

Etické a komunikační aspekty terminální analgosedace

doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd, Zlín
Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc

Cílem paliativní hospicové péče je dosáhnout co nejvyšší kvality života těžce nemocných a zachování jejich důstojnosti. U nemocných v terminální fázi onemocnění bývá nezřídka ke zvládnutí jejich utrpení používána metoda terminální analgosedace. Uvedený léčebný postup je plně etický a nemá nic společného s eutanazií. Před jejím zahájením je nezbytné provést řádné poučení nemocného a jeho rodiny. Nedostatečná komunikace může být zdrojem nedorozumění a konfliktů.

Klíčová slova: terminální analgosedace, hospic, etika.

Ethical and communication aspects of terminal sedation

The aim of the palliative hospice care is to reach the highest possible quality of life of seriously ill patients and to keep their human dignity. Terminal sedation is considered to be an optimal way in cases with intractable patients. This therapeutic approach is full of ethics and has nothing in common with euthanasia. Sufficient enlightening to the patient and his/her family is crucial before starting this therapeutic method. Lack of communication can be a tool that causes misunderstanding and conflicts.

Key words: terminal sedation, hospice, ethics.

Med. praxi 2014; 11(6): 266–268

Pojem terminální analgosedace

Cílem paliativní hospicové péče je poskytnout komplexní službu po stránce biologické, psychologické, sociální a spirituální, a to při snaze o dosažení co nejvyšší kvality života těžce nemocného pacienta s důrazem na respektování jeho lidské důstojnosti. V případě, že se přes veškeré léčebné úsilí nezdaří zmírnit utrpení umírajícího nemocného (zejména bolest či dušnost), pak je optimálním postupem zavedení terminální analgosedace (1, 2). S touto metodou je však nutno nakládat uvážlivě a její indikaci důsledně zvažovat.

Indikace terminální analgosedace

Jak napovídá samotná terminologie, terminální analgosedace bývá indikována v terminální fázi závažného onemocnění. K rozhodnutí použít uvedený léčebný postup bývá přistupováno po zvážení míry utrpení, kterou nemocnému v terminální fázi choroby jeho zdravotní stav přináší. K jejímu zahájení lze přistoupit až po splnění několika podmínek, z nichž mezi nejdůležitější patří vyčerpání všech dostupných léčebných postupů, které by mohly přinést úlevu bez snížení úrovně vědomí (3). Souhlas k paliativní sedaci může podle doporučení Evropské asociace paliativní péče dát pacient nebo jeho zákonný zástupce. Pokud není možné informovaný souhlas získat a pacient nezanechal dříve vyslovené přání a zákonný zástupce nebyl rovněž určen, pak je terminální analgosedace vedoucí

ke zmírnění refrakterních příznaků standardním postupem (4).

Osobní kontakt lékaře s rodinou nemocného je nezbytný. Cílem je sjednocení postojů k navrhovanému léčebnému postupu. Se zahájením terminální analgosedace musí souhlasit všichni členové multidisciplinárního týmu (zpravidla lékař, psycholog, sociální pracovník a pastorační asistent či duchovní). Jednou zahájená terminální analgosedace bývá zpravidla podávána až do okamžiku úmrtí nemocného.

Způsob provedení terminální analgosedace

Principem terminální analgosedace je založen na kontinuálním podávání léků dávkovačem (injektomatem). Nejčastěji bývá používán midazolam, který podáváme do podkoží. Současně druhým dávkovačem bývá podáván morfin. Velikost dávky zvyšujeme postupně (titrujeme) dle požadovaného efektu. Místo midazolamu lze s dobrým efektem použít kontinuální aplikaci haloperidolu či levomepromazinu. V případě podávání levomepromazinu je však podmínkou zajištění nitrožilního přístupu. I v těchto případech bývá pravidlem současně kontinuální podkožní podávání morfinu (2).

