

Etika a komunikace v intenzivní medicíně

Habilitační práce v oboru anesteziologie a resuscitace

MUDr. MgA. Kateřina RUSINOVÁ, Ph.D.

Klinika paliativní medicíny 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice

2021



**Ethics is what happens in every interaction
between every doctor and every patient.**

Paul A. Komesaroff

(cit: *Troubled Bodies: Critical Perspectives on Postmodernism, Medical Ethics,
and the Body*, Durham, NC: Duke University Press, 1995, p. 68.)

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala všem, kdo mě doprovázeli od začátku mé medicínské praxe a nasměrovali mou pozornost do dvou mimořádně důležitých medicínských oborů, intenzivní péče a paliativní medicíny.

E. Azoulay za provokativní otázky a pozvání do ediční rady časopisu Intensive Care Medicine.

J.R. Curtisovi za velkorysé přijetí a formativní stáž na jeho pracovišti na University of Washington v Seattlu.

A. Michalsenovi za mentorování v období vzniku Kliniky paliativní medicíny a skvělé diskuse.

O. Kopeckému za spoluzaložení nejprve Centra podpůrné a paliativní péče a posléze i Kliniky paliativní medicíny.

D. Černému za etické tázání a vhled.

M. Balíkovi za neúnavný příklad pracovitosti a tvrdohlavosti v tahu na cíl.

M. Lavillonnièrovi za osvěžující sarkasmus a přátelství.

J. Rothovi za kritické poznámky při vzniku práce.

OBSAH

PŘEDMLUVA - JAK ČÍST TUTO HABILITAČNÍ PRÁCI?	1
ÚVOD	3
PŘEHLED MORÁLNÍCH TEORIÍ V MEDICÍNĚ	3
Utilitarismus	3
Principlismus	5
ROLE ETIKY VE ZDRAVOTNICTVÍ	8
Etika a pregraduální studium medicíny	8
Koncept mikroetiky.....	8
Propojení klinické praxe a etiky	10
VYBRANÁ VÝZNAMNÁ ETICKÁ TÉMATA SOUČASNOSTI VE ZDRAVOTNICTVÍ SE ZAMĚŘENÍM NA INTENZIVNÍ PÉČI	11
Klinická etika jako součást rutinní medicínské praxe - osobní zkušenost.....	11
Komunikace v intenzivní péči a porozumění u příbuzných hospitalizovaných pacientů	13
Komunikace lékař-pacient/rodina	13
Modelová situace - konflikt na JIP.....	13
Průnik problematiky komunikace, závěru života v intenzivní péči a dárcovství orgánů	15
Kazuistika mladé pacientky s infaustním postanoxickým postižením	15
Hlavní komunikační konflikty na příkladě kazuistiky.....	15
Promarněná příležitost na příkladě kazuistiky.....	16
Kdy nastává smrt a proč je tato otázka klíčová/stěžejní	18
Etická východiska transplantace	18
Moderní (up to date) přístup ke stanovení okamžiku smrti	18
Dárci se smrtí mozku a dárci, pokud je smrt stanovena na základě nevratné zástavy oběhu - podobnosti a rozdíly	19
Praktické aspekty a komunikace	19
Specifické nároky na komunikaci.....	20
Logistická náročnost oděru orgánů u dárců po nevratné zástavě oběhu.....	21
Přiměřenost péče a limitace péče.....	21
Alokace vzácných zdrojů a dostupnost péče	22
v souvislosti s pandemií SARS-CoV-2 přeneslo z učebnic do reality.	22
Vývoj konceptu alokace vzácných zdrojů během kovidové pandemie v Evropě... ..	22
Vývoj konceptu alokace vzácných zdrojů během kovidové pandemie v ČR.....	23
Etika a právo v kontextu alokace	23
HLAVNÍ CÍLE PRÁCE	25

VÝSLEDKY	27
KVALITA KOMUNIKACE V INTENZIVNÍ PÉČI A POROZUMĚNÍ PŘÍBUZNÝCH HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ	27
DIAGNOSTIKA OKAMŽIKU SMRTI PŘI NEVRATNÉ ZÁSTAVĚ OBĚHU V DÁRCOVSKÉM PROGRAMU	28
ROZŠÍŘENÍ SPEKTRA DÁRCŮ ORGÁNŮ O DÁRCE SE SMRTÍ STANOVENOU PROSTŘEDNICTVÍM NEVRATNÉ ZÁSTAVY OBĚHU	29
ETICKÉ KLIMA, KONFLIKTY A ROZHODOVÁNÍ O PŘIMĚŘENOSTI PÉČE	29
ALOKACE VZÁCNÝCH ZDROJŮ V OBDOBÍ PANDEMIE	31
DISKUSE	33
KVALITA KOMUNIKACE V INTENZIVNÍ PÉČI A POROZUMĚNÍ PŘÍBUZNÝCH HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ	33
DIAGNOSTIKA OKAMŽIKU SMRTI PŘI NEVRATNÉ ZÁSTAVĚ OBĚHU V DÁRCOVSKÉM PROGRAMU	34
ROZŠÍŘENÍ SPEKTRA DÁRCŮ ORGÁNŮ O DÁRCE SE SMRTÍ STANOVENOU PROSTŘEDNICTVÍM NEVRATNÉ ZÁSTAVY OBĚHU	34
ETICKÉ KLIMA, KONFLIKTY A ROZHODOVÁNÍ O PŘIMĚŘENOSTI PÉČE	35
ALOKACE VZÁCNÝCH ZDROJŮ V OBDOBÍ PANDEMIE	37
ZÁVĚR	39
POUŽITÁ LITERATURA	40
PŘÍLOHY	45
SEZNAM PŘÍLOH	45
A) Články diskutované v textu	45
B) Seznam publikací autorky	47
PŘÍLOHA č. 1	
Kvalita komunikace v intenzivní péči a porozumění příbuzných hospitalizovaných pacientů	48
Komunikace s příbuznými v prostředí intenzivní péče	48
PŘÍLOHA č. 2	
KVALITA KOMUNIKACE V INTENZIVNÍ PÉČI A POROZUMĚNÍ PŘÍBUZNÝCH HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ	56
Směrem k vyšší kvalitě péče na ICU	56
PŘÍLOHA č. 3	
KVALITA KOMUNIKACE V INTENZIVNÍ PÉČI A POROZUMĚNÍ PŘÍBUZNÝCH HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ	60
Zlepšování procesu komunikace v intenzivní péči prostřednictvím „clinical bundles“	60
PŘÍLOHA č. 43	
KVALITA KOMUNIKACE V INTENZIVNÍ PÉČI A POROZUMĚNÍ PŘÍBUZNÝCH HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ	63
Perioperační paliativní péče - příklad dobré klinické praxe	63

PŘÍLOHA č. 5	
DIAGNOSTIKA OKAMŽIKU SMRTI PŘI NEVRATNÉ ZÁSTAVĚ OBĚHU	
V DÁRCOVSKÉM PROGRAMU.....	68
Fenomén autoresuscitace.....	68
PŘÍLOHA č. 6	
ROZŠÍŘENÍ SPEKTRA DÁRCŮ ORGÁNŮ O DÁRCE SE SMRTÍ STANOVENOU	
PROSTŘEDNICTVÍM NEVRATNÉ ZÁSTAVY OBĚHU	77
Predikce intervalu mezi ukončením orgánové podpory a úmrtím.....	77
PŘÍLOHA č. 7	
ROZŠÍŘENÍ SPEKTRA DÁRCŮ ORGÁNŮ O DÁRCE SE SMRTÍ STANOVENOU	
PROSTŘEDNICTVÍM NEVRATNÉ ZÁSTAVY OBĚHU	80
Problém definice smrti.....	80
PŘÍLOHA č. 8	
ROZŠÍŘENÍ SPEKTRA DÁRCŮ ORGÁNŮ O DÁRCE SE SMRTÍ STANOVENOU	
PROSTŘEDNICTVÍM NEVRATNÉ ZÁSTAVY OBĚHU	83
Etika odběru orgánů od zemřelých dárců	83
PŘÍLOHA č. 9	
ETICKÉ KLIMA, KONFLIKTY A ROZHODOVÁNÍ O PŘIMĚŘENOSTI PÉČE	92
Prevalence a charakteristiky konfliktů v prostředí intenzivní péče.....	92
PŘÍLOHA č. 10	
ETICKÉ KLIMA, KONFLIKTY A ROZHODOVÁNÍ O PŘIMĚŘENOSTI PÉČE	102
Přístupy k řešení konfliktů v prostředí intenzivní péče.....	102
PŘÍLOHA č. 11	
ETICKÉ KLIMA ROZHODOVÁNÍ, KONFLIKTY A ROZHODOVÁNÍ	
O PŘIMĚŘENOSTI PÉČE.....	110
Teoretický koncept a vymezení pojmu etické klima rozhodování.....	110
PŘÍLOHA č. 12	
ETICKÉ KLIMA, KONFLIKTY A ROZHODOVÁNÍ O PŘIMĚŘENOSTI PÉČE	121
Vliv etického klimatu na outcome pacientů.....	121
PŘÍLOHA č. 13	
ETICKÉ KLIMA, KONFLIKTY A ROZHODOVÁNÍ O PŘIMĚŘENOSTI PÉČE	133
Vliv etického klimatu na ochotu pracovníků setrvat v náročné profesi.....	133
PŘÍLOHA č. 14	
ALOKACE VZÁCNÝCH ZDROJŮ V OBDOBÍ PANDEMIE	145
Prioritizace ve zdravotní péči jako celospolečenský problém	145
PŘÍLOHA č. 15	
ALOKACE VZÁCNÝCH ZDROJŮ V OBDOBÍ PANDEMIE	149
DISKUSE O PRIORITIZACI V ČR.....	149
SEZNAM PUBLIKACÍ.....	153
PŮVODNÍ PRÁCE V ČASOPISECH S IF.....	153
PŮVODNÍ PRÁCE V ČASOPISECH BEZ IF.....	156

KAPITOLY V KNIHÁCH A SBORNÍKY S ISBN	157
PUBLIKOVANÁ ABSTRAKTA.....	158
ODBORNÁ SDĚLENÍ A VYZVANÉ PŘEDNÁŠKY	158
OSTATNÍ PUBLIKACE (POPULÁRNÍ ČLÁNKY, RECENZE APOD.)	158
RECENZNÍ A EDITORSKÁ ČINNOST	158
DISERTAČNÍ PRÁCE.....	159
GRANTY	159

PŘEDMLUVA - JAK ČÍST TUTO HABILITAČNÍ PRÁCI?

**“A good physician treats the disease.
The great physician treats the patient who has the disease”.**
Sir William Osler

Úvodem se pokusím srozumitelně vysvětlit to, o čem pojednává předložená práce, a proč je formulována trochu odlišným způsobem, než bývá v biomedicíně obvyklé – zabývá se především zkoumáním propojení klinické etiky a intenzivní medicíny. Více než dvacetiletá zkušenost klinické praxe ukazuje, že má smysl přistupovat k problematice kritických stavů nejen z pohledu somatického, ale současně z pohledu komunikačního a hodnotového, metodikou opřenu o kvalitativní výzkum. To je důležité obzvláště v českém prostředí, kde hodnotové zakotvení společnosti a lékařské profese nemá silnou tradici.

Obvykle se zkoumají odděleně etické aspekty prostřednictvím filozofické metody (reflexí, racionální argumentací a diskusí) a medicínské aspekty (experimentálním přístupem.)

Hlavním cílem předkládané práce je charakterizovat základní aspekty, které propojují závažné onemocnění, pacienta a lékaře – a analyzovat jejich vzájemný vztah, na pozadí postupné progrese nemoci nebo kritického stavu, etických hodnot medicíny a pacienta.

Jedná o subtilní, málo prozkoumané téma, které je v běžné praxi podceňováno a (pod) vědomě odsouváno na periferii zájmu klinické medicíny. Přitom se bytostně dotýká každého lékařského oboru a vztahu lékař-pacient.

K závažnému a život ohrožujícímu onemocnění neoddělitelně patří emoce a vztahové aspekty, přitom řada kolegů, zejména v somaticky a technicky orientovaném oboru intenzivní péče, někdy tyto aspekty podceňuje. Často sami udávají, že si vybrali obor intenzivní péče právě proto, že je primárně technicky orientovaný a v péči o pacienty, kteří jsou ve velké většině v bezvědomí, se zdánlivě komunikační, emoční a hodnotové aspekty projevují pouze velmi okrajově a není zapotřebí jim věnovat zvláštní pozornost. Zpětnou vazbu poskytuje po dobu hospitalizace v intenzivní péči namísto pacienta v mnohem větší míře monitorovací systém základních životních funkcí.

Prošla jsem sama podobným obdobím během svého postgraduálního zrání. Anestesiologii a intenzivní medicínu jsem si vybrala, protože jsem se chtěla věnovat „dominantně technicky zaměřenému oboru v medicíně v mezních situacích ohrožení života“. Časem jsem si začala uvědomovat, že redukovat kritické onemocnění, které ve velmi krátkém čase razantně proměňuje kvalitu života pacienta, často i trvale, na somatické markery, indexy, výsledky laboratorních vyšetření a interpretaci výsledků zobrazovacích metod, je pouze výsečí širšího pohledu.

Zřetelněji se začalo objevovat propojení intenzivní medicíny s hodnotovým a etickým hlediskem a proměnilo se v konkrétní výzkumné projekty na tomto poli. Měla jsem tu možnost

účastnit se několika velkých mezinárodních studií, kde jsem byla národním koordinátorem za ČR.

Výzkum byl zaměřený na vztah mezi lékařem a pacientem, kvalitu podávaných informací, porozumění situaci ze strany pacienta a jeho blízkých, otázky závěru života v prostředí intenzivní péče a kvality péče.

Centrem zájmu současné intenzivní medicíny je především záchrana života pacientů v kritických situacích bezprostředního ohrožení života. Délka přežití, doba do propuštění z intenzivní péče, popř., z nemocnice jsou základní parametry a cíle výzkumu v tomto oboru. **Paliativní medicína, které se věnují souběžně s intenzivní péčí v posledních 10 letech, se oproti tomu primárně soustřeďuje na kvalitu života pacienta.**

Intenzivista přemýšlí u pacienta nad postupy, jak efektivně zlepšit orgánové funkce a prodloužit délku života, paliatr se zamýšlí nad kvalitou života, kterou by za daných okolností pacient sám označil jako akceptovatelnou.

Oba obory se mohou velmi efektivně protínat při tzv. „plánování budoucí péče“. Tento termín, který v ČR teprve postupně získává jasnější obrysy, je v zahraniční literatuře ukotven jako tzv. „advance care planning“.

U onemocnění, která mají chronický progresivní charakter, lze očekávat dekompenzace s nutností hospitalizace včetně nutnosti hospitalizace v prostředí intenzivní péče.

Postup advance care planning umožňuje dopředu plánovat: ze strany lékaře – za jakých okolností by mohla být intenzivní péče přínosem, a ze strany pacienta – zda šance na prodloužení života za cenu dyskomfortu spojeného s invazivními metodami intenzivní péče je pro něj přijatelná a žádoucí nebo zda není v souladu s jeho životními hodnotami a cíli.

Výzkumné metody, které se pokusu o integraci těchto dvou přístupů věnují, jsou více zaměřené na kvalitativní výzkum, který je významně méně zastoupen v biomedicínském výzkumu než tradiční kvantitativní výzkum. Umožňuje však právě ono propojení hodnotového rámce medicíny s jednotlivými diagnostickými a léčebnými postupy, které jsou pacientům nabízeny a prováděny.

V kontextu výroku Sira Williama Oslera v záhlaví je podstatné, jaké jsou hodnoty, které „tvoří lékaře“, jak tyto hodnoty sdílí se svými kolegy, studenty a pacienty – a jakým způsobem lékař věnuje svůj život péči o pacienty. Tedy hlubší etická hodnota lékařské profese.

To, k čemu se snažím dojít prostřednictvím své výzkumné práce a klinické praxe, je snaha o smysluplné propojení dvou pohledů: „kvantitativního“ (prodloužení života, léčba základního onemocnění a různých komplikací) a „kvalitativního“ (respektování systému hodnot, přání a preferencí konkrétního pacienta).

ÚVOD

Základní otázkou etiky je: Co mám dělat, co je dobré, co je správné? Jaké mohu svůj postup zdůvodnit?

Lékařská etika se zaměřuje na hodnotové otázky týkající se lékařů a sester, pacientů a rodin, terapeutického vztahu, medicínské praxe v širším pojetí včetně institucí souvisejících se zdravotnictvím. Hodnoty, které nás vedou ke studiu a praxi medicíny. Součástí náplně lékařské etiky je zpřesnit úvahy o těchto hodnotách.

Etika je také studium morálky a morálního uvažování – pečlivá a systematická reflexe a analýza morálních rozhodnutí a chování. Morálka je hodnotový rozměr lidského rozhodování a chování. Etika je ve svém celkovém pojetí systematické uvažování o dobru, které je předpokladem i cílem lékařské praxe.

Teoretické morální znalosti mohou klinickým lékařům pomoci uvědomit si a identifikovat etické výzvy, pomoci při jejich analýze a argumentaci, přispět k řádnému procesu a dialogu a inspirovat postoj reflexivity [Magelssen 2016]. Může být užitečné si vyjasnit: Jsme na metaetické, popisné nebo normativní úrovni?

