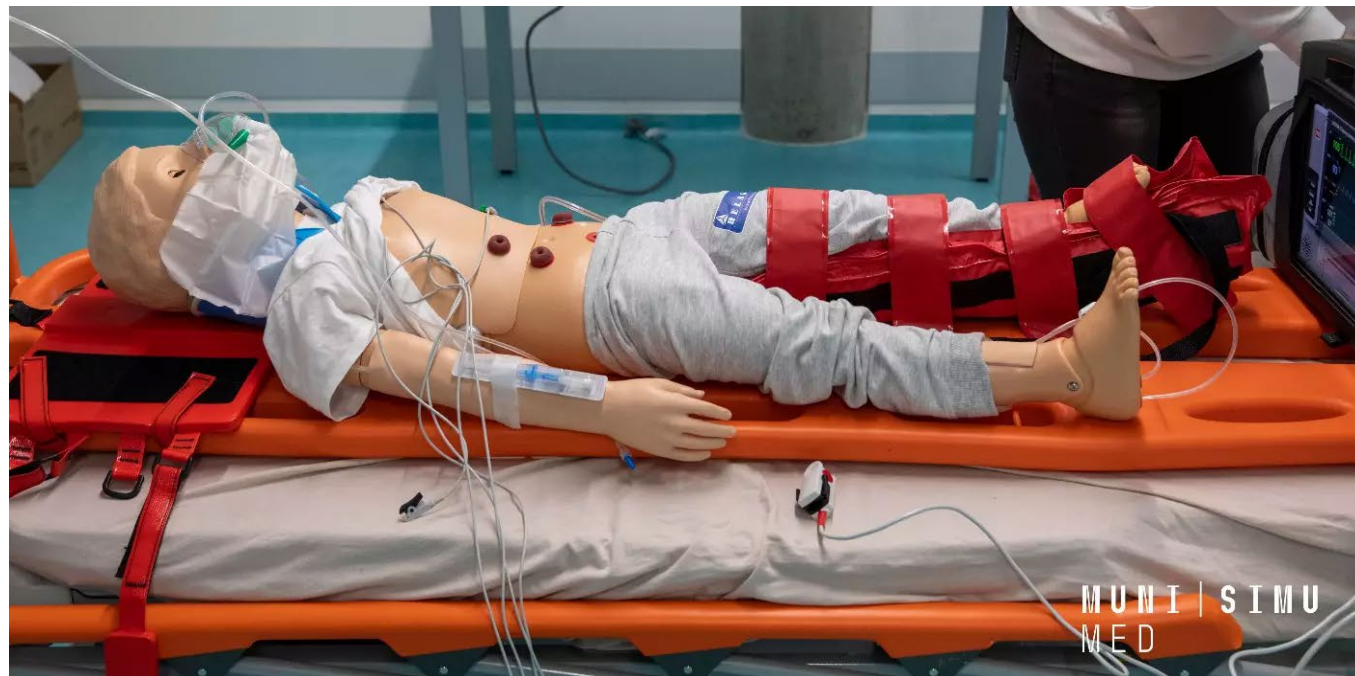


# Etická dilemata v pediatrické urgentní péči



**Jana Šeblová**

Oddělení urgentního příjmu LSPP dětí, FN Motol

Urgentní příjem ON Kladno, a.s.

Ústav epidemiologie 2. LF UK





Konflikt zájmů: žádný

# Témata lékařské etiky versus etika v urgentní medicíně

- Péče v závěru života: marná/neúčelná léčba, euthanasie /+ pojem kluzkého svahu), asistovaná sebevražda
- Technologie asistované reprodukce techniky IVF
- Potrat – umělé ukončení těhotenství
- Etické otázky spojené s kmenovými buňkami
- Reprodukční a terapeutické klonování
- Transplantace
- Výzkum s účastí lidských bytostí (Helsinská deklarace WMA)
- Péče v závěru života: indikace a kontraindikace KPR, indikace paliativní péče v podmínkách UM
- Triáž
  - V běžné praxi (ZOS, urgentní příjem)
  - Při mimořádných událostech a katastrofách
- Distributivní spravedlnost a alokace vzácných zdrojů
- Informovaný souhlas a autonomie v urgentních situacích a při mimořádných událostech a katastrofách
- Výzkum v urgentní medicíně a v přednemocniční péči



KDO JE TU  
„DÍTĚ“?  
OD NULY DO  
OSMNÁCTI



Kontroverze mezi počítáním a porodem – i v urgentní péči  
Koho zachraňujeme? Ukončení těhotenství po znásilnění u nezletilých a dětí?  
Triážní kritéria pro těhotné – vyšší prioritita nebo ne?





