraví, lze zákrok provést jen s přívolením soudu“ (14). Zatím s tímto opatřením nejsou žádné zkušenosti, týká se to však pacientů, kteří nejsou schopni o sobě rozhodovat, což paušálně nemusejí být všichni naši nezletilí pacienti. V této souvislosti často vyvstávají obavy o nebezpečí z prodlení. Zahraniční zkušenosti alespoň částečně tuto obavu rozptylují. U soudů jsou zaváděny horké linky, nebo víkendové služby. Zatím však nelze říci, jaká bude rutinní česká praxe v tomto ohledu.

Závěr

Marná léčba je marnou z pohledu kvantitativního, kdy lze dosáhnout vytčeného terapeutického cíle s jistotou, z pohledu vždy subjektivního pozorovatele, minimální pravděpodobností. Pravděpodobnost úspěchu je tedy nižší, než je přijatelné. Marná léčba může být marnou také v dané biologické situaci; jednoduše její úspěch zcela vylučují dané biologické zákonitosti celé situace. Tato situace se označuje jako fyziologická utilita.

Za marnou léčbu ovšem můžeme označit i takovou situaci, která je biologicky udržitelná, terapeutické přístupy však nepřinášejí přijatelnou kvalitu života.

Protože každé takové hodnocení s sebou nese osobní hodnotový soud, klade Americká lékařská asociace velký důraz na procedurální přístup k řešení konfliktů, týkající se marné léčby. Tento přístup spočívá v možnosti přivolat na konzilium pracovníka, věnujícího se klinické etice, případně oslovit etické komitét.

I když totiž máme zavedeny etické komise, ty se ze zákona věnují pouze rozhodování o farmaceutickém výzkumu. V České republice neexistuje žádný výzkum, který by podrobněji analyzoval práci těchto etických komisí; je možné, že se ojediněle řešení konkrétních etických problémů věnují. Systémově, jako součást rutinní práce ve zdravotnickém zařízení (především v nemocnicích), služba etického konzultanta nebo konziliáře v České republice zavedena není.

Etické poradenství je služba, která je rutinně zavedena v nemocnicích některých zemí, jako USA (zde i v režimu 24/7). V zemích, jako je Německo nebo Rakousko, se tato služba intenzivně rozvíjí. Lékaři mají, kam se obrátit, když hledají rychlé, dostupné a srozumitelné řešení eticky konfliktních situací, které jim jejich práce přináší.

Tato platforma má obrovský význam také pro pacienty, když se domnívají, že postup péče o ně samotné není eticky v pořádku.

Podobně také v otázkách zástupného rozhodování je přínos etického konzultanta, například podle německých zkušeností, velmi vítán.

V případě nepřekonatelných konfliktů pak rozhoduje soud. Česká legislativa vyžaduje rozhodnutí soudu, pokud jde o velmi invazivní terapeutická opatření u pacientů, kteří nemohou sami o sobě rozhodnout. V této věci se však podrobněji o právní praxi opírat nelze.

Řešením etických otázek, které běžná lékařská praxe přináší, je zavedení nějaké formy skutečně efektivního (nikoliv formálního) etického poradenství. To je platforma, kde se o tom, co je, nebo není, marná léčba, může kvalifikovaně rozhodnout.

Literatura

1. Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 [online]. [cit. 2014-09-24]. Dostupné z WWW: <http://www.lkcr.cz/doc/cms_library/dop-1-2010-31.pdf>.
2. American Medical Association, Opinion E-2.035 Futile Care [online]. [cit. 2014-09-24]. Dostupné z WWW: [http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/about-ethics-group/ethics-resource-center/end-of-life-care/ama-policy-end-of-life-care.page?Physicians are not ethically obligated to deliver care that, in their best professional judgment, will not have a reasonable chance of benefiting their patients.](http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/about-ethics-group/ethics-resource-center/end-of-life-care/ama-policy-end-of-life-care.page?Physicians+are+not+ethically+obligated+to+deliver+care+that,+in+their+best+professional+judgment,+will+not+have+a+reasonable+chance+of+benefiting+their+patients.)
3. American Medical Association, Opinion E-2.037 Medical Futility in End-of-Life Care [online]. [cit. 2014-09-24]. Dostupné z WWW: <[http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/about-ethics-group/ethics-resource-center/end-of-life-care/ama-policy-end-of-life-care.page?When further intervention to prolong the life of a patient becomes futile, physicians have an obligation to shift the intent of care toward comfort and closure.](http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/about-ethics-group/ethics-resource-center/end-of-life-care/ama-policy-end-of-life-care.page?When+the+intervention+prolongs+the+life+of+a+patient+becomes+futile,+physicians+have+an+obligation+to+shift+the+intent+of+care+toward+comfort+and+closure.)>
4. Sláma O. Lze objektivně vymezit, která léčba je u nevyléčitelně nemocného pacienta „marná“? Několik poznámek z perspektivy onkologické paliativní péče. In: Černý D a kol. Smrt a umírání. Etické, právní a medicínské otázky na konci života. Praha: Ústav státu a práva AV ČR 2013: 217.
5. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování [online]. [cit. 2014-09-24]. Dostupné z WWW: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon-Par.jsp?page=0&idBiblio=75500&recShow=34&n=372~2F2011&rpp=50#parCnt>>.
6. Srov. § 35 zákona č. 372/2011 Sb. „[...] nezletilému pacientovi lze zamýšlené zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku.“
7. Srov. Rada Evropy, Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny [online]. [cit. 2014-09-27]. Dostupné z WWW: <http://www.lkcr.cz/doc/cms_library/96-2001-umluva-o-lid-pravech-a-biomedicine-100419.pdf>. „Názor nezletilé osoby bude zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně s věkem a stupněm vyspělosti.“
8. Jonsen A, Siegler M, Winslade W. Clinical Ethics. A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. New York: McGraw-Hill Medical 2010: Kapitola Medical Indications, nestránkovaný dokument. (Dále Jonsen, Siegler, Winslade).
9. Jonsen, Siegler, Winslade. Kapitola Medical indications, nestránkovaný dokument.
10. Lo B. Futile interventions. In: Lo B a kol. Resolving Ethical Dilemmas. A Guide for Physicians.. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2009: 71 s.
11. Fost N. Futility, In: Diekema D, a kol. Clinical Ethics in Pediatrics. A Case-Based Textbook. Cambridge: Cambridge University Press 2011: 108 s.
12. American Medical Association, Opinion E-2.037 Medical Futility in End-of-Life Care [online]. [cit. 2014-09-24]. Dostupné z WWW: <<http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/about-ethics-group/ethics-resource-center/end-of-life-care/ama-policy-end-of-life-care.page?>>
13. Srov. tamtéž.
14. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 101 [online]. [cit. 2014-09-27]. Dostupné z WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89#cast1>>.

MUDr. Jaromír Matějka, Ph.D., Th.D.

Ústav etiky 3. lékařské fakulty
Univerzity Karlovy v Praze
Ruská 87, 100 00 Praha 10
jaromir.matejka@lf3.cuni.cz