Metaetika klade otázky týkající se etických konceptů a myšlenek na zastřešující úrovni a nemá normativní charakter. Popisná etika se zabývá tím, jaké konkrétní názory existují v konkrétních případech na správné a co špatné. Normativní etika se zabývá obsahem morálních soudů a kritérii, co je správné nebo špatné. Různí filozofové přispěli různými způsoby myšlení o normativní etice nebo morální filozofii.

PŘEHLED MORÁLNÍCH TEORIÍ V MEDICÍNĚ

V následujícím textu jsou představeny základní morální teorie, které se v klinické etice uplatňující nejčastěji. Jedná se o utilitarismus a principlismus (detailnější analýzy deontologické etiky nebo teorie ctnosti přesahují rámec tohoto sdělení).

Utilitarismus

Utilitarismus bývá v české bioetické literatuře chápán jako jedna samostatná etická teorie, nezřídka bývá charakterizována a představována s určitou mírou despektu. Někdy se zdá, že postačuje v rámci diskuse poukázat na to, že určité řešení představuje utilitarismus a *ipso facto* je nepřijatelné.

To je však velmi hrubé zjednodušení, nejméně ze dvou důvodů. Zaprvé, utilitarismus není jedna etická teorie, ale spíše třída teorií, které spojuje několik základních rysů, v mnoha dalších ohledech se však mohou výrazně rozcházet [Mulgan 2007]. A zadruhé, utilitarismus

je v bioetické literatuře respektovaná etická teorie, jež má celou řadu významných zastánců. V určitém ohledu lze s odpůrci utilitarismu souhlasit, že má některé obtížně přijatelné důsledky, ale podobně lze argumentovat i opačně a zastánci utilitarismu správně podotýkají, že podobné důsledky má prakticky každá etická teorie [Kagan 1989].

Utilitaristické teorie jsou v první řadě teorie konsekvencialistické (z latinského slova *consequentia*, důsledek) [Driver 2012]. Znamená to, že jediným morálně relevantním faktorem, jenž rozhoduje o morální kvalitě lidského jednání (zda nese některou z deontických kvalit, tj. správné či nesprávné) rozhodují pouze jeho důsledky.

Konsekvencialismus se v tomto požadavku rozchází s běžnou morálkou (tzv. *common sense morality*), jež uznává celou řadu dalších morálně relevantních faktorů, jako jsou například úmysly jednajících [Oderberg 2000]. V pozadí tohoto doktrinálního posunu je určitá koncepce etiky, podle níž se tato humanitní disciplína zabývá primárně distribucí újmy a benefitu. Určitý poměr rozdělení může být lepší než jiný (přináší více dobra) a tento fakt platí bez ohledu na to, jaké úmysly k těmto distribucím vedly. Jinými slovy, konsekvencialismus odhlíží od aktérů a zaměřuje se výlučně na dobro a zlo, na benefity a újmy, jež jednání způsobuje.

Druhým důležitým aspektem utilitarismu je neosobní perspektiva [Singer 1995]. Ta všem zúčastněným ukládá, aby na možné distribuce újmy a benefitů pohlíželi nezaujatě. Utilitarismus proto odmítá uznávat nějaké speciální morální závazky plynoucí ze vztahů mezi jednajícími. Například skutečnost, že jsou v nějakém příbuzenském vztahu (např. matka – syn/dcera), nepředstavuje podle utilitarismu žádný morálně relevantní faktor. Ve svém rozhodování musíme cíleně pomíjet to, jakých subjektů se distribuce újmy a benefitů týká. Principiálním etickým důvodem k jednání by měla být snaha o maximalizaci dobra bez ohledu na to, do jakých vztahů se subjekty distribuce vstupujeme.

Třetím charakteristickým rysem utilitarismu je již zmíněná maximalizace dobra. Ve většině případů máme několik alternativ jednání, utilitarismus ukládá volit takové, jež optimalizuje distribuci újmy a benefitů, jinými slovy takové, které zajišťuje maximální možnou převahu dobrých důsledků nad špatnými. Základní charakteristiku utilitarismu je proto možné vyjádřit jednoduchým pravidlem „za všech okolností jednej tak, aby tvé jednání mělo nejlepší možné důsledky“.

Konečně posledním rysem utilitarismu je fakt, že důsledky lidského jednání hodnotí rámci teorie dobrého života či welfare [Griffin 1986, Feldman 2000, Tännsjö 1998]. Újma – špatné důsledky jednání – a benefity – dobré důsledky jednání – se určují podle toho, že újma naše životy ovlivňuje negativně (= zhoršuje ho), zatímco benefity jej ovlivňují pozitivně (= zlepšují ho). V kontextu medicíny se podobné úvahy odvíjejí od pojmu kvalita života. Negativní jednání ve svém důsledku snižuje kvalitu života, zatímco to pozitivní ji zvyšuje.

Jak již bylo uvedeno, utilitarismus není jedna etická teorie, ale tento pojem obvykle zahrnuje a zastřešuje celou řadu etických teorií. V současné bioetice se nejčastěji setkáváme s hédonistickým [Feldman 2000] a preferenčním utilitarismem [Singer 1995]. Tyto teorie se

liší pouze ve své interpretaci welfare (kvality života). Podle hédonismu jsou kontury kvality života plně determinovány poměrem potěšení a bolesti. Chápejme tyto dva pojmy jako jakýsi zobecňující základ, který může nabývat rozličných podob v závislosti na kvalitě a kvantitě. Potěšení může pocházet z různých zdrojů (čistě smyslové potěšení či potěšení z četby dobré knihy) a může mít různou intenzitu (od mírného až po intenzivní). Analogicky bolest může nabývat různých podob, od nepříjemných pocitů až po nesnesitelné utrpení, může mít akutní či chronickou podobu, být čistě smyslové či psychické či existenciální.

Hlavní etickou zásadu hédonistického utilitarismu je možné formulovat následujícím způsobem: „za všech okolností jednej tak, aby tvé jednání maximalizovalo potěšení a minimalizovalo bolest“.

Druhou nejčastější variantou utilitarismu je preferenční utilitarismus. Ten se od předchozí verze liší pouze tím, že určuje kontury dobrého života prostřednictvím splněných či nesplněných tužeb. Každá splněná tužba či preference pozitivně přispívá k našemu welfare, zatímco každá nesplněná preference k němu přispívá negativně. Hlavní etickou zásadu preferenčního utilitarismu je možné formulovat následujícím způsobem: „za všech okolností jednej tak, aby tvé jednání maximalizovalo počet splněných a minimalizovalo počet nesplněných preferencí“.

Je užitečné zmínit ještě jeden rozdíl mezi utilitaristickými teoriemi. Je zvykem rozlišovat mezi utilitarismem činů a utilitarismem pravidel [Hooker 2000]. Podle první verze této etické teorie je třeba při každém rozhodování posuzovat každý konkrétní čin (a jeho alternativy) a rozhodnou, který z nich přináší největší užitek (měření poměrem újmy a benefitů). Utilitarismus pravidel, naproti tomu, posuzuje obecná etická pravidla a táže se, která z nich přinášejí největší užitek. Utilitarista činů tedy nedisponuje obecnými odpověďmi. Chceme-li vědět, zda je například nějaká praxe (řekněme odpojování od přístrojů v kontextu závěru života) morálně přípustná, zastávce této verze utilitarismu nejspíše odpoví: záleží na každém jednotlivém případě. V některých ano (protože se maximalizuje užitek), v jiných však ne (neboť by představovala suboptimální řešení). Utilitarismus pravidel, naproti tomu, může odpovědět obecně a tvrdit, že za splnění určitých podmínek je odpojení od přístrojů v kontextu závěru života morálně přípustné a není nutné posuzovat poměr újmy a benefitů v každém jednotlivém případě.

Principlismus

Principlismus (či principialismus) představuje velmi vlivnou alternativu k dalším morálním teoriím a zejména v 90. letech 20. století se někdy ztotožňoval se samotnou bioetikou. Tato teorie vznikla na Georgetown University ve Washingtonu, D.C. a je to asi nejpoužívanější morální teorie v oblasti medicíny [Kuře 2020]. Je zajímavé pozorovat, že lékaři ji často mají za jedinou relevantní bioetickou teorii, která má potenciál v každé situaci optimálně řešit všechna dilemata klinické praxe. Autoři tohoto přístupu k lékařské etice se domnívají, že

jejich čtyři principy jsou jednoduché, všeobecně přijatelné a snadno aplikovatelné v praxi [Beauchamp 2019]. Těmito čtyřmi principy jsou:

1. Princip beneficence.
2. Princip non-maleficence.
3. Princip respektu k autonomii.
4. Princip férovosti.

Princip beneficence určuje v etické rovině samotný smysl a cíl lékařské praxe, vyjádřitelný jednoduchou zásadou „vždy a za všech okolností prospívej svému pacientovi“. Třebaže tento požadavek zní velmi jednoduše, v praxi může narážet na celou řadu problémů spojených s interpretací slova „prospívat“. Jistě si dokážeme představit celou řadu situací, kdy není těžké vyhodnotit, že příslušná intervence pacientovi skutečně prospívá. Nemusí tomu ale tak být vždy. Komu a jak prospívá lékař provádějící interrupce? Mohou lékaři selektovat embrya s nějakou genetickou poruchou (např. hluchotou), jelikož si to neslyšící rodiče přejí? Prospívají pacientům některé hraniční zákroky kosmetické chirurgie?

Druhý princip klade určitá omezení na naplňování smyslu a cíle lékařské praxe. Vyjadřuje se klasickým latinským výrokem *Primum non nocere* a zakazuje lékařům působit újmu. Tím se principlismus rozchází s utilitarismem. Nicméně i tento zdánlivě jednoduchý princip nemusí být snadné aplikovat v praxi. V první řadě je třeba upřesnit, že nezakazuje působit jakoukoli újmu, nýbrž pouze újmu úmyslnou. Když například lékař předepisuje či aplikuje chemoterapii, uvědomuje si velmi dobře, že bude mít celou řadu negativních důsledků (= újmy). Tyto důsledky však nejsou přímou intencí podání léčby, a i proto se snaží jejich rozsah a vážnost minimalizovat. Další problém, jako v předchozím případě, spočívá v někdy obtížné interpretaci konkrétních situací a určení, zda příslušná intervence zahrnuje či nezahrnuje újmu. Je odpojení od přístrojů v kontextu závěru života v rozporu s druhým principem? Je s ním v rozporu paliativní sedace spojená s ukončením výživy a hydratace?

Třetím principem je princip respektu k autonomii. Ten vyjadřuje důležitý posun od tradičního paternalismu k ideálnímu rámci sdíleného rozhodování mezi pacientem a lékařem. Pacient totiž není jenom biologický organismus s určitou nemocí, ale také lidskou bytostí, osobou, morálním aktérem s jistými představami o tom, co je pro něj dobré a správné. Lékař sice představuje experta na jeden aspekt svého pacienta (chápaného jako biologický organismus), není však expertem na onen neméně důležitý druhý aspekt. Ideálem sdíleného rozhodování je celistvé uchopení reality každého životního příběhu pacienta a dosažení vzájemné shody, která respektuje poznatky medicíny a postupy *lege artis*, současně však přihlíží k pacientovu hodnotovému systému.

Konečně posledním principem je princip férovosti, jež lze interpretovat různými způsoby. Primárně ho můžeme chápat tak, že lékařům ukládá nečinit mezi svými pacienty žádné rozdíly založené na morálně a medicínsky irelevantních faktorech, jakými jsou např. společenské postavení, barva pleti, vyznání apod. V tomto ohledu není obtížné princip férovosti

respektovat. Uvědomíme-li si však, že tento princip rovněž vyžaduje férovou alokaci zdrojů, včetně zdrojů vzácných, můžeme se snadno dostat do situací, kdy budeme postrádat bližší vodítka, jak v praxi postupovat.

Tyto čtyři principy, vzaté individuálně, nejsou tak snadno aplikovatelné v praxi, jak by se mohlo zdát (a jak by si jejich autoři přáli) [Gert 1997]. Další problémy se objevují v okamžiku, kdy posuzujeme aplikovatelnost v praxi všech čtyřech principů dohromady. Představme si pacienta, který žádá o eutanazii v zemi, kde je tato praxe legální. Jestliže ji lékař provede, nepochybně vyjádří svůj respekt k principu autonomie. Bude ale současně respektovat první dva principy, tj. přinese jeho jednání pacientovi nějaký prospěch a současně mu nezpůsobí žádnou újmu? Zde je již třeba vykročit za čtyři principy a posoudit situaci ve světle dalších hodnotových a medicínských soudů. Mohli bychom například tvrdit, že pacient je v terminálním stádiu choroby, nesmírně trpí, opakovaně žádá o smrt z rukou lékaře. A vzhledem k této situaci by smrt nebyla pro pacienta špatnou, ba právě naopak, byla by pro něj vysvobozením z jinak neřešitelné a nesnesitelné situace. Bylo by tedy možné dojít k závěru, že smrt pacientovi přinesla prospěch (vysvobodila ho z utrpení) a nezpůsobila mu újmu (smrt pro něj nebyla za daných okolností špatná).

Jednou z možností, jak řešit možný konflikt čtyř principů je interpretace dané situace ve světle medicínských a hodnotových soudů a poukázání na to, že konflikt je pouze zdánlivý. Druhá možná strategie se zaměřuje na to, že všechny čtyři principy nejsou platné absolutně, ale pouze *prima facie*. To znamená, že v konkrétní situaci mohou některé principy ustoupit do pozadí (aniž by pozbyly svou platnost) a být převáženy principy jinými. Hlavní problém s tímto přístupem spočívá v tom, že nedisponujeme nějakou jasnou „metodikou“, jak v konkrétních situacích jednotlivé principy poměřovat, které nechat ustoupit do pozadí a které naopak nechat převážet nad ostatními. Některé situace mohou být relativně snadné. Představme si, že pacient žádá nějakou alternativu terapie, jež podle lékaře zahrnuje více negativních důsledků než terapie jím navržená. Nicméně tyto důsledky jsou mírné (např. bolest hlavy), lékař proto může upřednostnit autonomii pacienta a předepsat mu jím žádanou terapii. Jak však postupovat v situacích, kdy je možná újma závažnější? Jaké principy by například měly převážet v případě, kdy neslyšící rodiče žádají o implantaci embrya s genetickou poruchou, jež se vyvine v neslyšící dítě?

Navzdory těmto problémům zůstává principlismus i nadále nejvlivnější etickou teorií současné bioetiky. Jak však mé kritické poznámky ukazují, od lékařů tento přístup vyžaduje mnohem více než by se mohlo na první pohled zdát. Vyžaduje od nich, aby v konkrétních situacích vykračovali za hranice čtyř principů a snažili se danou situaci posoudit ve světle dalších medicínských a hodnotových kritérií. Je to nepochybně nelehký úkol, neboť na lékaře klade požadavek, aby měli skutečný zájem o dobro a prospěch svých pacientů a nevnímali sami sebe pouze jako experty v oblasti medicíny. Určitá etická průprava, citlivost k hodnotám, pěstování morálních ctností a holistický pohled na pacienty by měly být neoddelitelnou součástí dobré medicínské praxe.

ROLE ETIKY VE ZDRAVOTNICTVÍ

Etika a pregraduální studium medicíny

Lékařská etika je obor, který se vyučuje na lékařské fakultě většinou na začátku klinické části studia. V ČR je mu věnována tradičně nižší pozornost i priorita, a ve srovnání s výukou v zahraničí má jen nízkou míru propojenosti s klinickou medicínou. Studenti se v něm učí teoretickým základům etiky, morální filozofii.

Ve srovnání s pregraduálním studiem medicíny v USA dostávají aktuální témata jen malý prostor. Například na Harvardově univerzitě se zhruba jedna třetina kurikula předmětů klinická etika každoročně obměňuje [Zaidi 2018]. Uvedu několik příkladů. Nově dostupné velmi drahé léky na mimořádně vzácná onemocnění (spinální muskulární atrofie) otvírají téma, jak eticky (transparentně a spravedlivě) přidělovat extrémně finančně náročnou léčbu, u níž ještě přesně neznáme její dlouhodobý efekt. Dalším aktuálním tématem je otázka rasové nespravedlnosti a rozdíl v přístupu k péči i výsledcích léčby (social determinants of health), nebo široká dostupnost zdravotní péče a všeobecné zdravotní pojištění („Obama care“). Od roku 2020 v souvislosti s pandemií covid-19 ústřední roli zaobírají témata jako alokace vzácných zdrojů nebo prioritizace při vakcinaci.

Pro postavení klinické etiky v prostředí české medicíny je příznačná velmi nízká provázanost s klinickou praxí. Jen velmi zřídka lze vidět v každodenní praxi v nemocnici návaznost na to, co se studenti učí ve škole.

Koncept mikroetiky

Významným příspěvkem k výuce i postavení etiky v každodenní klinické praxi je koncept „microethics“ [Truog, 2015]. Tvůrcem tohoto pojmu, který vyjadřuje etickou povahu prakticky kteréhokoliv medicínského rozhodnutí, je bioetik Robert Truog, vedoucí harvardské divize bioetiky. Podstatou je představa, že kterékoli rozhodnutí, které lékař činí, má etickou pozadí nebo povahu.

Tradiční přístup k výuce lékařské etiky vychází z morální filozofie a definuje jak obsah vyučovaného, tak metodiku uvažování o etických dilematech. Většina pedagogů se do značné míry opírá o metodu výuky etiky založenou na konkrétních případech (kazuistikách) a etické uvažování zakládá na pohledu teorií vycházejících z morální filozofie, kam patří konsekvenzialismus, deontologie a principlismus.