# Bioetické principy a jejich konflikty v modelu sdíleného rozhodování

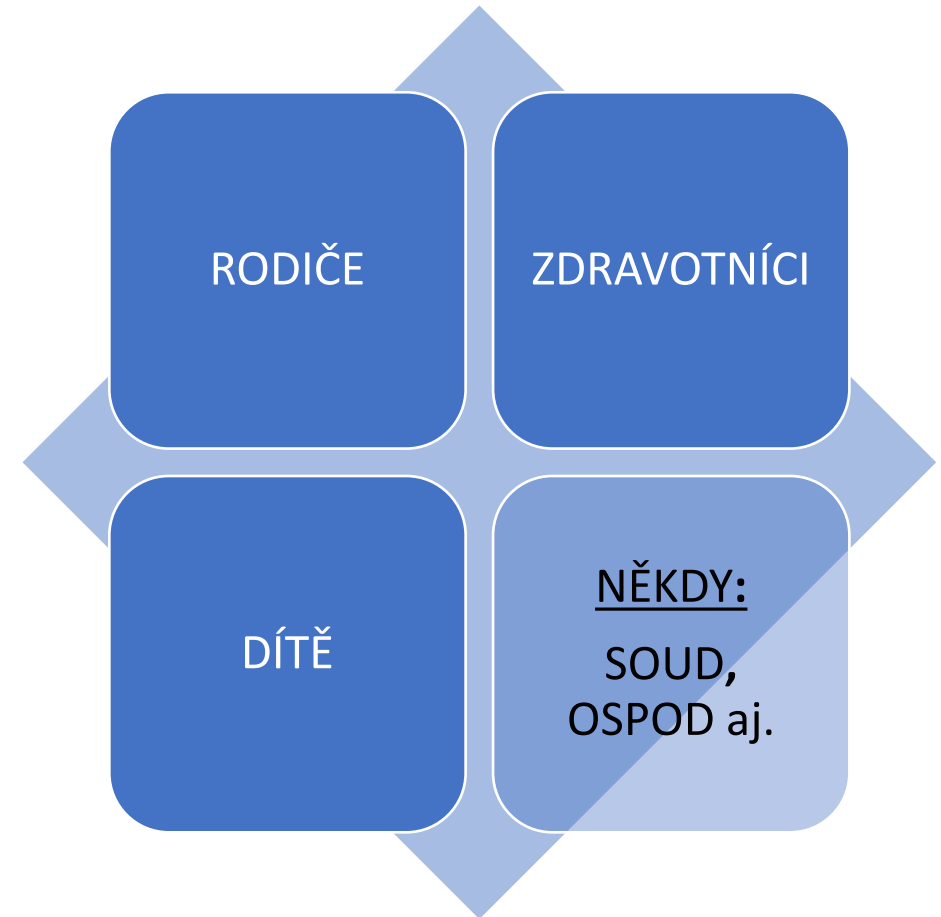
- **AUTONOMIE**
  - Respekt – dítě by mělo být aktivním účastníkem procesu rozhodování
- **BENEFICIENCE**
  - Konání dobra – cílem je zlepšení pacienta
- **NON-MALEFICIENCE**
  - Proaktivní identifikace hrozící újmy, zvažování invazivních postupů
- **SPRAVEDLNOST**
  - Rovnováha mezi dosažitelností prostředků/personálu a objemem pacientů – konflikty potřeb
- **PRAVDOMLUVNOST, OSOBNÍ VĚROHODNOST (VERACITY)**
  - Koncept pravdivosti (k druhým, ale i k sobě)
- **VĚRNOST, ODDANOST (FIDELITY)**
  - Ve vztahu k rodinám a pacientům