Etické aspekty terminální analgosedace

Farmakologická sedace u nemocných v pokročilých stádiích neléčitelých chorob není laiky

ani lékaři nahlížena jednotně. Názory se mohou lišit také podle diagnózy, která nemocného do těžkého klinického stavu přivedla. V jedné ze studií se téměř všichni lékaři stavěli kladně k podávání sedativ u nemocných s diagnózou generalizovaného karcinomu, ale například u amyotroické laterální sklerózy, (která zcela nepochybně bývá zdrojem nesmírného utrpení) tuto metodu pokládali za správnou jen každý druhý (5). Kromě jiného je diskutována etická přípustnost paliativní analgosedace u existenciálního utrpení (6, 7).

Otázkou zásadního významu je odlišení kontinuální hluboké sedace (continuous deep sedation) od takzvané pomalé eutanazie (8). Lze souhlasit s názorem, že použití této metody u nemocných s krátkou životní prognózou má nulový či minimální vliv na délku života a že v těchto případech zmíněný postup nelze pokládat za eutanazii. Ovšem při záměru uspat umírání u pacienta s delší životní prognózou lze tento postup kvalifikovat jako ekvivalent eutanazie (9).

Aplikace kontinuální hluboké sedace je ospravedlnitelná pouze v případě refrakternosti symptomů na jiný způsob léčení, který by vedl k úlevě (4, 10). Za důležité pokládáme postupné zvyšování dávek aplikovaných léků (titrování) s cílem dosáhnout co nejnižší dávky, která dosáhne požadovaného ústupu stresujících symptomů.

V odborném tisku se také objevuje volání po jednotném používání relevantní terminologie, která není ustálena nejen v médiích, ale dokonce

ani v učebnicích a týká se tak zásadních pojmů, jako je eutanazie či asistovaná sebevražda (11).

Nepochybně zajímavý je názor vycházející z významného dokumentu katolické církve (12):

„Užívání utišujících prostředků ke zmírnění bolesti umírajícího, i s rizikem, že se ukrátká jeho dny, může odpovídat lidské důstojnosti, není-li smrt chtěna ani jako cíl, ani jako prostředek, nýbrž jen předvídána a připouštěna jako nevyhnutelná. Mírnící léčebné zákroky patří k výsostným projevům nezištné lásky. Z tohoto důvodu je třeba k nim vybízet.“

Jak patrně, katolická církev, která se nekompromisně staví proti ukončení těhotenství a proti eutanazii, pohlíží na utrpení umírajících s velkou empatií. Lze se zcela oprávněně domnívat, že zde dává zcela zřetelně svůj souhlas s výše popisovaným léčebným postupem (terminální analgosedací), a to při stanovisku pokládajícím lidský život za absolutní hodnotu.

Šestiletá autorova pracovní zkušenost v hospici přinesla poznatek, že žádost o provedení asistované sebevraždy či eutanazie ze strany nemocného nebo jeho rodiny je krajně výjimečným jevem. I v těchto zcela ojedinělých případech bývá formulována spíše jako určitý povzdech než naléhavé volání po násilném ukončení života. Kvalitně poskytovaná paliativní péče tišící strádání těžce nemocného a podporující jeho blízké je nejlepší prevencí proti podobným úvahám.

Komunikace s nemocným a jeho rodinou

Velmi důležitou podmínkou zahájení terminální analgosedace je otevřená komunikace mezi ošetřujícími, pacientem a jeho rodinou. Nemocného je nezbytné poučit o alternativní možnosti paliativní léčby spočívající ve farmakologickém tlumení případné dušnosti, zvládání bolestivých stavů a také negativních psychologických projevů. Jeho následné rozhodnutí pro terminální analgosedaci, ale i její odmítnutí (což vždy respektujeme!) zaznamenáváme do zdravotní dokumentace.