Při použití tohoto přístupu se příklady používané při výuce zaměřují často na extrémní nebo výjimečné až raritní situace. Například proto, že říkat pravdu je obecně považováno za nekontroverzní zásadu, se v rámci výuky bioetiky kazuistiky zaměřují na výjimečné modelové situace, kdy může být ještě eticky ospravedlnitelné lhaní/neříkání pravdy pacientům (koncept terapeutického privilegia). Podobně je tomu v případě informovaného souhlasu, který je obecně přijímán jako základní etický prvek ve vztahu lékař - pacient. Pedagogové

často upřednostňují neobvyklé a vzácné případy, kdy lékaři mohou léčit pacienty, aniž by získali jejich souhlas. A konečně, v tradiční výuce lékařské etiky se běžně zdůrazňují kontroverze, které generují pozornost médií, jako jsou debaty o život udržujících léčebných postupech, o eutanázii nebo o potratech.

Tento přístup však může selhat v zachycení celého spektra mnohem četnějších etických úvah, se kterými se můžeme setkávat v klinické praxi. Velmi přesně to vyjádřil Paul Komesaroff: „Zásadní etické problémy vyvstávají při těch klinických rozhodnutích, která se na první pohled zdají být nejjednodušší a nejpřímější“ [Komesaroff, 1995].

Příkladem z klinické praxe je způsob, jak anesteziologové získávají informovaný souhlas od jinak zdravých pacientů s rutinní anestezí s nízkým rizikem komplikací. Formulář informovaného souhlasu obvykle uvádí „smrt“ jako potenciální závažnou komplikaci anestezie, ale text si pečlivě přečte jen málo pacientů a anesteziologové se velmi liší v tom, zda a jak otevřeně v rámci předanestetického vyšetření pacienty informují o možnosti této vzácné komplikace. Někteří anesteziologové se tomuto termínu „programově“ vyhýbají, jiní přizpůsobují svůj přístup podle toho, zda se domnívají, že pacient by si přál znát všechny podrobnosti, nebo že by toho chtěl vědět raději méně než více. Anesteziologové mají pozoruhodně malou průpravu a dovednosti v tom, jak se orientovat v těchto a dalších etických výzvách v rozhovorech s pacienty.

V medicínské praxi jsou podobné rozvahy jen zřídka vnímány jako rozhodnutí „etické povahy“, přestože vycházejí z každodenních klinických situací a v literatuře jsou pojmenovány a diskutovány [Mandal 2015]. Dokonce i zkušení lékaři někdy bojují s tím, jak o nich přemýšlet a většinou je považují za komunikační problém, nikoliv za otázku morálních charakteru.

Pod tímto úhlem pohledu můžeme lépe chápat koncept mikroetiky. Přístup tradiční etiky je „pohledem zvenčí“, zatímco mikroetický přístup je „pohled zvnitř“. Výhodou pohledu zvenčí je možnost jeho zkoumání prostřednictvím teoretické analýzy, je zobecnitelný a konzistentní napříč případy. Pohled zvnitř, mikroetický pohled, je pro každou situaci jedinečný, vzniká spontánně v určitém časovém okamžiku a je vytvářen interakcí mezi účastníky. To je neoddelitelně spojeno s verbálními i neverbálními způsoby naší komunikace – a přímo použitelné v každodenní klinické praxi, podobně jako fyzikální vyšetření.

Truog zdůrazňuje, že oba zmíněné přístupy nejsou protichůdné při řešení etického dilematu, ale naopak se velmi dobře doplňují. Dobré etické rozhodnutí v každém konkrétním případě musí zahrnovat dialektiku mezi oběma pohledy. Truoga má tendenci srovnávat pouze pohled zvenčí s „etikou“, zatímco etické důsledky pohledu zvnitř, které zvyšují schopnost žáka integrovat teorii do každodenních klinických setkání, zůstávají převážně neprozkoumány a „žáci to neumí“. Expozice a znalosti obou přístupů podporují schopnost lékařů dynamicky se pohybovat mezi těmito dvěma perspektivami.

Běžnou zkušeností je, že lékaři obvykle neumí rozpoznat etické prvky, které jsou základem každodenních klinických rozhodování. Málokdo si všimne, že volba anesteziologa použít slovo „smrt“ pro získání souhlasu s rutinním anestezií nebo volba lékaře použít slovo „odejde“ místo „zemře“ v kontextu konce života je etická volba, která si zaslouží hlubší prozkoumání a reflexi.

Propojení klinické praxe a etiky

Názorným příkladem toho, jak může být užitečné propojení klinické praxe a lékařské etiky, je konání (v zahraničí běžných) klinicko-etických seminářů [Rasoal 2017]. V českém prostředí mají tradičně dlouhou tradici a zázemí analogické klinicko-patologické semináře, kde se verifikuje klinicky postup na základě sekčních nálezů.

Při své stáži na Harvardově univerzitě jsem měla možnost se jednoho takového klinicko-etického semináře účastnit. Klinicky případ, který byl diskutován, se týkal kardiochirurgie a měl několik rovin. Etickým dilematem byla otázka, zda je chirurg povinen operovat pacienta, který opakovaně nedodrжуje doporučená režimová opatření. Konkrétně se jednalo pacienta s abuzem intravenózních návykových látek, který byl indikován k náhradě srdeční chlopně. Diskuse nad případem trvala asi hodinu a půl, největším přínosem a překvapením pro mě bylo, z kolika rovin bylo nutné se na tento případ podívat, než se účastníci dokázali shodnout na společném závěru. Brala se v úvahu jak minulost pacienta, tak jeho aktuální stav, zvažovalo se též jeho zázemí a anticipovala se možnost jeho spolupráce a dodržování léčebného postupu do budoucna. To ovšem zdaleka nebylo všechno. Diskutovalo se také to, že kvůli jednomu nonkompliantnímu pacientovi bude odloženo několik plánovaných operací pro pacienty, kteří již byli objednáni a všechny doporučené postupy dodrželi. Důležité bylo stanovisko chirurga, který vyjadřoval pochybnost o smysluplnosti operování pacienta, u něhož lze předpokládat, že vynaložené operační úsilí ostatních nezúročí a bude i dále užívat drogy, které pravděpodobně chlopně opět poničí - a pak bude možná nutná reoperace.

Klinické etické komise využívají často strukturované přístupy k diskusi. Příkladem takového strukturovaného modelu je šestistupňový model [Førde 2011], který postupuje v následujících bodech:

1. Co je v této klinické situaci etický problém / jedná se v tomto případě o etickou otázku?
2. Jaká jsou fakta případu?
3. Kdo jsou zúčastněné strany a jaké jsou jejich postoje a potřeby?
4. Jaké jsou relevantní hodnoty, principy, ctnosti, zkušenosti z podobných situací a ev. relevantní právní normy a postupy?
5. Jaké by mohly být možné kroky při řešení?
6. Diskutujte o uvedených bodech a pokuste se formulovat jednu nebo více přijatelných kroků k řešení a závěr - shrnutí.

Nízká míra propojenosti mezi výukou etiky a klinickou praxí je fenomén, který se prakticky v ČR projevuje na více úrovních:

1. často se v kontextu etického rozhodování (např. v kontextu ukončování nebo limitace péče) plošně v dokumentaci užívá předpřipravený text, který se kopíruje a je vždy stejný, pro všechny pacienty – jedná se tedy vlastně o defaultní formulaci (příkladem může být: *„vzhledem k vývoji klinického stavu (a ...) při progresi selhání / progresi šoku je prognóza quad sanationem hodnocena jako nemožná, prognóza quad vitam tudíž infaustní. Další pokračování orgánové podpory, resuscitační terapie je terapií marnou, pouze prodlužující stav umírání. Indikován k přechodu do terminální paliativní terapie“*)
2. v ČR není tradice etického poradenství, první certifikovaný kurz se uskutečnil teprve zcela nedávno [ČSPM kurz vzdělávání 2021]
3. etické komise zřizované při jednotlivých zdravotnických zařízeních se většinou věnují problematice klinických a lékových studií nebo grantovým projektům, jen vzácně se zabývají dilematickými otázkami z běžné medicínské praxe „Etickou komisí se rozumí poradní orgán poskytovatele zdravotních služeb, jehož úkolem je dohled nad klinickými zkouškami v rozsahu ochrany práv a bezpečnosti subjektů hodnocení s důrazem kladeným na etická hlediska.“ [SUKL].
4. v ČR republice neexistuje institut centrální etické komise, jako například v Německu, [Deutscher Ethikrat] nebo Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé ve Francii [Comité national d'éthique].

VYBRANÁ VÝZNAMNÁ ETICKÁ TÉMATA SOUČASNOSTI VE ZDRAVOTNICTVÍ SE ZAMĚŘENÍM NA INTENZIVNÍ PÉČI

Klinická etika jako součást rutinní medicínské praxe - osobní zkušenost

Etika ve zdravotnictví byla dlouho vnímána jako víceméně okrajový doplněk ke klinické medicíně. Hlavní zaměření etiky v medicínské praxi intenzivní péče bylo *de facto* směřováno ke komunikaci s obtížnými rodinami a k otázkám umírání a limitace léčby [Cvachovec 2010].

Problematické vnímání etiky v současné době a jejího přímého propojení s klinickou medicínou 21. století v České republice má komplexní příčiny, od tradic a historického chápání až po veřejnou diskusi kontroverzních témat, metodologii medicíny a velmi emočně zabarvené diskuse nad eutanázií. Tento vývoj v určité zkratce charakterizuje i moje osobní zkušenost s „živou etikou“ v klinické praxi.

Etickým tématům s medicíně jsem se začala věnovat již v pátém ročníku na medicíně, a to v rámci své stáže ve francouzské nemocnici Pitié-Salpêtrière. Pracovala jsem tam na urgentním příjmu. Výuka mediků ve Francii probíhá odlišně než v ČR: od klinických čtvrtých ročníků jsou studenti přímo vedeni k práci pod dohledem. V České republice je stále těžiště

výuky v rámci stáží na lůžkových odděleních, kde medicíci mají možnost vyšetřit pacienty již delší dobu hospitalizované, s probíhajícím nebo často dokončeným diagnostickým procesem. Ve Francii naproti tomu výuka probíhá systematicky i na urgentním příjmu, kde má medik možnost vyšetřit akutně přijímaného pacienta, učí se z vyslechnutí jeho obtíží a klinického vyšetření syntetizovat první kroky diferenciální diagnostiky akutního stavu a první postupy v léčbě akutních stavů.

Prakticky vypadá zapojení mediků do výuky následovně: úkolem medika je odebrat anamnézu a provést základní fyzikální vyšetření. Poté přivolá staršího kolegu, který jeho práci zkontroluje. Organickým způsobem se tak vlastně učí vždycky mladší od někoho s větší zkušeností. V pravidelných intervalech probíhá vizita vedoucího oddělení, který všechny pacienty na urgentním příjmu prochází a dělá důležitá rozhodnutí. Právě v průběhu těchto vizit jsem se poprvé setkala s tím, že i do rozvahy o terapeutickém plánu patří i etické otázky, přesně v duchu mikroetického konceptu [Fleury 2020].

Velmi živě si vybavuji jeden konkrétní případ, jednalo se o péči o bezdomovce. Bylo už rozhodnuto o propuštění pacienta z lůžka urgentního příjmu po delší observaci, a vedoucí lékař se zeptal, jakým způsobem a jakými léky by měl být vybaven. Medicíci začali vyjmenovávat léky na srdeční selhání, antihypertenziva a antikoagulaci pro fibrilaci síní. Vedoucí lékař se zarazil a řekl jim „*představte si, kam teď ten pacient asi tak může jít? Myslíte, že si ty léky vyžvedne, myslíte že je bude užívat? Kde si myslíte že dneska v noci bude spát?*“ V tu chvíli nastalo mezi mediky hluboké ticho, a všem došlo, že technicky a věcně správná prevence cévní mozkové příhody u pacientů s nově zjištěnou fibrilací síní v tomto případě prostě nebude fungovat. Mnohem později jsem si i uvědomila, že tohle vlastně je klinická etika v praxi. Jak v tomto kontextu udělat něco přínosného pro tohoto konkrétního pacienta? Co znamená v této situaci pojem „medicínsky správně“ a co je „dobře pro pacienta“? A vlastně jak vůbec z medicínského pohledu tomuto člověku smysluplně pomoci? Tam byl tedy začátek zájmu o etické aspekty péče v mé profesní dráze.

Asi nejdůležitějším milníkem mé kariéry bylo setkání s profesorem Elie Azoulay, bylo to v rámci intenzivistického kongresu, kterého jsem se zúčastnila, opět ve Francii, o řadu let později, jako lékař se specializovanou způsobilostí v anesteziologii a intenzivní medicíně. Prof. Azoulay tehdy přednášel o vyhoření zdravotníků, zejména v prostředí intenzivní medicíny [Poncet 2007]. Všechna moje pozorování, která jsem v tu dobu jako lékařka s krátkou, asi tříletou praxí vnitřně cítila, dokázal uchopit, formulovat, podložit robustním množstvím dat z odborné literatury a srozumitelně prezentovat na kongresu. Po přednášce jsem šla jsem za ním, zeptala se, zda bych přijet na stáž na jeho kliniku, a nakonec z toho bylo několik delších studijních pobytů, včetně možnosti pracovat jako editor v časopise Evropské společnosti intenzivní medicíny (European Society of Intensive Care Medicine, ESICM) - Intensive Care Medicine.

Komunikace v intenzivní péči a porozumění u příbuzných hospitalizovaných pacientů

Komunikace lékař-pacient/rodina

Komunikace je často vnímána jako běžná, vedlejší dovednost, kterou zdravotníci mají a používají automaticky bez zvláštního úsilí. Vnímání komunikace jako specifického medicínského výkonu (podobně jako existuje výkon typu kanylace centrální žíly, fyzikální vyšetření apod.) zatím nemá v ČR tradici ani podporu. Komunikace přitom patří mezi důležité „neinstrumentální“, netechnické dovednosti lékaře [Levinson 2010]. Bez dobře zvládnutých komunikačních dovedností se lékař neobejde, zejména v kontextu sdělování nepříznivých zpráv, diskusi o prognóze, alternativách dalšího postupu, nebo komunikaci o cíli péče. Jako zcela nepostradatelná se pak jeví v kontextu emočně náročných nebo konfliktních situací v intenzivní péči.

Z literatury víme, že ve více než 50% případů je komunikace hodnocena rodinami jako nedostatečná [Azoulay 2000]. Navíc bylo často zjištěno, že lékařům chybí důležité dovednosti, jako je aktivní naslouchání a reakce na rodinu [Curtis 2005] a zejména schopnost reagovat adekvátně na emoce v rozhovoru s pacientem [Mohan 2010].

Komunikace v medicíně se zařazuje mezi takzvané „soft skills“ (měkké dovednosti). V posledních letech se rozšiřuje její výuka i na lékařské fakultě, ale i nadále je jedním z hlavních důvodů nespokojenosti pacientů nebo rodinných příslušníků na poskytnutou zdravotní péči vlastně nedobře zvládnutá komunikace. Ta pak generuje často eskalované konfliktní situace, které následně vyústí ve stížnost, někdy i s právními důsledky.

Existuje řada studií, které jasně popsaly účinné strategie naplnění potřeb členů rodiny, která má svého blízkého hospitalizovaného v prostředí intenzivní péče. Studie navrhly řadu doporučení podporujících kvalitu a efektivitu komunikace mezi lékařem a rodinou pacientů v intenzivní péči [Azoulay 2018, Curtis 2016, Kynoch 2016].

Modelová situace - konflikt na JIP

Nyní vyvstává důležitá otázka: proč jsou lékaři, přestože informace o významu komunikace a důsledcích nezvládnuté komunikace mají, tak rezistentní vůči změnám ve své klinické praxi? Vztah mezi znalostmi (vědomostmi) a chováním byl důkladně studován a ukázalo se, že chování není až tak určováno množstvím znalostí (*amount of knowledge*), ale spíše kombinací znalostí a životního postoje (*attitude-relevant knowledge*) [Fabrigar 2006].

Tento koncept můžeme ilustrovat na principu komunikace na jednotce intenzivní péče. Představme si JIP jako společný prostor sdílený dvěma radikálně odlišnými světy, které však musí vzájemně efektivně komunikovat.

Na jedné straně jsou to pacienti a jejich rodiny, které představují „přirozený svět“ [Kohak 1989]. Velmi touží po informacích, jsou zranitelní, emotivní a často úzkostní nebo depresivní, někdy s výrazně sníženou pozorností a omezeným vnímáním i porozuměním. Pro pacienty a rodiny jsou nejdůležitější osobní hodnoty a životní cíle.

Na druhé straně je tu lékařský tým, který představuje „vědecký“ nebo „technologický“ svět. Lékaři mají přístup k informacím a faktům, jsou ale pod značným tlakem v důsledku nutnosti přijímat obtížná rozhodnutí v kontextu kritické nemoci, mnohdy v kombinaci s úzkostí danou prognostickou nejistotou. Pro lékařský tým jsou nejdůležitější fakta, logika, pravidla a lékařská evidence.

Tyto dva světy mají nejen různé zdroje stresu, ale také různé strategie zvládnání (*coping strategies*). Mechanismy zvládnání používané blízkými (laiky) často zahrnují regresi, popírání, agrese a somatizaci [Frota 2021], zatímco mechanismy zvládnání pro zdravotníky mají často podobu intelektuální (tj. potlačit zapojení emocí zaměřením se na fakta a logiku) [O'Dowd 2018].

Konfliktům v intenzivní péči se odborná literatura v posledních letech věnovala velmi široce a do hloubky. V souvislosti s konflikty je třeba zkoumat více aspektů: definice konfliktu v prostředí intenzivní péče, rozdělení konfliktů, jejich četnost, definovat, zda má či nemá dopad na klinický stav a další vývoj nemoci, ale i to, do jaké míry souvisí s etickým klimatem a rozhodováním o zdravotní péči.

Konflikty na pracovišti jsou velmi složité fenomény. Je důležité rozlišovat konflikty, kterým se nelze vyhnout od konfliktů, kterým lze předcházet; škodlivé versus prospěšné konflikty; a konflikty s příčinami a důsledky na úrovni jednotlivce, skupiny a organizace [De Dreu 2007].

Všichni, kteří pracují na JIP se ve své každodenní praxi setkávají s konflikty. Stres ovlivňuje každého na JIP: leží zde nejzávažněji nemocní pacienti z celého zdravotnického zařízení, a sestry a lékaři se tu musí vyrovnávat nejen s vysokou úmrtností svých pacientů, ale současně i se značným časovým tlakem.

Údaje o konfliktech v intenzivní péči závisí na definici konfliktu, designu studií (kvalitativní versus kvantitativní), mixu klinických dat o pacientech a zkusmání při vyhledávání rizikových situací a jejich spouštěčů (*detection bias*).

Konflikty vnímané zdravotníky jsou časté a spočívají hlavně v konfliktech uvnitř týmu [Ervin 2018]. Dva hlavní zdroje konfliktů na JIP jsou rozhodování o limitaci péče a komunikační problémy. Konflikty negativně ovlivňují bezpečnost pacientů, péči zaměřenou na pacienta/rodinu a týmovou pohodu a soudržnost. Konflikty rovněž generují vyhoření zaměstnanců a v důsledku zvyšují náklady na zdravotní péči.

K lepšímu pochopení typologie komplexních konfliktů na JIP a k jejich řešení jsou zapotřebí kvalitativní studie vycházející z teorií společenských věd o konfliktech na pracovišti. Prevence a řešení konfliktů jsou složité problémy vyžadující multimodální intervence a klinický výzkum v této oblasti není dostatečně rozvinut [Almost 2016]. Proto dosud nejsou k dispozici jednoznačná doporučení. Strategie prevence se rozvíjejí ve dvou rovinách: lepší porozumění zkušenostem rodin/příbuzných a jejich preferencím a hodnotám; a také komunikace založená na důkazech (*evidence based communication*).

Průnik problematiky komunikace, závěru života v intenzivní péči a dárcovství orgánů

Kazuistika mladé pacientky s infaustním postanoxickým postižením

Jedním z příkladů, jak se protíná problematika intenzivní péče, závěru života a komunikace, může být následující kazuistika mladé třicetileté pacientky se sedmiměsíčním dítětem. Pacientka podstoupí plánovaný operační zákrok (náhradu aortální chlopně) s nekomplikovaným pooperačním průběhem, a po 10 dnech je propuštěna z nemocnice domů. O několik dní později se náhle rozvine fibrilace komor se zástavou oběhu. Manžel zahájí telefonicky asistovanou kardiopulmonální resuscitaci, po příjezdu záchranné služby je pokračováno v rozšířené resuscitaci, ale oběh se podaří obnovit až po 25 minutách od zástavy.

Další neurologický vývoj je nepříznivý – pacientka se nebudí do kontaktu, přetrvává komatózní stav se zachovanými kmenovými reflexy a decerebrační rigiditou. CT nachází rozsáhlé oboustranné parietookcipitální hypodenzity. Na EEG je plochá křivka s nepravidelnou beta aktivitou.

Zoufalý bratr naléhavě kontaktuje různá neurologická a anesteziologická pracoviště s prosbou o převzetí pacientky, z jeho dopisu je znát bezmoc bezradnost a zoufalý boj o naději na zlepšení zdravotního stavu jeho sestry. Mezitím je konstatována infaustní prognóza pacientky, je zavedena tracheotomie a PEG a domluven překlad do hospicové péče.

Hlavní komunikační konflikty na příkladě kazuistiky

Diskrepantní očekávání

Prvním momentem, který tato kazuistika názorně dokumentuje, je úplná rozpojenost a míjení mezi očekáváním lékařů a očekáváním bratra. Zatímco zdravotníci očekávají nepříznivou prognózu dalšího vývoje, bratr nemá na situaci náhled, nechápe podstatu nezvratného postanoxického postižení mozku a domnívá se, že je potřeba lepší péče „více zatlačit“ na zdravotnický systém, aby se sestře dostalo lepší péče a mohlo nastat zlepšení stavu. Jedná se zde o typickou situaci, se kterou se setkáváme jako paliatři často: diskrepantní očekávání.

Chybějící zápis v dokumentaci o probíhající komunikaci s rodinou, léčbě a prognóze

Druhým momentem je fakt, že tato diskrepance není reflektována v dokumentaci pacientky. Lékaři často v této souvislosti zmiňují, že rodině podrobně vše opakovaně vysvětlovali, a že rodina to zkrátka nechce pochopit, popírá apod.

Vzhledem k tomu, že se jedná o mladou ženu se sedmiměsíčním dítětem a širší rodinou, je dobré porozumění jedním z klíčových cílů v péči o pacientku. Má velký dopad na další osud a prospívání jak dítěte, tak i celé rodiny. Komunikaci v současném systému zdravotní péče stále není přisuzována adekvátní důležitost. Lékaři se často spokojí s tím, že informaci

předali. Standardním přístupem paliativního týmu v podobné situaci přitom je zápis do dokumentace o komunikaci s rodinou, vyhodnocování náhledu a podpora porozumění.

V tomto kontextu je velmi ilustrativní nedávný přístup portugalského premiéra da Costy, který v souvislosti s rychlým nástupem druhé vlny kovidové pandemie v Portugalsku na přelomu roku 2020 a 2021 explicitně vyjádřil to, že pokud informaci, kterou se snaží vláda předat, nikdo nerozumí, není to jeho chyba veřejnosti, ale chyba vlády [Drake 2021]. Dlouhodobým problémem zdravotnictví je, že takto to v klinické praxi vnímáno není, stále přetrvává opačné pojetí: chyba je na straně toho, kdo informaci nechce pochopit.

Pojmenování smysluplného cíle péče i při nepříznivé prognóze

Dalším momentem je chybějící formulace smysluplného cíle péče v dokumentaci pacientky. Dokumentace se tak stává sledem výsledků laboratorních vyšetření, doporučení jednotlivých specializací – ORL doporučuje postup při péči o tracheotomii, gastroenterolog plánuje kontroly PEGu, rehabilitační lékař ordinuje pasivní pohyby končetinami a prevenci dekubitů a kontraktur, kardiolog podrobně rozepisuje nastavení antikoagulace a antiagregace u mechanické náhrady chlopně a neurolog uzavírá, že se jedná o vigilní koma s infaustní prognózou a navrhuje hospicovou péči. Zcela přitom v dokumentaci chybí souhrn, integrace, interpretace výsledků a zasazení doporučení do konkrétní situace pacientky.

Vůle pacienta, jeho hodnoty a preference

Posledním momentem je absence snahy zjistit a dokumentovat vůli pacientky, resp. informovaného souhlasu s navrhovaným postupem. I pokud se pacientka předem nevyslovila (například prostřednictvím sepsání tzv. dříve vysloveného přání), nelze automaticky předpokládat, že u kompetentního pacienta automaticky lékaři rozhodují o všem sami. Je zcela na místě a eticky žádoucí, aby byl učiněn pokus o zjištění hodnot a preferenci pacientky, například zprostředkovaně od rodiny. O tom v dokumentaci ale rovněž není zmínka.

Promarněná příležitost na příkladě kazuistiky

Uvedená kazuistika je modelovým příkladem promarněné příležitosti (*missed opportunity*) z pohledu ztráty potenciálního dárce orgánů. Nevratné poškození mozku, které však nevede k vymezení všech reflexů a k diagnostice smrti mozku, je nejčastější situací, která umožňuje darování orgánů v režimu tzv. dárce s nebijícím srdcem (*non heart beating donor*): dárce u něhož je smrt stanovována průkazem nevratné zástavy oběhu po odejmutí přístrojové podpory orgánových funkcí.

Tento bod navazuje na mou disertační práci, a je dobrou zprávou, že v ČR je již určeno jak zákonem, tak přesným metodickým pokynem, jak lze u těchto potenciálních dárců postupovat. U této mladé ženy by bylo pravděpodobně možný odběr ledvin, jater, možná také střeva a dalších orgánů a tkání k transplantaci.

Lze si tak představit, že se situace mohla odvíjet velmi odlišně: z komunikačně náročné situace nepříznivé a infaustní prognózy rodině, jsme se mohli dobrou a otevřenou komunikací přenést do situace, kdy se pacientka s úplným a nevratným poškozením mozku stává dárce orgánů, což může být smysluplné naplnění jejího života, do kterého vstoupila fatální arytmie a protražovaná zástava oběhu. Benefit pak lze očekávat jak na straně příjemce orgánu, tak i na straně rodiny pacientky (dárkyně), která si může uvědomit, že když už jejich blízká musela zemřít, tak aspoň někdo jiný díky jejímu orgánu může žít lepší život dál.

Tento klinický případ je ilustrací toho, jak efektivně a smysluplně vedená komunikace, s pojmenováním konkrétního léčebného cíle i v situaci nepříznivé prognózy, může vyústit v něco velmi dobrého a kvalitního a hodnotného jako je darování orgánů. Bez excelentní komunikace to však není možné – výsledkem totiž může být nešťastná rodina, zoufalý bratr, lékaři, kteří mají pocit, že nabízejí marnou naději se snahou „ulehčit to“, prodlužování stavu, který by možná pacientka nechtěla, aby byl prodlužován a promarněná šance pro někoho na čekací listině transplantace. Evidence based komunikace

Evidence based přístup ke komunikaci se intenzivně věnuje skupina kolem R. Arnolda a A. Backa [Back 2020, Childers 2017, Clayton 2012]. Oba autoři publikovali řadu článků o efektu intervencí na zlepšení komunikace zdravotníků, především lékařů.

Mezi základní komunikační dovednosti řadí takzvanou techniku „ask-tell-ask“, která umožňuje informování pacienta s jeho explicitním svolením a průběžné ověřování jeho porozumění. Další jejich velmi známou a vžitou formulací je „tell me more“. Ta se uplatňuje v explorativní části rozhovoru, kdy převládá snaha zjistit pacientovy potřeby ohledně informací, hodnot a preferencí apod.

Klíčovou a asi nejznámější částí jejich práce je systematická výuka sdělování nepříznivých zpráv se zaměřením na přístup, jak reagovat na emoce, které se vyskytnou v rozhovorech mezi lékařem a pacientem/rodinou [Back 2007]. Obvyklým předpokladem bývá, že lékař považuje rozhovor s pacientem za věcnou, až technickou situaci, ve které jde primárně o předávání informací. Výzkumná data ale ukazují, že podstatou komunikace a jejím základem je až v 80% nonverbální komunikace – a konkrétně v případě rozhovoru lékař-pacient se jedná o emoce, někdy velmi vystupňované. Vzhledem k tomu, že často zaznívají nepříznivé zprávy, které mají přímý dopad a dotýkají se pacientova života, lze očekávat emoce v celém spektru od smutku, zklamání a zoufalství až po úlevu pláč nebo zlobu.

Arnold a Back založili neziskovou organizaci Vitaltalk, která nabízí sérii vzdělávacích aktivit a kurzů, které jsou založeny na metodách moderní výuky dospělých [Bloom 1956, Richards 2020], jejich přístup názorně dokumentuje, že etika a úspěšná komunikace v klinické medicíně preferuje specifické kladení otevřených hodnotově zaměřených otázek a dotazování nad „smrští“ informací předávaných stresované rodině unaveným často i komunikačně nejistým lékařem.

Kdy nastává smrt a proč je tato otázka klíčová/stěžejní

Tato část habilitační práce navazuje na mojí disertaci, která se věnovala specifické otázce role pravidla mrtvého dárce jako etického pilíře dárcovství orgánů a byla unikátní tím, že v ČR nastartovala program odběru orgánu od dárců s nabíjecím srdcem.

Etická východiska transplantace

Pravidlo mrtvého dárce (dead donor rule, DDR) odráží dva základní etické principy: respekt k autonomii pacienta a princip non-maleficence. Podle tohoto pravidla platí, že životně důležité orgány (jako srdce, plíce, játra, ledviny, střevo atd.) je k transplantaci možné odebrat až po průkazu smrti pacienta [Truog 2003]. Pravidlo mrtvého dárce vyjadřuje etickou podstatu medicínské profese, že je pro lékaře nepřipustné způsobit smrt pacienta. Platí to i pro odběr a následnou (prospěšnou) transplantaci orgánů jinému pacientovi. Pravidlo mrtvého dárce je klíčovou garancí důvěryhodnosti transplantačního programu ve společnosti.

V ČR platí tzv. opt-out systém, což znamená, že se automaticky předpokládá souhlas všech občanů s posmrtným darováním orgánů. Jedinou výjimkou je situace, kdy za svého života občan vyjádří přímo nesouhlas s tímto postupem (viz zákon 285/2002Sb. v platném znění). Každý může vyjádřit svůj nesouhlas tím, že se identifikační údaje. Tím je splněn další důležitý etický požadavek – respekt a autonomie pacienta.

V rámci postgraduálního studia jsem spolupracovala na doporučení České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ČSARIM) k odběru dárců zemřelých v důsledku nevratné zástavy srdce [ČSARIM 2014]. Ve Všeobecné fakultní nemocnici tento program probíhá, a superviduji prakticky všechny odběry od takto indikovaných dárců. Etické principy odběru orgánu od tohoto typu dárců vyučuji v rámci pregraduální i postgraduální výuky studentů a lékařů.

Přestože je koncept smrti ve vztahu k transplantačnímu programu dlouhodobě v medicíně používaný, stále se setkávám s tím, že je problematické ho pro kolegy přijmout. Je to dáno tím, že se zde střetává kontraintuitivní pojetí procesu versus okamžiku smrti, když z biologického pohledu se jedná o proces, který má svoje trvání a svůj průběh. Z právního a etického pohledu je však nutno na smrt nazírat jako na okamžik. Tento rozpor je zapotřebí znovu a znovu vyjasňovat, aby byl správně pochopen a aplikován.

V roce 2020 bylo v ČR 1100 čekatelů na transplantaci životně důležitého orgánu. Jedním z měřítek kvality transplantačního programu je i počet čekatelů na transplantaci, kteří zemřou dříve, než se transplantací dočkají, těch bylo 81 ve stejném roce.

Moderní (up to date) přístup ke stanovení okamžiku smrti

Jak už bylo zmíněno, „okamžik smrti“ je z biologického pohledu proces. Víme, že některé tkáně a orgány pokračují ve funkci i poté, co je stanovena smrt, a ještě dlouhou dobu

po smrti, a to v řádu až dnů, probíhají v některých tkáních metabolické jevy a dochází např. k růstu vlasů nebo nehtů. Z právního a etického hlediska však smrt za proces z mnoha důvodů považovat nelze (např. pro dědické záležitosti nemůžeme být někde „v procesu smrti“), člověk se z právního pohledu může nacházet pouze ve dvou disparátních stavech: jako živý nebo jako zemřelý. Proto na základě celospolečenské dohody pracujeme se smrtí jako s okamžikem.

Dárci se smrtí mozku a dárci, pokud je smrt stanovena na základě nevratné zástavy oběhu - podobnosti a rozdíly

„Smrt mozku“ je považována za identickou se smrtí jedince a je definována jako ireverzibilní vymizení všech mozkových funkcí včetně mozkového kmene. Na počátku 70. let 20. století se tak podařilo najít významný společenský konsensus, který umožnil rozvinout transplantační program, zejména transplantace srdce [Ad hoc committee 1968]. Postupné kroky klinického vyšetření u dárce a vyplnění protokolu včetně výčtu možností vyšetření potvrzujících nevratnost smrti mozku jsou explicitně popsány v zákoně č. 285/2002 Sb.

Orgány od dárců zemřelých v důsledku nevratné zástavy oběhu se objevují v širším měřítku od 90. let 20. století, kdy vedle konceptu smrti mozku přibyla možnost průkazu smrti na základě nevratné zástavy oběhu [Rela 2007]. V tomto případě je smrt stanovena následujícím způsobem: po zjištěné zástavě oběhu následuje doba bezdotykového intervalu (no-touch interval) v trvání minimálně 5 minut (v některých zemích až 10 minut), což slouží k ujištění, že nedojde k samovolné obnově oběhu („Lazarův fenomén“). Až poté lékař stanovuje smrt, což je okamžik, který zároveň určuje možnost zahájit odběr orgánů k transplantaci.

Praktické aspekty a komunikace

Úspěšný odběr a transplantaci životně důležitého orgánu je třeba zahájit co nejkratší dobu po stanovení smrti, aby byl orgán v co nejlepší kondici a byla tak optimální šance, že bude u příjemce dobře fungovat. Z praktických a logistických důvodů je zapotřebí o možnosti darování orgánů uvažovat dříve, než skutečně dojde k úmrtí pacienta.

Dárce a příjemce k sobě musí patřit například krevní skupinou, u některých orgánů hraje roli jejich velikost (např. plíce) a mnoha dalšími parametry, které je třeba zvážit s dostatečným předstihem. V klinické praxi jde o technicky velmi náročnou posloupnost kroků, které na sebe musí přesně navazovat, aby byl celý proces úspěšný. Velmi důležitým aspektem je také komunikace s blízkými a příbuznými potenciálního dárce.