Terminální analgosedace vede ke zmírnění utrpení nemocného, ale současně snižuje jeho mobilitu, omezuje schopnost komunikovat a zcela logicky s sebou přináší únavnost a celkový útlum. Zahájení terminální analgosedace by mělo být s pacientem vždy v předstihu prokonzultováno. Nemocný by měl být upozorněn, že se bude cítit unavený až spavý, ale že pocítí výraznou úlevu od bolestí, dušnosti a nepříjemných psychologických stavů. Vždy je nemocného třeba upozornit na skutečnost,

že velmi pravděpodobně nebude schopen používat mobilní telefon či sledovat televizi. Stejným způsobem je nutno informovat také pacientovu rodinu.

Metodicky správně vedená terminální analgosedace může vyústit ve zcela odlišné postoje rodin pacientů. V příznivém případě rodina ocení skutečnost, že umírající umírá v klidu bez zjevných projevů utrpení tělesného či psychologického. Za nepříznivých okolností bývají příbuzní zaskočeni rychlým zhoršením zdravotního stavu. Příčiny hledá v nesprávně vedené zdravotní péči, zejména v chybné farmakologické léčbě a nedostatečné nutriční podpoře.

O tom, zda dokáží poskytovatelé paliativní péče svůj postup (zavedení terminální analgosedace) obhájit, rozhoduje několik faktorů. Včasně zahájená a správně vedená komunikace s nemocným a jeho rodinnými příslušníky je jedním z nich.

Komunikace s nemocnými a jejich rodinami může probíhat za 4 základních podmínek, které mohou být různým způsobem modifikovány. Výsledný efekt bývá výrazně ovlivňován stupněm vzdělání, obecnými postoji k životu a v neposlední řadě mentalitou zúčastněných. Podmínky komunikace lze definovat zcela přibližně následovně:

1. Terminální analgosedace je zavedena u nemocného, který byl o tomto způsobu léčby předem informován. Spolu s nemocným byla předem informována i jeho rodina. V tomto případě lze očekávat kladné přijetí tohoto léčebného postupu. V případě určitých výhrad lze provést individuální úpravu jak v množství podávaných medikamentů, tak v čase, kdy bude analgosedace zahájena. Jde o zcela optimální situaci, riziko konfliktu vyvolaného rodinou je minimální.

2. Terminální analgosedace je zavedena u nemocného, který byl o tomto způsobu již předem informován. Z důvodů nepřítomnosti rodiny či nemožnosti rodinu kontaktovat však nebylo možné informovat rodinné příslušníky. V tomto případě hrozí vysoké riziko nedorozumění, protože blízcí nemocného bývají náhlou změnou zdravotního stavu zaskočeni a pod vlivem emocí nemusí být přístupni poskytnutému vysvětlení.

3. Použití terminální analgosedace může nastat u nemocného, který o tomto způsobu léčby nebyl dosud informován, ač rodina již základní informace obdržela. K tomuto postupu jsou lékaři nuceni přistoupit zpravidla v případech, kdy bývají nemocní v terminální fázi choroby překládáni na jiné pracoviště (kupříkladu do hospice) a kdy těsně před pře-

ložením došlo ke zhoršení zdravotního stavu pacienta natolik významnému, že již nelze řádné poučení provést (delirantní stavy apod.). Prvořadým cílem zdravotníků je zamezit či snížit míru prožívaného utrpení, a proto je použití analgosedace u terminálního nemocného neschopného srozumitelně komunikovat eticky plně oprávněné. Pokud byla rodina o způsobu a cílech terminální analgosedace informována dostatečně a srozumitelně a pokud byla svědkem prudkého zhoršování zdravotního stavu v posledních dnech, pak lze očekávat jejich nekonfliktní a chápající postoj.