Celý proces od začátku hospitalizace na lůžku intenzivní péče až k odběru orgánů u dárce zemřelého následkem nevratné zástavy oběhu (tedy „dárce s nebijícím srdcem“) lze přiblížit ilustrativním příkladem.

Ve chvíli přijetí pacienta je prognóza zatížena vysokou mírou nejistoty a o pacienta pečujeme v zásadě s cílem ho uzdravit. Když se však postupem času ukáže, že je prognóza nepříznivá, zdravotní stav už není slučitelný se životem mimo prostředí intenzivní péče -

a zároveň by posmrtně odebrané orgány mohly pomoci někomu na transplantační čekací listině, pokračujeme v péči, která se nazývá péče o ‚potenciálního dárce orgánů‘.

Je důležité rodinu a blízké pacienta s touto informací seznámit a společně probrat možnost zařazení pacienta do transplantačního programu. Dialogu s rodinou se účastní ve VFN ošetřující lékař a paliatr. Blízcí pacienta většinou potřebují čas, aby se se situací vyrovnali a dokázali se v ní správně zorientovat. V naprosté většině případů nakonec odběr orgánu podpoří. Vnímají to jako smysluplnou a správnou věc, přestože první reakce může být negativní.

Pro příbuzné potenciálního dárce je v tomto ohledu zásadní mít absolutní jistotu, že smrt byla správně stanovena, a že zahájit dárcovský proces je bezpečné. V literatuře až donedávna nebyla dostupná data, která by lékaři mohli srozumitelně předat rodinným příslušníkům s tím, že se jedná o informace založené na širokém vědeckém výzkumu (tomuto tématu je věnována část této habilitační práce, viz příloha 5).

Na rozdíl od zmíněného příkladu je u dárců s prokázanou mozkovou smrtí z logistického pohledu situace jednodušší. Zemřelý pacient (dárce) je napojen na ventilátor, srdce mu bije, a smrt mozku se stanovuje na základě klinického nálezu absence kmenových reflexů, kterou je nutné potvrdit pomocným vyšetřením (např. průkaz absence intrakraniálního průtoku krve angiografií). Diagnóza smrti je zde vlastně administrativním úkonem, formálně jde obvykle o časový údaj, kdy radiolog popíše výsledek zobrazovací metody. V případě mozkové smrti nedochází v okamžiku stanovení smrti fyziologicky v těle k žádným změnám, a pacient se v dohodnutém okamžiku vlastně „administrativně“ mění ze žijícího pacienta na zemřelého dárce, který je s bijícím srdcem převezen do centra k odběru orgánů. Z pohledu dárcovství je tento stav ideální, nicméně takovýchto dárců je čím dál méně.

V případě dárců se smrtí prokázanou na základě nevratné zástavy oběhu je důležité získat orgány co nejrychleji po okamžiku smrti, aby bylo možné je úspěšně transplantovat. Čím déle trvá doba teplé ischemie (ta zahrnuje vyjmutí orgánu, jeho konzervace, transport a transplantaci), tím horší jsou pravděpodobné výsledky pro příjemce. Zatím je v ČR jen několik transplantačních center, která tyto odběry provádělo, např. FN Ostrava, FN Plzeň, VFN Praha nebo FN Královské Vinohrady.

Důvodem, proč se tento segment dárcovského programu nerozvíjí tak rychle, jak by bylo žádoucí, je zejména logistická náročnost pro odběrový tým a komunikace s rodinou dárce.

Specifické nároky na komunikaci

Komunikace s blízkými pacienta je rozdílná u dárců s mozkovou smrtí a u dárců, u nich je stanovena smrt v důsledku nevratné zástavy oběhu. V prvním případě oznamujeme, že jsme diagnostikovali smrt, je vypsán úmrtní list, a obrazně řečeno „všechno špatné už se stalo“, nyní řešíme následky a eventuálně možnost dalších smysluplných kroků, jako je například možnost darování orgánů.

Situace je odlišná u dárců, kde je stanovována smrt v důsledku nevratné zástavy oběhu. K rodině přistupujeme dříve, v okamžiku, kdy už známe nepříznivou prognózu. Tedy ještě

předtím, než byla stanovena smrt. První část rozhovoru se týká prognózy a probíhá s cílem rodině předat srozumitelným způsobem nepříznivou zprávu. Teprve po ověření, že rodina této informaci rozumí, je přistupováno k další části rozhovoru. Ústředním bodem je sdělení, že v souvislosti se závěrem života u jejich blízkého je možné uvažovat o odběru orgánů a jejich darování a zjišťuje se, zda by tento postup nebyl v rozporu s vůlí a preferencemi pacienta.

V ČR platí, že všichni občané jsou potenciálními dárci orgánů, pokud se nevyjádří opačně a nejsou vedeni v takzvaném registru osob nesouhlasících posmrtný odběrem orgánu k transplantaci.

Logistická náročnost oděru orgánů u dárců po nevratné zástavě oběhu

Ve chvíli, kdy ošetřující lékaři přecházejí na terminální paliativní péči, musí být připraven odběrový tým před operačním sálem a čekat, až bude stanovena smrt a může tak zahájit odběr orgánů.

Podle publikovaných údajů se úspěšně načasování podaří asi v padesáti procentech případů. U druhé poloviny trvá proces umírání po přechodu na terminální paliativní péči tak dlouho, že doba teplé ischemie je příliš dlouhá a orgány už nesplňují kritéria pro dobrý klinický výsledek u příjemce, a nejsou tedy transplantovatelné. V ČR se od dárců se smrtí stanovenou na základě nevratné zástavy oběhu provádějí transplantace jater, ledvin a plic.

Přiměřenost péče a limitace péče

Pokrok v lékařské technologii a farmakologii umožňuje mnoha pacientům přežít i tam, kde byla dříve považována smrt za nevyhnutelnou. Možnost a proveditelnost technik a postupů orgánové podpory, které udržují pacienta při životě však mohou mít kontroverzní a tragické důsledky, zejména když nelze odvrátit smrt i přes maximální úsilí lékařů na ARO/JIP nebo pokud je přežití spojeno s podstatným a trvalým snížením kvality života.

V kontextu péče o pacienty s nepříznivou prognózou tedy často vyvstává otázka, zda pokračování v postupech intenzivní péče je stále vhodné, smysluplné a přiměřené, či nikoli. Kde nakreslíme pomyslnou čáru mezi oblastí technicky proveditelných opatření a jejich smysluplností v kontextu celkového zdravotního stavu pacienta? Jaké jsou perspektivy a postoje různých stran zapojených do léčby?

Literatura obsahuje pět prvků hodnotících přiměřenost péče [Robertson-Preidler, 2017]:

- „*evidence-based care*“: péče založená na důkazech (tj. doporučených postupech vě. důrazu na indikátory kvality péče); přiměřenost vychází z předpokládaného outcome pacienta při dodržování doporučení založených na důkazech a jejich uplatňování v praxi
- „*patient-centeredness*“: pacientům je poskytována kontextově specifická, včasná, koordinovaná péče; autonomie pacientů je podporována prostřednictvím otevřené komunikace a sdíleného rozhodování

- „*clinical expertise*“: adekvátní vzdělání pro zdravotníky zaměřené na správnou aplikaci a využívání expertních stanovisek/odborného konsensu v klinickém rozhodování; efektivní komunikace s cílem pomáhat identifikovat potřeby specifické pro pacienta, sladit cíle léčby a umožňovat sdílené rozhodování
- „efektivní využití zdrojů“: ke snížení plýtvání a zbytečné péče, ke zlepšení efektivity nákladů ve smyslu alokace zdrojů na úrovni systému zdravotnictví a nastavení zdravotní péče
- „*princip rovnosti*“: posoudit rovnost v postupech poskytování zdravotní péče

Alokace vzácných zdrojů a dostupnost péče

Alokace vzácných zdrojů je pojem, se kterým se naše generace setkává v mnohem větší míře než kterákoliv předešlá, téma alokace a prioritizace se na jaře 2020 v souvislosti s pandemií SARS-CoV-2 přeneslo z učebnic do reality.

Vývoj konceptu alokace vzácných zdrojů během kovidové pandemie v Evropě

První zmínka o alokaci vzácných zdrojů v kontextu průběhu pandemie v Itálii byla publikovaná ve dvou článcích v časopise JAMA [Grasseli 2020, Grasseli 2020]. V doprovodném podcastu si vedoucí redakční rady časopisu, prof. H. Bauchner pozval prof. M. Cecconiho, prezidenta italské intenzivistické společnosti, a diskutovali tehdy kritickou a velmi aktuální situaci dostupnosti intenzivní péče v italských nemocnicích [Bauchner 2020]. V rámci rozhovoru padla i otázka, zda lékaři v Itálii musí volit mezi pacienty, kterým intenzivní péči poskytnou, a kterým nikoliv. V tomto rozhovoru byla nutnost prioritizace pacientů explicitně popřena. S dramatickým postupem vlny kovidové epidemie v Itálii si ale následně reálná situace v nemocnicích si vynutila přiznání toho, že určité míra alokace je potřebná a nezbytná, v zájmu poskytnutí co nejkvalitnější péče co nejvíce pacientů.

Italská intenzivistická společnost tak již na jaře 2020, a to prostřednictvím její etické sekce, vydala doporučení pro prioritizaci pacientů [Riccioni 2020, Vergano 2020]. Bylo to první ze série doporučení k alokaci vzácných zdrojů v situaci jejich nedostatku. V rychlém sledu pak následovala podobná doporučení v dalších zemích [ANZICS 2020, CMA 2020, Maves 2020, SCCM 2020, SIZ 2020]. Poskytnout lékařům vodítko pro eticky dilematickou situaci, která probíhá v emočně dramatickém kontextu a musí být vyřešena ve velmi rychlém termínu, se stalo prioritou v zemích EU i v USA.

Jeden z důležitých rozborů etických principů, kterými se alokace zdrojů v situaci jejich nedostatku řídí, byl publikován v časopise NEJM [Emanuel 2020]. Ty se totiž výrazně liší od běžné, individuálně zaměřené etiky, kterou se řídí lékaři při běžné péči o pacienty. Všechny články na toto téma se shodovaly na tom, že se jedná o změnu v rozhodování lékařů,

postup, který je velmi náročný. Jedná se o něco zcela nového, a je potřeba o tom co nejvíce otevřeně, transparentně psát, jednotlivé postupy a algoritmy transparentně vyhodnocovat a porovnávat – a lékaře při tomto těžkém rozhodování podpořit, a zajistit kontinuální vylepšování tohoto procesu [Supady 2021].

Vývoj konceptu alokace vzácných zdrojů během kovidové pandemie v ČR

Situace se v ČR vyvíjela odlišně: epidemiologicky (kovidová pandemie ve své jarní vlně ČR zasáhla pouze okrajově a minimálně), i eticky. Česká společnost paliativní medicíny iniciovala po vzoru západních odborných společností diskusi, co nejširší, multidisciplinární o těchto alokačních pravidlech. Zůstala v této snaze však izolovaná.

V ČR nedošlo včas ke společnému jednání relevantních institucí k rozvaze a formulaci způsobu rozhodování o zdravotní péči v případě vyčerpání zdrojů v době pandemie. Česká společnost intenzivní medicíny (ČSIM) a Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ČSARIM) vydaly společné stanovisko, ve kterém se vyjadřují ve smyslu nadbytečnosti nástroje lidské povahy během jarní vlny koronavirové epidemie a odkazovaly na rychlou formulaci takového nástroje až v bezprostředně hrozící situaci vyčerpání zdrojů [ČSARIM, 2020].

A tak zatímco v mezinárodním prostředí se probíraly různé argumentace, porovnávaly se právní přístupy a zlepšovaly se jednotlivé algoritmy, tak v ČR diskuse na toto téma prakticky neprobíhala. Ztratili jsme tak příležitost kultivovat diskusi o hodnotách a cílech, na kterých by mělo být text založen. Ta byla zahájena až s velkým zpožděním, a to 19. října 2020, a to výzvou předsedy ČSARIM k vytvoření stanoviska o prioritizaci. Bylo během vrcholící druhé vlny pandemie, kdy bylo jasné, že kapacita v nemocnicích může být ve velmi krátké době naplněna. Toto stanovisko vzniklo během 21 dnů a bylo následně publikováno v časopise *Anesteziologie a intenzivní medicína* [Pařízková Černá 2020].

Etika a právo v kontextu alokace

Ve srovnání s obdobnými mezinárodními texty bylo od počátku zřejmé, že stanovisko ČSARIM o prioritizaci je koncipováno jako stanovisko právní, které má zajistit právní jistotu a bezpečí lékařům před případnými žalobami.

Tento ilustrativní příklad potvrzuje obecnější jev, který popisuje stav etiky a etické diskuse v českém medicínském prostředí. Hlavním kritériem pro etičnost lékařského postupu je kritérium, že daný postup musí být v souladu s platnými právními předpisy. S nadsázkou by se dalo konstatovat, že etické aspekty se do různých stanovisek dodávají až jako poslední.

Nápadně odlišný postup zaujímá stanovisko Americké lékařské asociace (AMA, American Medical Association) k prioritizaci očkování [National Academy of Sciences, 2020], což

je také jeden z klasických prioritizačních příkladů. Zde se naopak vychází z etických hodnot ve společnosti, které jsou určujícím principem pro prioritizaci očkování.

Jeden ze spoluautorů toho stanoviska v podcastu časopisu JAMA komentuje, jak komise pracovala [Foege 2020]. Cílem bylo určit rozdělení prvních 1 000 000 dávek vakcíny, a komise přitom vycházela z premisy, že na prvním místě stojí etika a rovnost.

Vraťme se k příkladu tvorby prioritizačního stanoviska v České republice. Zde původní podoba Stanoviska ČSARIM pracovala výhradně na půdorysu platného práva, přestože se právní normy k specifické situaci nedostatku vzácných zdrojů nevyjadřují. Stanovisko odmítalo jakoukoliv formu prioritizace s tím, že ji český právní řád neumožňuje, a tak doporučení byla postavena na zásadě *first come first served*. V rámci diskuse nicméně nakonec došlo k posunu směrem ke kritériu prioritizace na základě předpokládaného klinického výsledku, jak je běžně uznáváno v zemích EU. Ačkoliv Stanovisko ČSARIM je doporučením pro případy prioritizace, svou povahou je spíše defenzivní a legalistické. Možnosti srovnávání pacientů a upřednostnění jednoho pacienta před druhým v kontextu vyčerpaných zdrojů se explicitně nezabývá.

Podstatou prioritizace a cílem všech stanovisek vznikajících po celém světě je naopak nalézt rozumná a obecně přijatelná kritéria, která vedou k primárnímu cíli – záchraně co největšího možného počtu životů.

Myšlenka, že právní předpisy upraví všechny možné situace, je velmi formalistická a současně alibistická. Ve společnosti fungují i jiné hodnotové systémy, které mohou poskytnout uspokojivou odpověď. A navíc i právo poskytuje v obecné rovině vodítka, jak v obdobných situacích postupovat – i právo je totiž založeno na principech odrážejících hodnoty naší společnosti.

HLAVNÍ CÍLE PRÁCE

Předkládaná práce je výsledkem dlouhodobé kontinuální a cílené spolupráce doslova interdisciplinární: mezi medicínskými obory (anesteziologie, intenzivní medicína, paliativní medicína - a k tomuto „jádro“ pak přistupují další chirurgické i interní obory) a mezi zdravotnickými a blízkými profesemi (lékař, sestra, psycholog, sociální pracovník a další).

Hlavní cíle lze rozdělit do následujících bodů:

1) Zmapovat kvalitu komunikace a míru porozumění u příbuzných pacientů hospitalizovaných v intenzivní péči

Pro pacienty hospitalizované v prostředí intenzivní péče (a pro jejich příbuzné) je adekvátní porozumění diagnóze, léčbě a prognóze nezbytným předpokladem nejen pro účelné zahájení paliativní péče, ale i pro včasné přijetí a respektování dříve vysloveného přání v případě pokročilé a terminální fáze onemocnění.

Cílem je kvantitativně a kvalitativně studovat aspekty komunikace s příbuznými pacientů se závažným onemocněním a identifikovat roli multidisciplinárního paliativního týmu.

2) Zpřesnit diagnostiku smrti při nevratné zástavě oběhu v transplantačním programu

V souladu s pravidlem „mrtvého dárce“ (dead donor rule) lze odebírat orgány k transplantaci až po průkazu smrti jedince. Protokoly užívané k průkazu smrti se však významně liší v požadované délce zástavy oběhu ve snaze překonat dilema: kratší doba trvání zástavy oběhu je výhodnější pro příjemce orgánu (lepší viabilita transplantované tkáně), delší interval mezi zástavou oběhu a odběrem tkáně je bezpečnější pro dárce orgánu (vyšší spolehlivost v tom, že orgány nebudou odebírány od ještě žijícího pacienta). Objektivní observační data však chybí.

Cílem je určit na základě kontinuální monitorace invazivně měřeného tlaku a EKG minimální trvání zástavy oběhu před odběrem orgánů k transplantaci.

3) Cíleně rozšířit spektrum dárců orgánů o dárce se smrtí stanovenou prostřednictvím nevratné zástavy oběhu

ČR patří k zemím s nejlépe rozvinutou transplantační medicínou. Přesto každoročně umírají desítky nemocných na čekací listině, aniž se dočkají transplantace svého selhaného životně důležitého orgánu. „Pravidlo mrtvého dárce“ je dlouhodobě kritizované, avšak stále platné.

Cílem je kriticky zhodnotit postavení pravidla mrtvého dárce v současné transplantační medicíně a podpořit rozšíření spektrum dárců orgánů o novou kategorii: „dárce s nebíjícím srdcem“ (non heart-beating donors).

4) Vymežit pojem etické klima, popsat charakteristiku konfliktů a rozhodování o přiměřenosti péče

Podstatnou částí práce na oddělení intenzivní péče je rozhodování o cíli péče, limitaci terapie nebo její přiměřenosti. Děje se často v časové tísní, u pacientů, kteří jsou v pří-

mém ohrožení života, a klade tak na zdravotníky vysoké nároky. Bývá doprovázeno konfliktními situacemi, jak mezi zdravotníky, tak i ve vztahu k rodině. Etické klima, tedy charakteristika kvality rozhodování o přiměřenosti péče a dalších otázkách hodnotového charakteru, je málo prozkoumanou oblastí v na poli intenzivní medicíny. Je známo, že vysoká míra stresu v prostředí intenzivní péče má také vliv na vyšším obratu zaměstnanců, jejich vyhoření a střídání personálu. Všechny tyto faktury se mohou podílet na celkových výsledků pacientů. Jsou málo studovány.

Cílem je zjištění prevalence konfliktů a faktorů, které se na jejich vzniku podílejí a zmapovat možnosti prevence a řešení konfliktních situací. Dalším cílem je vytvoření a validace nástroje k měření etického klimatu a jeho vlivu na outcome pacientů a na postoje lékařů k ochotě ve vysoce zátěžovém prostředí intenzivní péče pracovat.

5) Reflektovat problematiku alokace vzácných zdrojů v období pandemie

Alokace vzácných zdrojů je pojem, který souvisí s přechodem od individuální etiky, zaměřené na etické principy ve vztahu k jednotlivému pacientovi, na takzvanou etiku veřejného zdraví, kdy je v kontextu zdravotní krize a nedostatku zdrojů hlavním cílem ochránit co největší množství obyvatel. V souvislosti s pandemií covid-19 se s touto problematikou poprvé setkáváme v ČR. Etická kritéria, která se vztahují na rozhodování a prioritizaci jsou kontraintuitivní a vyžadují analýzu, reflexi i edukaci.

Cílem je diskutovat, podpořit a rozvíjet komplexní diskurs v etické problematice, které jsme vystaveni v souvislosti s prioritizací vzácných zdrojů při pandemii covid-19.

VÝSLEDKY

Výsledky dlouhodobé výzkumné, klinické a výukové činnosti, z nichž vychází předkládaná habilitační práce, a které dokumentují hlavní cíle práce, zmíněné výše, byly publikovány v recenzovaném odborném tisku, domácím i zahraničním. V každé publikaci jsou zjištěné výsledky prezentovány v textu, často i formou tabulek, a zevrubně diskutovány v příslušných pasážích. Plné texty článků jsou uvedeny na konci práce, jako samostatné přílohy (před každou publikací je uvedeno krátké shrnutí nebo komentář). Součástí prací jsou i krátká sdělení, editorially a komentáře, umožňující jeden z hlavních cílů práce – propojení hodnotových aspektů s klinickou medicínou a přímou péčí o pacienty.

Publikace jsou pro snazší orientaci seřazeny podle jednotlivých témat pojmenovaných v hlavních cílech práce a v návaznosti na jejich členění v úvodní kapitole.

KVALITA KOMUNIKACE V INTENZIVNÍ PÉČI A POROZUMĚNÍ PŘÍBUZNÝCH HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ

Prostředí intenzivní péče patří v nemocnici k oddělením, kde je koncentrováno největší množství stresu a zátěže, a to jak pro zdravotníky, tak pro pacienty. Studie publikovaná v BMJ Psychiatry se zaměřila na několik aspektů, které odrážejí kvalitu komunikace v prostředí intenzivní péče [Příloha 1].

Cílem bylo: 1) zkoumání prevalence úzkosti a deprese; 2) sledování potřeb příbuzných pacientů hospitalizovaných v intenzivní péči; a 3) ověření, do jaké míry příbuzní porozuměli informacím, které dostávají. Studie měla multicentrický charakter a probíhala na dvaadvaceti intenzivních odděleních v různých nemocnicích v ČR a na Slovensku. Design studie byl kombinací administrace validovaných dotazníků a semi-strukturovaných rozhovorů s příbuznými. Tato kombinovaná metodika, která zatím nebyla v Čechách v prostředí intenzivní péče v této míře uplatněna, umožnila korelovat a zjišťovat vliv reportovaných symptomů úzkosti a deprese na míru porozumění v základních komunikačních doménách týkajících se léčby, a prognózy.

Hlavní zjištění studie ukázala, že v ČR je poměrně malá míra porozumění předávaným informacím, významně kratší doba pro rozhovor mezi lékařem a blízkými pacienta, a dále že reportovaná vysoká míra spokojenosti příbuzných s péčí koreluje s jejich vysokou mírou anxiety a zejména deprese [Příloha 1].

Důraz na kvalitu komunikace jako na jeden ze základních pilířů kvality poskytované péče byl pak komentován ve dvou editorialech [Příloha 2 a 3]. Jeden z nich shrnoval literaturu zaměřenou na procesy v intenzivní péči vedoucí ke zlepšení kvality poskytované péče [Příloha 2]

a druhý se týkal komunikace lékaře a pacienta, jejich rozdílných adaptačních mechanismů v kritické situaci [Příloha 3].

Téma kvality komunikace a časné paliativní péče postupem času získává čím dál větší pozornost; bylo zařazeno i do speciálního čísla Časopisu lékařů českých (číslo 1/2018). Potřeby pacientů, kteří procházejí perioperačním obdobím nebo jsou v návaznosti na operační výkon hospitalizováni v prostředí intenzivní péče jsou široké a pro ošetřující tým náročné. Jedná se o situace spojené s rozhodováním, o alternativách rizikových operačních výkonů, specifického vážení rizika a přínosu daného postupu v tom smyslu, aby cíl léčby odpovídal hodnotám a preferencím pacienta. Článek publikovaný v uvedeném čísle Časopisu lékařů českých je ukázkou toho, že v perioperačním období má integrace paliativního přístupu významný smysl. [Příloha 4].

DIAGNOSTIKA OKAMŽIKU SMRTI PŘI NEVRATNÉ ZÁSTAVĚ OBĚHU V DÁRCOVSKÉM PROGRAMU

V rámci mezinárodní prospektivní observační multicentrické studie jsme zkoumali tzv. Lazarův fenomén, označovaný také jako fenomén autoresuscitace, tedy spontánní, neasistovaná obnovy oběhu po zástavě oběhu nebo po resuscitaci.

Cílem byla objektivizace empirické zkušenosti, že po více než pěti minutách od zástavy oběhu nedochází k jeho spontánní obnově. Studie probíhala na umírajících pacientech, u kterých bylo rozhodnuto o přechodu na paliativní péči. U zařazených pacientů probíhala monitorace EKG a invazivního krevního tlaku. Byl sledován okamžik zástavy oběhu, stanovení smrti lékařem, a poté byla monitorace ponechána ještě po dobu dalších 30 minut. Fenomén autoresuscitace byl definován jako alespoň jeden QRS komplex na EKG doprovázený změnou tlaku alespoň 5 mm Hg (na křivce invazivně měřeného tlaku), následující po nejméně 60 sekundách zástavy. Smrt tedy byla pro účely této studie stanovena retrospektivně.

Výsledky studie publikované v New England Journal of Medicine ukázaly, že autoresuscitace nastala u 14% ze sledovaných 480 pacientů, nejpozději tento fenomén nastal 280 sec (4 minuty 20 sec) po stanovení smrti. Tato zjištění umožňují objektivizaci takzvaného „no-touch intervalu“, který je základním východiskem pro možnost odběru orgánu od dárců zemřelých v důsledku nevratné zástavy oběhu [Příloha 5].

ROZŠÍŘENÍ SPEKTRA DÁRCŮ ORGÁNŮ O DÁRCE SE SMRTÍ STANOVENOU PROSTŘEDNICTVÍM NEVRATNÉ ZÁSTAVY OBĚHU

Důležitou součástí rozvoje dárcovského programu je edukace zdravotníků o definici smrti, a to jak smrti mozku, tak definici smrti v důsledku nevratné zástavy oběhu. Nezastupitelná je osvěta veřejnosti, která přispívá k budování důvěry ve společnost v to, že dárcovství orgánů je smysluplná aktivita, a že orgány jsou odebírány od zemřelých dárců.

V rámci svého postgraduálního studia jsem vedla observační prospektivní studii, kolik pacientů by splňovalo kritéria pro zařazení do dárcovského programu u dárců zemřelých po nevratné zástavě oběhu [Příloha 6]. Výsledky studie byly publikovány v časopise *Intensive Care Medicine* a ukázaly, že pool dárců se může v České republice významně rozšířit.

V kohortě bylo sledováno 44 žen a 63 mužů, jejichž průměrný věk byl 68 let. V rámci studie jsme ukázali, že u 20 pacientů nastává úmrtí do 60 minut od odejmutí přístrojové podpory orgánových funkcí. Tito pacienti jsou potenciálně vhodnými dárci orgánů. Mezi prediktory úmrtí do 60 minut patřila dávka vasopresorů, oxygenační index a terminální extubace. Sledovali jsme také klinický odhad lékaře a sestry v predikci úmrtí do 60 minut, který se pohyboval okolo 80%. Následně byla skupina 20 potenciálních dárců revidována vzhledem k věku, aktuálním orgánovým selháním a dalším přidruženým onemocněním, a výsledkem byl potenciál 3 až 6 dárců orgánů navíc v této kohortě [Příloha 6].

Definice smrti v kontextu dárcovského programu zůstává trvalým zdrojem kontroverzi a polemik v medicínské literatuře. Byly učiněny opakované pokusy k celosvětovému sjednocení definice smrti, a byla také diskutovaná role tzv. „pravidla mrtvého dárce“ v dárcovském programu. Předmětná problematika je shrnuta do článku v časopise *Intensive Care Medicine*, který srovnává výhody a nevýhody současného přístupu k definici smrti [Příloha 7].

V současné době už jsi moderní medicínu nedovedeme představit bez možnosti transplantací orgánů jako standardního terapeutického východiska pro pacienty, kterým selhává některá orgánová funkce. Kniha dr. Kieslichové a kolektivu je v současné době základní učebnicí shrnující komplexní pohled na všechny aspekty dárců orgánů. Je určena všem odbornostem, které se o tyto pacienty starají. Kapitola „Etika odběru orgánů od zemřelých dárců“ strukturovaně shrnuje nejdůležitější publikovaná data k uvedenému tématu z pohledu lékařské etiky [Příloha 8].

ETICKÉ KLIMA, KONFLIKTY A ROZHODOVÁNÍ O PŘIMĚŘENOSTI PÉČE

V prostředí intenzivní péče lze vystopovat řadu důvodů, které vedou ke vzniku konfliktů. Studie, která byla publikovaná v časopise *American Journal of Respiratory and Critical Care*

se zabývala prevalencí, charakteristikami konfliktů a rizikovými faktory, které mohou potencionovat výskyt tohoto jevu [Příloha 9].

Studie byla koncipována jako jednodenní průřezová studie zaměřená na zdravotníky. Sbírala se data o konfliktech, které zdravotníci vnímali během týdne předcházejícímu sběru dat. Jednalo se o velkou mezinárodní studii, která zahrnovala více než 7000 zdravotníků na 323 jednotkách intenzivní péče ve 24 zemích.

Důležitým výsledkem bylo, že výskyt konfliktu v prostředí intenzivní péče je velmi častý, vyskytoval se u 71,6 % zdravotníků. Nejčastěji se jednalo o konflikty mezi lékařem a sestrou (32,6 %), následovaly konflikty mezi sestrami (27,3 %). Nejvýznamnějšími behaviorálními projevy konfliktu byly animozita, nedůvěra, komunikační nedorozumění a šum. Hlavním důvodem konfliktů, které se vyskytovaly v kontextu závěru života, byla nedostatečná psychologická podpora a nedostatek setkání zdravotníků k diskusi nad problematikou související s rozhodovacími procesy v prostředí intenzivní péče. Až 50 % respondentů označilo konflikt za závažný.

Studie identifikovala prostřednictvím multivariantní analýzy 15 nezávislých faktorů spojených s výskytem konfliktů, z toho 6 bylo potenciálně ovlivnitelných. Jedná se o počet přesčasových hodin (práce nad rámec 40 hodin týdně), oddělení s více než 15 lůžky, péče o pacienty v závěru života a nedostatečně koordinovaná (mezi lékaři a sestrami) péče o symptomy pacientů a jejich blízkých. Posledním faktorem byla nedostatek pracovních setkání týmů, která poskytují prostor pro reflexi [Příloha 9].

Na průkopnickou práci, která monitorovala výskyt konfliktů jako první velká multicentrická světová studie, navazuje kapitola do knihy Quality Management of the ICU [Příloha 10]. Text shrnuje možnosti řešení konfliktů v prostředí intenzivní péče. Významná je interpretace a možnost přenesení zkušeností z řešení konfliktů z oblasti humanitních věd, která se tematikou konfliktů rozsáhle zabývá. Výskyt konfliktů lze ovlivnit především cestou prevence - zlepšení komunikačních dovedností lékařů a zdravotníků obecně, jejich etického povědomí a edukace v technikách de-eskalace konfliktů [Příloha 10].

Literatura zaznamenává řadu rozdílů v etickém rozhodování o přiměřenosti léčby, které je vázáno na různé země a jejich kulturní kontext. Studie publikovaná v British Medical Journal se soustředila na vytvoření konceptu „etického klimatu“ v prostředí intenzivní péče a validovala nástroj, který by měřil etické klima [Příloha 11]. Cílem bylo zachytit 3 základní domény: interdisciplinární spolupráci a komunikaci, leadership lékařů a etickou charakteristiku prostředí. Validace s využitím modifikované Delphi metody proběhla ve 13 evropských zemích a v USA, celkem na 68 jednotkách intenzivní péče. Výsledkem byl vznik dotazníku, který obsahuje 32 položek a nabízí příležitosti k rozvoji cílených intervencí pro prostředí intenzivní péče.

Na vytvoření nástroje k měření etického klimatu navazovala bezprostředně další práce, jejímž cílem bylo zjistit, zda etické klima v intenzivní péči má vliv na přiměřenost poskyto-

vané péče a výsledek (outcome) pacientů [Příloha 12]. Jednalo se o prospektivní observační studii sledující po dobu 28 dnů, jak zdravotníci v 68 jednotkách intenzivní péče v Evropě a v USA vnímají nepřiměřené intenzivní péči. Clusterovou analýzou byly stanoveny čtyři typy etického klimatu. Výsledkem studie je zjištění, že etické klima má vliv na výskyt nepřiměřeně intenzivní péče a negativně ovlivňuje kvalitu rozhodování v kontextu závěru života pacientů [Příloha 12].

Uvedená studie měla další pokračování v subanalýzách. Jedna z nich se zabývala rozhodováním lékařů, zda opustit lékařskou profesi. Faktory, které mohou pozitivně ovlivnit vůli a chuť lékaře pokračovat v náročné práci intenzivisty, jsou vzájemný respekt, otevřená interdisciplinární reflexe, a nevyhýbání se diskusím a rozhodováním spojeným se závěrem života pacientů intenzivní péči [Příloha 13].

ALOKACE VZÁCNÝCH ZDROJŮ V OBDOBÍ PANDEMIE

Alokace vzácných zdrojů je pojem, který souvisí s přechodem od individuální etiky (etické principy se vztahují k jednotlivému pacientovi) k etice veřejného zdraví (v kontextu zdravotní krize a nedostatku zdrojů je hlavním cílem ochránit co největší množství obyvatel).

V průběhu první jarní vlny koronavirové pandemie, a ještě více v následujícím podzimním období se rozvinula diskuse nad dostupností vzácných zdrojů ve zdravotnictví a objevily se i osobní zkušenosti a názory zdravotníků, kteří prioritizaci pacientů při zahlcení zdravotního systému musí provádět. Článek publikovaný v časopise *ICU Management and Practice* se zabývá uvedením této problematiky do souvislosti, uvádí reference z jednotlivých zemí, a zasazuje koncept prioritizace do širšího společenského postoje k řešení pandemie, která zahrnuje i politická a právní politická rozhodnutí a právní rámec [Příloha 14].

V ČR vzniklo na téma prioritizace Stanovisko výboru české společnosti Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. Toto stanovisko vyvolalo v odborné veřejnosti vlnu kritiky, zejména pro svůj legalistický až defenzivní přístup. V tomto kontextu vznikl dopis redakci časopisu *Anesteziologie a intenzivní medicína*, který komentuje sporné a diskutabilní body stanoviska a předkládá možná východiska pro zlepšení Stanoviska [Příloha 15].

V článku se zdůrazňuje, že diskuse nad pravidly alokace je složitá a obtížná, a je důležité, aby probíhala otevřeně, transparentně a odborně, aby pomohla pochopit problematiku alokace v širší perspektivě. Pravidla prioritizace pacientů a alokace vzácných zdrojů musí být konkrétní, jasná a transparentní. Mají totiž i hlubší rozměr. Měla by lékařům poskytnout vodítka, jak se rozhodovat v jedné z nejtěžších situací, jíž musí čelit.