4. Terminální analgosedace je poskytnuta nemocnému, který nebyl o tomto postupu předem poučen a nebyla poučena ani rodina. O etice tohoto postupu nemůže být v správně indikovaných případech žádných pochybností. Velkým problémem však může být získání pochopení ze strany rodiny, která argumentuje náhlým zhoršením zdravotního stavu, ze kterého viní špatný postup zdravotníků. Bývá kritizován tlumivý účinek podávaných léků, který je však vzhledem k míře utrpení pacienta medicínsky i lidsky žádoucí. Dalším zdrojem kritiky je nesprávná představa o indikaci nutriční podpory. Personál bývá nezřídka obviňován, že nemocného nechává zemřít hladem. Ve vyhraněných situacích může být lékař nařčen z provedení eutanazie. Bez dosažení nutného konsensu při jednání s rodinou nemocného nelze indikaci terminální analgosedace doporučit, což však neznamená ústup od léčení dominantních stresujících symptomů.

Za všech okolností je nutné zohlednit skutečnost, že reakce a adaptace na nevyhléditelné onemocnění má dynamický průběh a postoje nemocného a jeho blízkých se mohou poměrně dramaticky měnit. Trpělivý a citlivý přístup ze strany personálu zabrání případným nedorozuměním a stížnostem.

Závěr

Terminální analgosedace je předmětem diskuzí, které se účastní zejména zdravotníci i nezdravotníci profesionálové podílející se na péči o vážně nemocné pacienty. Aplikace tohoto postupu v léčebné praxi vyžaduje citlivý a svědomitý přístup, který zabrání prolomení tenké bariéry, která ji odlišuje od „pomalé eutanazie“. Terminální analgosedace je účinným, snadno proveditelným a etickým prostředkem ke zmírnění utrpení umírajících nemocných. Včasná a dostatečná informovanost nemocného a jeho rodiny o tomto léčebném postupu je předpokladem jeho pochopení a odpovídajícího přijetí.

Literatura

1. Sláma O. Mírnění bolesti u umírajících nemocných. *Klin Farmakol Farm* 2007; 21: 59–61.
2. Sláma O. Terminální fáze onemocnění – umírání. In: Sláma O, Kabelka L, Vorlíček J a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén 2007: 308–309.
3. Křižanová K. Etické hlediská paliativní sedativní léčby. *Palliat Med Liec Boles* 2009; 2: 24–25.
4. Cherny NI, Radbruch L, The Board of EAPC. European Association for Palliative Care (EACP) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med* 2009; 23: 581–593.
5. Russell JA, Williams MA, Drogan O. Sedation for the imminently dying: survey results from the AAN Ethics Section. *Neurology* 2010; 74: 1303–1309.
6. Bruce A, Boston P. Relieving existential suffering through palliative sedation: discussion of an uneasy practice. *J Adv Nurs* 2011; 67: 2732–2740.
7. Schuman-Olivier Z, Brendel DH, Forstein M, Price BH. The use of palliative sedation for existential distress: a psychiatric perspective. *Harv Rev Psychiatry* 2008; 16: 339–351.
8. Heřmanová J, Vácha M, Svobodová H, a kol. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada 2012: 186–188.
9. Rietjens J, van Delden J, Onwuteaka-Philipsen B, Buiting H, van der Maas P, van der Heide A. Continuous deep sedation for patients nearing death in the Netherlands: descriptive study. *BMJ/ONLINE FIRST/bmj.com* doi: 10.1136/bmj.39504.531505.25.
10. Juth N, Lindblad A, Lynøe N, Sjöstrand M, Helgesson G. European Association for Palliative Care (EACP) Framework for palliative sedation: an ethical discussion. *BMC Palliat Care* 2010; 9:20. <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/9/20>.
11. Hahn MP. Review of palliative sedation and its distinction from euthanasia and lethal injection. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2012; 26: 30–39.
12. Eutanazie. In: *Katechismus katolické církve*. Praha: Zvon 1995: 558.

Článek přijat redakcí: 30. 5. 2013

Článek přijat k publikaci: 10. 3. 2014

doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Mostní 5139, 760 01 Zlín

miroslav.kala@hospickopecek.charita.cz