Lékaři potřebují oporu v rozhodování, aby bylo nejen v souladu s právem, ale také morálně korektní. Jsou odborníky ve svých specializacích, ale také lidskými bytostmi s morální integritou a svědomím. Neposkytneme-li jim jasné návody, jak v konkrétních situacích jednat,

hrozí jim vyhoření, morální tíseň (moral distress) a psychické problémy (posttraumatická stresová porucha, deprese atd.). Musí také se svými rozhodnutími žít, musí je komunikovat rodinám zesnulých pacientů a ospravedlnit je před celou společností.

DISKUSE

V následujícím textu budou diskutovány hlavní cíle práce, zmíněné v předchozí části textu, na podkladě publikovaných výsledků studií.

KVALITA KOMUNIKACE V INTENZIVNÍ PÉČI A POROZUMĚNÍ PŘÍBUZNÝCH HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ

Zahraniční zkušenost nám ukazuje, že komunikace v zemích, které prošly totalitním režimem, se může odlišovat od standardu v západních zemích. V rámci studie, která se zaměřila na zjištění kvality komunikace a porozumění informacím, které příbuzní pacientů hospitalizovaných v intenzivní péči dostávají, se nám podařilo tento jev v některých jeho aspektech objektivizovat.

Naše studie přinesla dvě důležitá zjištění. Prvním bylo, asi nepřekvapivě, že komunikaci s příbuznými je věnováno významně méně času než na srovnatelných zahraničních pracovištích. Intenzivní péče v českém zdravotním systému je personálně velmi dobře vybavena, můžeme tedy usuzovat, že nedostatečná délka komunikace je dána nízkou mírou edukace v této oblasti, nikoliv nedostatečným personálním zabezpečením. Nasvědčuje tomu i postoj příbuzných, kteří uvádějí, že by uvítali delší rozhovor s lékařem.

Asi nepřekvapivějším zjištěním studie bylo, že když se zaměříme na symptomy úzkosti a deprese u příbuzných, se data významně odlišovala od obdobně designovaných zahraničních studií. Rozdíl byl především v tom, že příbuzní u nás vyjadřují významně vyšší míru spokojenosti. To by nás na první pohled mohlo uklidnit v tom smyslu, že všechno probíhá dobře. Tento prvotní dojem se ale ukazuje jako zavádějící. Pokud se totiž podíváme na symptomy úzkosti a deprese, zjistíme varovná znamení. Příbuzní zde skórují významně výše než v zahraničí. Jedním z možných vysvětlení je fakt, že komunikace v totalitní společnosti s autoritou měla podobné rysy, tedy nevyplatilo se stěžovat si „*abych náhodou neměl horší péči, aby nepřišla pomsta za to, že jsem si někdy stěžoval*“. Tedy spokojenost paradoxně v dotazníku vyjadřují především ti příbuzní, kteří mají nejvíce projevů úzkosti a deprese.

Zásadním přínosem této studie je fakt, že proběhla multicentricky, a to jak na univerzitních pracovištích, tak i v okresních nemocnicích a zařízeních dlouhodobé následné intenzivní péče. Je tudíž pro ČR reprezentativní a do budoucna se může stát referenčním bodem pro obdobné práce.

DIAGNOSTIKA OKAMŽIKU SMRTI PŘI NEVRATNÉ ZÁSTAVĚ OBĚHU V DÁRCOVSKÉM PROGRAMU

Principem darování životně důležitých orgánů je, že dárce musí být prohlášen za zemřelého. Ve většině případů probíhá odběr orgánu od dárce, jejichž smrt byla stanovena na základě neurologických kritérií (koncept „smrti mozku“). V posledních desetiletích se však rozvíjí program dárcovství orgánů po smrti, která je stanovena na základě průkazu nevratné zástavy oběhu.

Studie, která objektivizovala fenomén autoresuscitace, umožnila a významnou měrou přispěla k vyjasnění a přesnému stanovení intervalu, který je nutný k tomu, abychom zástavu oběhu prohlásili za nevratnou. Nic tak nebrání tomu, aby se dále, a to i v ČR, rozvíjel tento program. V některých zemích, např. v Nizozemsku nebo ve Velké Británii tvoří dárce se smrtí prokázanou v důsledku nevratné zástavy oběhu až 40% dárce ledvin. Výsledky transplantací jsou srovnatelné s transplantacemi orgánů od dárce se smrtí mozku. To je velmi dobrý výsledek, který dále tento program podporuje.

Jedna důležitá námitka však stále zůstává neuspokojivě vyřešena. Představme si situaci, kdy u pacienta v intenzivní péči dojde k zástavě oběhu. Jedná se o pacienta, jehož celková prognóza je nepříznivá a je zvažován jako potenciální dárce orgánů. Podle protokolu o průkazu smrti v důsledku nevratné zástavy oběhu čeká ošetřující lékař po stanovení zástavy po dobu pěti minut („no-touch interval“) a lékař vyplní úmrtní list.

Námitku dobře ilustruje následující myšlenkový experiment: ve chvíli, kdy lékař vypisuje úmrtní list, vejde do místnosti jiný lékař, který nemá informaci o dárcovském programu a rozhodne se pacienta resuscitovat. Předpokládejme, že po kardiopulmonální resuscitaci dojde k obnově oběhu. Nyní je tedy možné položit otázku: je tento pacient mrtvý nebo nikoliv? Je odběr orgánu přípustný nebo ne? Tato námitka je velmi důležitá, nebyla zatím uspokojivě vypořádána a zůstává výzvou a předmětem bioetické diskuse. Naráží na limity pravidla mrtvého dárce a konceptu smrti jako okamžiku, který odporuje biologické povaze umírání.

ROZŠÍŘENÍ SPEKTRA DÁRCŮ ORGÁNŮ O DÁRCE SE SMRTÍ STANOVENOU PROSTŘEDNICTVÍM NEVRATNÉ ZÁSTAVY OBĚHU

Klíčovým faktorem pro udržení a rozvoj dárcovského programu je důvěra, a to jak odborné, tak i laické veřejnosti. Mnohdy stačí jeden článek v bulvárním tisku, s konfrontačně pointovaným titulkem, aby zhatil dlouhá léta kvalitně odvedené práce. Nedůvěra veřejnosti a neochota zdravotníků je asi to nejhorší, co může transplantační medicínu postihnout.

Proto vedle výzkumných prací (jako například výše zmíněná publikace v *New England Journal of Medicine*, která objektivizuje naše předpoklady o konceptu stanovení okamžiku smrti a fenoménech autoresuscitace) je neméně důležitá kvalitní komunikace.

Zásadní význam má komunikace s lékaři, kteří potenciální dárce orgánů indikují a referují transplantačním centrem. Koncept smrti mozku a smrti po nevratné zástavě oběhu se vyučuje již pregraduálně; je ale známo, že znalosti lékařů je neustále potřeba aktualizovat, obnovovat a připomínat. Vhodných dárců orgánů není mnoho, a tak se lékaři v běžné klinické praxi nesetkávají se stanovováním smrti pro účely transplantací každodenně. Na některých odděleních to může být až dvakrát za měsíc, ale velké množství dárců pochází z nemocnic, kde jsou indikováni jenom dva nebo tři dárce za ročně. Proto je význam průběžné komunikace a edukace tak velký.

Zákon sice ukládá lékařům systematicky vyhodnocovat a referovat potenciální dárce, avšak tato aktivita je založena především na vzájemné ochotě ke spolupráci a respektování smyslu darování orgánů. V zákoně není uvedena žádná sankce, kterou by lékař podstupoval, pokud by potenciálního dárce neindikoval.

Kapitola v monografiích dárce orgánů se tak snaží připomenout lékařům koncepty a etická východiska transplantačního programu. Přispívá tak k posílení etického klimatu, které směřuje k altruismu, ke smyslu toho, že darování orgánů pomůže zachránit život někomu z pacientů na čekací listině.

V mezinárodním měřítku proběhla v posledních 10 letech mimořádně zajímavá diskuse o definici smrti. Zdánlivě by se mohlo zdát, že by to měla mít medicína vyřešené už dávno, vždyť je to jeden ze základních úkonů, který lékař stanovuje. Nikdo jiný to ani v českém právním řádu udělat nemůže.

Přesto je v kontextu transplantací definice pojmu smrt stálým předmětem kontroverze. Jedná se o to, jak k definici přistoupíme: zda jako ke společenskému jevu (protíná filozofickou, právní a medicínskou rovinu) nebo jako k čistě medicínskému problému. Pokud je ve společnosti shoda na tomu, že podpora darování orgánů je významnou a prioritní záležitostí, bude vhodné se zamyslet i nad přínosem tzv. pravidla mrtvého dárce. Oba přístupy k řešení dilematu definice smrti, tedy biologického versus právní koncept, jsou komentovány v příspěvku do *Intensive Care Medicine*.

ETICKÉ KLIMA, KONFLIKTY A ROZHODOVÁNÍ O PŘIMĚŘENOSTI PÉČE

Na velkých mezinárodních setkáních expertů byla dlouhá léta diskutovaná otázka vlivu atmosféry a přístupu k základním etickým hodnotám na rozhodování v kontextu prognostické nejistoty u pacientů v kritickém stavu.

Cílem výzkumu v oblasti konfliktů a konfliktních situací v prostředí intenzivní péče nebylo primárně konfliktům zamezit, protože konflikt je něco, co je v komunikaci a v týmové spolupráci zásadně důležité. Jsou konflikty, které mohou mít pozitivní efekt, napomáhají vyjasnění informací, vztahů i složitějších procesů, které v intenzivní péči probíhají.

Jako zásadní se ukazuje nutnost lépe porozumět okolnostem a důvodům, které vedou ke vzniku konfliktů a identifikovat faktory, které je možné změnit tak, abychom omezili výskyt kontraproduktivních konfliktů. Jedním z nejcennějších přínosů práce na prevalenci konfliktů a zkoumání faktorů, které ovlivňují, byla široká účast, prakticky celosvětová.

Velmi dobře si vybavuji kancelář, ze které jsme rozesílaly s kolegyní Arianne Lafabrie papírové dotazníky na oddělení po celém světě. Vedoucím práce byl prof. Azoulay, který sledoval s úžasem naše stohy obálek a balíčků a cest na poštu – byla jsem tehdy jako stážista na oddělení intenzivní péče v Paříži a nabízelo se tedy, že do studie budou zahrnuta i oddělení v České republice.

Následně jsme rozeslaly pozvánky řadě kolegů, se kterými prof. Azoulay dlouhodobě spolupracoval, ti se potom stali národními koordinátory v jednotlivých zemích. Podařilo se tak sebrat opravdu velké množství dat, a studie tak dosáhla velice relevantních a robustních výsledků.

Následujícím krokem po publikaci výsledků této studie byla studie, kterou iniciovala Evropská společnost intenzivní medicíny (ESICM) pod vedením prof. Benoíta. Navazovala na studium konfliktů a jejím cílem bylo v první fázi konceptualizovat prostředí intenzivní péče z hlediska jeho etického klimatu. Dvaatřicetibodový dotazník, který byl v rámci první studie validován opět na velmi robustním vzorku oddělení intenzivní péče po celém světě, se stal výchozím bodem pro velký mezinárodní projekt zaměřený na přiměřenost a rozhodování o péči v kontextu etického klimatu respektu lidským hodnotám na jednotlivých odděleních.

V tomto návazném projektu, opět mezinárodním, se podařilo prokázat, že kvalita etického klimatu má vliv na rozhodování o přiměřenosti péče. Nyní již tak víme, že nepříznivé etické klima negativně ovlivňuje rozhodování, zejména v kontextu závěru života. Odkládání diskuse a rozhodnutí v kontextu nejisté prognózy není výrazem moudrého postoje, tedy není přijatelný názor *„když nemám absolutní jistotu, tak vždy rozhoduji ve prospěch zachování a prodloužení života“*. To je základní moment, který je dědictvím minulosti, a který se v posledních desetiletích daří proměňovat.

S tím, jak postupuje a zlepšuje se možnost přístrojové náhrady orgánových funkcí, se ukazuje, že život lze prodlužovat za pomoci přístrojů prakticky neomezeně. Dostávají se tak znovu do popředí hodnotové aspekty rozhodnutí, tedy především otázky: Jaký to má vlastně smysl? Nebo ještě lépe, jaký to má smysl pro pacienta? Je pokračování a prodloužování života v souladu s tím, co by si pacient přál? Máme někdy příležitost se pacientů zeptat, co by byli ochotni obětovat za prodloužení života, a co už ne?

V tomto bodě se výzkum v prostředí intenzivní péče přímo protíná se základními přístupy paliativní medicíny. Tedy důraz na to, aby medicínská nabídka a realistická možnost ovlivnění zdravotního stavu pacienta byly v souladu s jeho hodnotami a preferencemi.

ALOKACE VZÁCNÝCH ZDROJŮ V OBDOBÍ PANDEMIE

Zajímavým aktuálním etickým tématem, které má bezprostřední klinických dopad, je v ČR diskuse o alokaci vzácných zdrojů v období pandemie. Zatímco v jarní vlně koronavirové pandemie v roce 2020 se jednalo především o přemýšlení a argumentaci, která vyplývala z obavy z hrozícího nedostatku přístrojové techniky, s postupem času (nejvýrazněji pak od podzimu 2020) se objevují články mnohem nuancovanější.

V ČR byla diskuse zpočátku velmi výrazně ovlivněna politickou atmosférou, kdy termín alokace získal natolik negativní konotaci, že bylo nepřipustné o něm diskutovat, hledat dobrá řešení, která by vyhovovala českému zdravotnickému prostředí. Místo toho byla debata vedená v duchu, že není přípustné, aby byla zdravotní péče o občany ČR jakkoliv omezována, dlouhou dobu tomu nahrávaly velmi nízké počty infikovaných a hospitalizovaných pacientů.

Na podzim 2020 se ale ukázalo, že po sérii špatných rozhodnutí, podceňování závažnosti situace a nedostatečné kontrole pandemie, můžeme být velmi rychle vystaveni situaci, kdy nemocnice budou přehlceny. Ve velmi krátkém období tří týdnů na tuto situaci reagoval výbor České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ČSARIM) vydáním stanoviska [CSARIM 2020]. Jednalo se o důležitý krok, ale zpětně lze hodnotit, kvalita dokumentu odpovídá délce diskuse, která jeho vzniku předcházela.

Významně se odlišuje od obdobných dokumentů zahraniční provenience tím, že je formulován velmi legalisticky a až defenzivně. Při jeho čtení vzniká dojem, že je primárně určen k ochraně lékaře před potenciální žalobou nebo přezkumem jeho rozhodnutí, a nikoliv k tomu, co je základním a nepodkročitelným cílem alokace vzácných zdrojů, a tím je záchrana co největšího možného počtu životů.

Další diskuse pak probíhala spíše v konfrontačním duchu, místo věcné akademické diskuse se řada názorů vyměňovala přes média. V tomto kontextu a v této době je tak důležitým diskusním příspěvkem publikovaný dopis redakci, který reaguje na některé momenty mediální diskuse. Snaží se věcným způsobem obohatit diskusi o prvky analytické rozvahy a vnést tak akademické kvality etického diskurzu do tenzní a konfrontační atmosféry emočně laděné diskuse. Nezabývá se bezprostředními návody nebo doporučeními v klinických situacích, místo toho se soustřeďuje na formulaci základních etických hodnot, na kterých by se odborná veřejnost měla shodnout. Doufáme tak, že se tímto příspěvkem můžeme přiblížit standard tu západní etické diskuse.

Konfrontační tón, nepochopení a neporozumění se však netýkala jen ČR, ale i mezinárodního kontextu. V této souvislosti jsme s kolegou A. Michalsenem publikovali viewpoint, který se snažil podívat na výhrady vůči různým metodám alokace z globálního pohledu [Příloha 14]. Poukázal například na existenci přímého vlivu politických rozhodnutí (například uspořádání voleb) na šíření pandemie. Objektivně se postavil k výhradám ze strany veřejnosti, že za alokaci „může lékař“, a rovněž upozornil na vychýlení rovnováhy směrem k přemrštěné snaze o rovnost, např. v kontextu sociálních determinant zdraví.

Snažili jsme se ukázat, že v rámci alokace, která je prováděná často v časové tísní, by nikdo neměl být znevýhodněn, ale také by neměl být nikdo nespravedlivě zvýhodněn. Jedná se o důležitou debatu, protože situace přehlcení zdravotního systému může vzhledem vývoji současné pandemie nastávat opakovaně. Ačkoliv se všichni primárně snažíme o to, abychom alokovat vzácné zdroje nemuseli a pomohli zvládnout pandemii preventivními metodami, tak je důležité zdůrazňovat, že podobně jako v jiných oblastech rozhodování ve zdravotní péči je třeba klást důraz na tři základní procedurální etické hodnoty: transparentnost, férovost a medicína založená na důkazech (evidence-based medicine).

ZÁVĚR

V pěti hlavních kapitolách habilitační práce jsem se pokusila přinést konkrétní výsledky výzkumu a reflexí, které propojují a integrují komunikační a hodnotové aspekty v intenzivní péči.

Intenzivní medicína poskytuje vysoce specializovanou péči pro kriticky nemocné pacienty. Bez ohledu na prognózu by měli všichni pacienti s kritickým onemocněním dostávat současně stejně vysoce kvalitní paliativní péči, zaměřenou na dobrou léčbu symptomů, včasnou a strukturovanou komunikaci o přiměřených cílech péče, plánování budoucí péče a podporu jak pro pacienta, tak pro rodinu po celou dobu trvání nemoci.

Takovou péči může poskytovat buď intenzivista, který ovládá základy paliativní medicíny a komunikace, nebo může být poskytována ve spolupráci se specialistou – paliatrem a multidisciplinárním paliativním týmem.

Léčba v souladu s hodnotami a preferencemi pacienta spojuje somaticky zaměřený obor intenzivní medicína s hodnotově orientovaným paliativním přístupem a stává se novým standardem v péči o pacienty se závažným onemocněním.

POUŽITÁ LITERATURA

1. Ad Hoc Committee. A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. *JAMA*. 1968;205:337-340.
2. Almost J, Wolff AC, Stewart-Pyne A, McCormick LG, Strachan D, D'Souza C. Managing and mitigating conflict in healthcare teams: an integrative review. *J Adv Nurs*. 2016;72:1490-1505. doi: 10.1111/jan.12903
3. ANZICS. *Guiding principles for complex decision making during Pandemic COVID-19*. Australian and New Zealand Intensive Care Society. 2020. [Cit.17.4.2021]. Dostupné na: https://www.anzics.com.au/wp-content/uploads/2020/04/ANZI_3367_Guiding_Principles.pdf
4. Azoulay E, Chevret S, Leleu G, Pochard F, Barboteu M, Adrie C, Canoui P, Le Gall JR, Schlemmer B. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med*. 2000;28:3044-3049. doi: 10.1097/00003246-200008000-00061.
5. Azoulay E, Forel JM, Vinatier I, Truillet R, Renault A, Valade S, Jaber S, Durand-Gasselín J, Schwebel C, Georges H, Merceron S, Cariou A, Moussa M, Hraiech S, Argaud L, Leone M, Curtis JR, Kentish-Barnes N, Jouve E, Papazian L. Questions to improve family-staff communication in the ICU: a randomized controlled trial. *Intensive Care Med*. 2018;44:1879-1887. doi: 10.1007/s00134-018-5423-2.
6. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Fryer-Edwards KA, Alexander SC, Barley GE, Gooley TA, Tulsky JA. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med*. 2007;167:453-460. doi: 10.1001/archinte.167.5.453.
7. Back A, Tulsky JA, Arnold RM. Communication Skills in the Age of COVID-19. *Ann Intern Med*. 2020;172:759-760. doi: 10.7326/M20-1376.
8. Bauchner H. Coronavirus in Italy—Report From the Front Lines. *JAMA Podcasts* 2020. [Cit. 17.4.2021]. Dostupné na: <https://podcasts.apple.com/us/podcast/coronavirus-in-italy-report-from-the-front-lines/id410339697?i=1000468345849>
9. Beauchamp L, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. Oxford: Oxford University Press. 2019.
10. Bloom BS, Engelhart MD, Furst EJ, Hill WH, Krathwohl DR. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain. New York: David McKay Company. 1956.
11. Campbell TC, Carey EC, Jackson VA, Saraiya B, Yang HB, Back AL, Arnold RM. Discussing prognosis: balancing hope and realism. *Cancer J*. 2010 Sep-Oct;16(5):461-6. doi: 10.1097/PPO.0b013e3181f30e07. Erratum in: *Cancer J*. 2011;17:68.
12. CMA. *Framework for ethical decision making during the coronavirus pandemic*. Canadian Medical Association. 2020. [Cit. 17.4.2021]. Dostupné na: <https://policybase.cma.ca/en/permalink/policy14133>
13. Comité national d'éthique. [Cit. 17.4.2021]. Dostupné na: <https://www.ccne-ethique.fr>
14. ČSARIM (Česká společnost anesteziologie, reusiscitace a intenzivní medicíny). Stanovisko výboru evidenční číslo: 6/2020 - Rozhodovací procesy u pacientů s covid-19 hospitalizovaných na pracovištích intenzivní péče. [Cit. 15.4.2021]. Dostupné na: https://csim.cz/wp-content/uploads/2020_PP_06_CSARIM_CSIM_COVID_EOLD_300320_5-1.pdf

15. Childers JW, Back AL, Tulsky JA, Arnold RM. REMAP: A Framework for Goals of Care Conversations. *J Oncol Pract.* 2017;13:e844-e850. doi: 10.1200/JOP.2016.018796.
16. Clayton JM, Adler JL, O'Callaghan A, Martin P, Hynson J, Butow PN, Laidsaar-Powell RC, Arnold RM, Tulsky JA, Back AL. Intensive communication skills teaching for specialist training in palliative medicine: development and evaluation of an experiential workshop. *J Palliat Med.* 2012;15:585-591. doi: 10.1089/jpm.2011.0292.
17. ČSARIM. Doporučený postup před odběrem orgánů od zemřelých dárců po nevratné zástavě oběhu. *Anest Intenziv Med.* 2014;25:145-146.
18. ČSPM. Základní kurz etického poradenství. Termín: 04. 04. 2020 - 26. 02. 2021. [Cit. 17.4.2021] Dostupné na: <https://vzdelavani.paliativnimedicina.cz/reg/?id=108>
19. Curtis JR, Engelberg RA, Wenrich MD, Shannon SE, Treece PD, Rubenfeld GD. Missed opportunities during family conferences about end-of-life care in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005;171:844-849. doi: 10.1164/rccm.200409-1267OC.
20. Curtis JR, Treece PD, Nielsen EL, Gold J, Ciechanowski PS, Shannon SE, Khandelwal N, Young JP, Engelberg RA. Randomized Trial of Communication Facilitators to Reduce Family Distress and Intensity of End-of-Life Care. *Am J Respir Crit Care Med.* 2016;193:154-162. doi: 10.1164/rccm.201505-0900OC.
21. Cvachovec K. Doporučení ČLK č. 1/2010. *Anest Intenziv Med.* 2010;21:127.
22. De Dreu CKW, Gelfand MJ. Conflicts in the workplace: sources, functions, and dynamics across multiple levels of analysis. In: De Dreu CKW, Gelfand MJ, editors. *The psychology of conflict and conflict management in organizations.* New York: CRC Press. 2007. p. 3-54.
23. Deutscher Ethikrat. [Cit.17.4.2021] Dostupné na: <https://www.ethikrat.org>
24. Drake D. Portugalsko se vyhrabalo ze stejné krize jako my. Tady je odpověď, proč to v Česku nefunguje. *Novinky.cz.* 19.2.2021. [Cit. 15.4.2021]. Dostupné na: <https://www.novinky.cz/koronavirus/clanek/portugalsko-se-vyhrabalo-ze-stejne-krize-jako-my-tady-je-odpoved-proc-to-v-cesku-nefunguje-40351433>
25. Driver J. *Consequentialism.* London: Routledge. 2012.
26. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, Zhang C, Boyle C, Smith M, Phillips JP. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med.* 2020;382:2049-2055. doi: 10.1056/NEJMs2005114.
27. Ervin JN, Kahn JM, Cohen TR, Weingart LR. Teamwork in the intensive care unit. *Am Psychol.* 2018;73:468-477. doi: 10.1037/amp0000247.
28. Fabrigar LR, Petty RE, Smith SM, Crites SL Jr. Understanding knowledge effects on attitude-behavior consistency: the role of relevance, complexity, and amount of knowledge. *J Pers Soc Psychol.* 2006;90:556-577. doi: 10.1037/0022-3514.90.4.556.
29. Fleury C, Berthelie B, Nasr N. L'enseignement des humanités dans les facultés de médecine françaises. *Soins.* 2020;65:51-54. doi: 10.1016/j.soins.2020.01.013.
30. Feldman F. *Pleasure and the Good Life. Concerning the Nature, Varieties, and Plausibility of Hedonism.* Oxford: Clarendon Press, 2000.
31. Foege WH. Podcastu časopisu JAMA. [Cit. 15.4.2021]. Dostupné na: <https://edhub.ama-assn.org/jn-learning/audio-player/18548931>.
32. Førde R, Pedersen R., Clinical ethics committees in Norway: what do they do, and does it make a difference? *Camb Q Healthc Ethics.* 2011;20:389-395. doi: 10.1017/S0963180111000077.

33. Frota OP, de Sene AG, Ferreira-Júnior MA, Giaccon-Arruda BCC, Teston ÉF, Pompeo DA, Martins de Paula F. Coping strategies of family members of intensive care unit patients. *Intensive Crit Care Nurs.* 2021;63:102980. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102980.
34. Gert B, Culve CM, Clouser KD. *Bioethics: A Return to Fundamentals.* New York: Oxford University Press. 1997.
35. Grasselli G, Pesenti A, Cecconi M. Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy: Early Experience and Forecast During an Emergency Response. *JAMA.* 2020;323:1545-1546. doi: 10.1001/jama.2020.4031.
36. Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, Antonelli M, Cabrini L, Castelli A, Cereda D, Coluccello A, Foti G, Fumagalli R, Iotti G, Latronico N, Lorini L, Merler S, Natalini G, Piatti A, Ranieri MV, Scandroglio AM, Storti E, Cecconi M, Pesenti A; COVID-19 Lombardy ICU Network. Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *JAMA.* 2020;323:1574-1581. doi: 10.1001/jama.2020.5394.
37. Griffin J. *Well-Being: Its Meaning, Measurement, and Moral Importance.* Oxford: Clarendon Press. 1986.
38. Hooker B. *Ideal Code, Real World. A Rule-Consequentialist Theory of Morality.* Oxford: Clarendon Press. 2000.
39. Kagan S. *The Limits of Morality.* Oxford: Oxford University Press. 1989.
40. Kohak E. The idea of the „Natural“ worls. In: Patocka J (Ed.) *Philosophy and Selected Writings.* Chicago: The University of Chicago Press. 1989; p. 22-25.
41. Komesaroff PA. From Bioethics to Microethics: Ethical Debate and Clinical Medicine. In: Komesaroff PA (Ed.) *Troubled Bodies: Critical Perspectives on Postmodernism, Medical Ethics, and the Body.* Durham: Duke University Press. 1995. p. 62-86.
42. Kuře J. *Prospektivní bioetika. Studie ke konceptu etiky biomedicínských technologií.* Praha: Filosofia. 2020.
43. Kynoch K, Chang A, Coyer F, McArdle A. The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review update. *JBIS Database System Rev Implement Rep.* 2016;14:181-234. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-2477.
44. Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health Aff (Millwood).* 2010;29:1310-1318. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0450.
45. Magelssen M, Pedersen R, Førde R. Four Roles of Ethical Theory in Clinical Ethics Consultation. *Am J Bioeth.* 2016;16:26-33. doi: 10.1080/15265161.2016.1196254.
46. Mandal J, Dinoop KP, Parija SC. Microethics in medical education and practice. *Trop Parasitol.* 2015;5:86-87. doi: 10.4103/2229-5070.162488.
47. Marckmann G, Neitzke G, Schildmann J, Michalsen A, Dutzmann J, Hartog C, Jöbges S, Knochel K, Michels G, Pin M, Riessen R, Rogge A, Taupitz J, Janssens U. Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie : Klinisch-ethische Empfehlungen der DIVI, der DGINA, der DGAI, der DGIIN, der DGNI, der DGP, der DGP und der AEM [Decisions on the allocation of intensive care resources in the context of the COVID-19 pandemic : Clinical and ethical recommendations of DIVI, DGINA, DGAI, DGIIN, DGNI, DGP, DGP and AEM. German version]. *Med Klin Intensivmed Notfmed.* 2020;115:477-485. doi: 10.1007/s00063-020-00708-w.

48. Maves RC, Downar J, Dichter JR, Hick JL, Devereaux A, Geiling JA, Kissoon N, Hupert N, Niven AS, King MA, Rubinson LL, Hanfling D, Hodge JG Jr, Marshall MF, Fischkoff K, Evans LE, Tonelli MR, Wax RS, Seda G, Parrish JS, Truog RD, Sprung CL, Christian MD; ACCP Task Force for Mass Critical Care. Triage of Scarce Critical Care Resources in COVID-19 An Implementation Guide for Regional Allocation: An Expert Panel Report of the Task Force for Mass Critical Care and the American College of Chest Physicians. *Chest*. 2020;158:212-225. doi: 10.1016/j.chest.2020.03.063.
49. Mohan D, Alexander SC, Garrigues SK, Arnold RM, Barnato AE. Communication practices in physician decision-making for an unstable critically ill patient with end-stage cancer. *J Palliat Med*. 2010;13:949-956. doi: 10.1089/jpm.2010.0053.
50. Mulgan T. *Understanding Utilitarianism*. Stocksfield: Acumen. 2007.
51. National Academy of Sciences. A Framework for Equitable Allocation of Vaccine for the Novel Coronavirus. August 2020. [Cit. 15.4.2021]. Dostupné na: <https://www.nationalacademies.org/our-work/a-framework-for-equitable-allocation-of-vaccine-for-the-novel-coronavirus>
52. Oderberg DS. *Moral Theory: A Non-Consequentialist Approach*. Malden, Mass.: Blackwell Publishers. 2000.
53. O'Dowd E, O'Connor P, Lydon S, Mongan O, Connolly F, Diskin C, McLoughlin A, Rabbitt L, McVicker L, Reid-McDermott B, Byrne D. Stress, coping, and psychological resilience among physicians. *BMC Health Serv Res*. 2018;18:730. doi: 10.1186/s12913-018-3541-8.
54. Pařízková Černá R, Šustek P, Prudil L, Těšinová J, Šolc M, Cvachovec K, Dostál O, Černý V, Holčapek T, Váchaf M, Ševčík P. Stanovisko výboru ČSARIM 13/2020 Rozhodování u pacientů v intenzivní péči v situaci nedostatku vzácných zdrojů. *Anest Intenziv Med*. 2020;31:249-255.
55. Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit JF, Pochard F, Chevret S, Schlemmer B, Azoulay E. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;175:698-704. doi: 10.1164/rccm.200606-806OC.
56. Rela M, Jassem W. Transplantation from non-heart-beating donors. *Transplant Proc*. 2007;39:726-727. doi: 10.1016/j.transproceed.2007.01.071.
57. Rasoal D, Skovdahl K, Gifford M, Kihlgren A. Clinical Ethics Support for Healthcare Personnel: An Integrative Literature Review. *HEC Forum*. 2017;29:313-346. doi: 10.1007/s10730-017-9325-4.
58. Riccioni L, Bertolini G, Giannini A, Vergano M, Gristina G, Livigni S, Mistraletti G, Petrini Gruppo di Lavoro Siaarti-Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione E Terapia Intensiva F. Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili [Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments, in exceptional, resource-limited circumstances.]. *Recenti Prog Med*. 2020;111:207-211. doi: 10.1701/3347.33183.
59. Richards JB, Hayes MM, Schwartzstein RM. Teaching Clinical Reasoning and Critical Thinking: From Cognitive Theory to Practical Application. *Chest*. 2020;158:1617-1628. doi: 10.1016/j.chest.2020.05.525.
60. Robertson-Preidler J, Biller-Andorno N, Johnson TJ. What is appropriate care? An integrative review of emerging themes in the literature. *BMC Health Serv Res*. 2017;17:452. doi: 10.1186/s12913-017-2357-2.
61. SCCM.COVID-19ResourcesSocietyofcriticalcaremedicinecrisisstandardofcarerecommendations for triaging critical resources during the COVID-19 pandemic. Society of Critical Care Medicine. 2020. [Cit.17.4.2021]. Dostupné na: <https://www.sccm.org/getattachment/179d65cb-9076-4cf2-a06a-3ae7c928e634/Triaging-Critical-Resources>

62. Singer P. *Practical Ethics*. Cambridge: Cambridge University Press. 1995.
63. SIZ. Ethical principles concerning proportionality of critical care during the 2020 COVID-19 pandemic in Belgium: advice by the Belgian Society of Intensive care medicine - update 26-03-2020. [Cit. 17.4.2021]. Dostupné na: http://www.siz.be/wp-content/uploads/COVID_19_ethical_E_rev3.pdf
64. SÚKL (Státní ústav pro kontrolu léčiv). Informace o etických komisích. [Cit. 17.4.2021]. Dostupné na: <https://www.sukl.cz/zdravotnicke-prostredky/informace-o-eticky-ch-komisich>
65. Supady A, Curtis JR, Abrams D, Lorusso R, Bein T, Boldt J, Brown CE, Duerschmied D, Metaxa V, Brodie D. Allocating scarce intensive care resources during the COVID-19 pandemic: practical challenges to theoretical frameworks. *Lancet Respir Med*. 2021;9:430-434. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30580-4.
66. Tännsjö T. *Hedonistic Utilitarianism*. Edinburgh: Edinburgh University Press. 1998.
67. Truog RD, Robinson WM. Role of brain death and the dead-donor rule in the ethics of organ transplantation. *Crit Care Med*. 2003;31:2391-2396. doi: 10.1097/01.CCM.0000090869.19410.3C.
68. Truog RD, Brown SD, Browning D, Hundert EM, Rider EA, Bell SK, Meyer EC. Microethics: the ethics of everyday clinical practice. *Hastings Cent Rep*. 2015;45:11-17. doi: 10.1002/hast.413.
69. Vergano M, Bertolini G, Giannini A, Gristina GR, Livigni S, Mistraretti G, Riccioni L, Petrini F. Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian perspective during the COVID-19 epidemic. *Crit Care*. 2020;24:165. doi: 10.1186/s13054-020-02891-w.
70. Zaidi D, Kesselheim JC. Assessment of orientation practices for ethics consultation at Harvard Medical School-affiliated hospitals. *J Med Ethics*. 2018;44:91-96. doi: 10.1136/medethics-2016-103909.