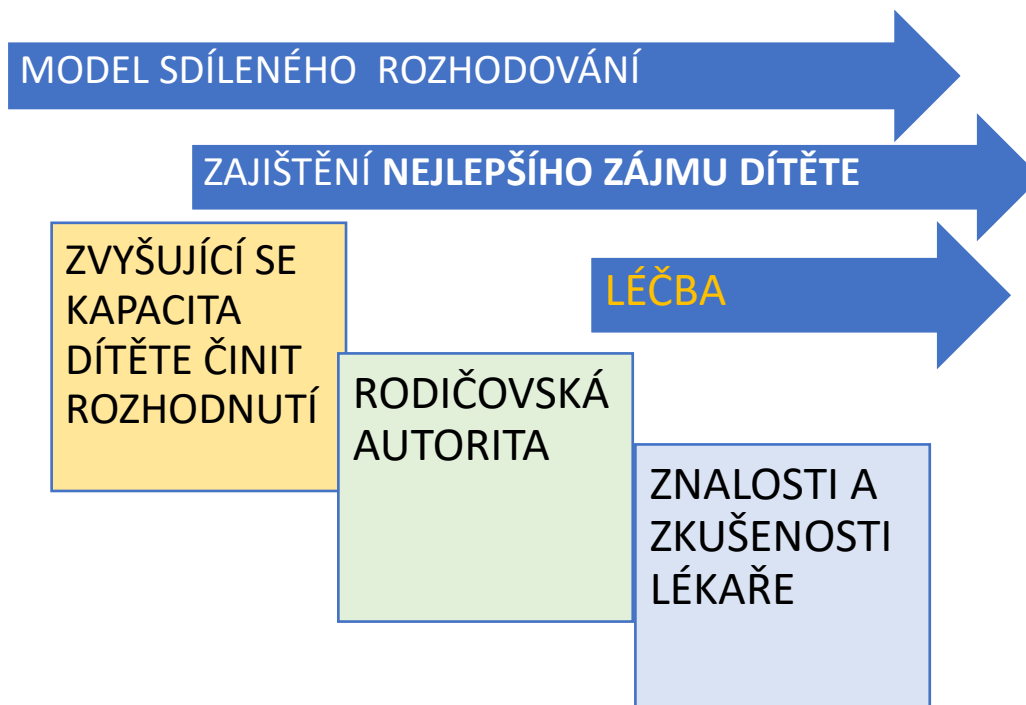
# Rozhodování a princip autonomie

„V nejlepším zájmu dítěte“

- V kojeneckém, batolecím věku a v raném dětství dominantně rozhodují rodiče nebo jiní zákonní zástupci dítěte
- Transformace principu rozhodování při poskytování zdravotní péče – důraz na pacientovu autonomii
- Požadavky autonomie pro dospívající:
  - Sebeurčení
  - Práva pacientů
- Posouzení rozhodovací kapacity:
  - Schopnost pochopit možnosti a porozumět důsledkům volby, schopnost se rozhodnout
  - Rozhodnutí musí být svobodné, bez jakéhokoliv nátlaku



# Family-centered shared decision making model





# Rozhodovací kapacita dítěte

- Posouzení případ od případu, nejen na základě věku
- Závisí na legislativě v konkrétní zemi
- Vývojová kapacita – nejen kognitivní, ale i emoční
- Sebepojetí a sebeuvědomění pacienta/tky
- Zákonně emancipovaní a zralí dospívající (ženatí/vdané, podnikající, sami jsou rodiči)
- 12-16 vs 16-18 vs 18+



# Kdy koncept sdíleného rozhodování nefunguje?

- Není shoda mezi rodiči
- Není shoda mezi rodiči a dítětem
- Není shoda mezi rodiči a/nebo dítětem na jedné straně a zdravotníky na druhé straně
- Urgentní stavy, kdy rodiče nebo jiní zákonní zástupci nejsou dosažitelní a léčba je urgentní
- Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte



# Medicína a etika – spojené nádoby

The Four topics Chart – Přístup čtyř rovin	
Lékařské indikace ( <i>medical indications</i> )	Preferenze pacienta
<p><b>Principy beneficence a nonmaleficence</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jaký je pacientův medicínský problém? Je to problém akutní, chronický, kritický, reverzibilní, emergentní, nebo terminální?</li> <li>2. Jaké jsou cíle léčby?</li> <li>3. Za jakých okolností není zamýšlená léčba indikována?</li> <li>4. Jaké jsou pravděpodobnosti úspěchu jednotlivých variant postupu?</li> <li>5. Jak celkově může pacient profitovat z lékařské a ošetrovatelské péče a jak můžeme zabránit poškození pacienta?</li> </ol>	<p><b>Princip respektu k autonomii</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jak byl pacient informován o benefitu a rizicích diagnostických a terapeutických opatření – pochopil tyto informace a souhlasil s nimi?</li> <li>2. Je pacient duševně způsobilý a je právně kompetentní, nebo je zde nějaký důkaz neschopnosti dát souhlas?</li> <li>3. Pokud je toho pacient duševně schopen, jaké preference vyjadřuje?</li> <li>4. Pokud pacient kompetentní není, vyjádřil svoje preference někdy dříve?</li> <li>5. Kdo je oprávněn za pacienta rozhodovat, pokud pacient není schopen činit svá vlastní rozhodnutí? Podle jakých standardů se zástupné rozhodování<sup>14</sup> řídí?</li> <li>6. Nechce pacient spolupracovat, nebo nemůže? Proč?</li> </ol>
Kvalita života	Kontextuální charakteristiky
<p><b>Principy beneficence a nonmaleficence a respekt k autonomii</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jaké vyhlídky k návratu k normálnímu životu má pacient s léčbou a bez léčby a jaké fyzické, psychické a sociální deficity vzniknou pacientovi, i když bude léčba úspěšná?</li> <li>2. Na základě jakých východisek lze považovat kvalitu života za nedostatečnou u pacienta, který si nemůže vytvořit nebo nemůže vyjádřit svůj názor?</li> <li>3. Jaké předsudky v hodnocení kvality života může mít poskytovatel péče?</li> <li>4. Jaké etické otázky vyvstávají ve vztahu ke zlepšení (<i>enhancement</i>) pacientova života?</li> <li>5. Má hodnocení kvality života vliv na otázky týkající se terapeutického plánu, jako je např. ukončení život udržujících opatření?</li> <li>6. Je vytvořen plán na úlevu od bolesti a na poskytování komfortu, pokud dojde k rozhodnutí léčbu ukončit?</li> <li>7. Je zabít na požádání eticky a právně dovoleno?</li> <li>8. Jaký je etický a právní status sebevraždy?</li> </ol>	<p><b>Principy spravedlnosti a rovnosti</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jaké jsou profesní, meziprofesionální nebo obchodní zájmy, které mohou vytvořit konflikty zájmů při léčbě pacienta?</li> <li>2. Existují další strany kromě lékaře a pacienta, jako například rodinní příslušníci, které mají v souvislosti s klinickým rozhodnutím nějaký oprávněný zájem?</li> <li>3. Jaké limity zachování mlčenlivosti kladou oprávněné zájmy třetích stran?</li> <li>4. Jaké finanční faktory mohou vytvořit konflikt zájmů?</li> <li>5. Které problémy s alokací zdrojů ve zdravotnictví mohou ovlivnit klinické rozhodnutí?</li> <li>6. Jaké náboženské souvislosti mohou ovlivnit klinické rozhodnutí?</li> <li>7. Jaké právní souvislosti mohou ovlivnit klinické rozhodnutí?</li> <li>8. Jaké souvislosti klinického výzkumu a výuky mohou ovlivnit klinické rozhodnutí?</li> <li>9. Jaké souvislosti veřejného zdraví a bezpečnosti mohou ovlivnit klinické rozhodnutí?</li> <li>10. Vytváří příslušnost k nějaké instituci konflikt zájmů, který ovlivňuje klinické rozhodnutí?</li> </ol>

## Lékařské indikace (*medical indications*)

### Principy beneficence a nonmaleficence

1. Jaký je pacientův medicínský problém? Je to problém akutní, chronický, kritický, reverzibilní, emergentní, nebo terminální?
2. Jaké jsou cíle léčby?
3. Za jakých okolností není zamýšlená léčba indikována?
4. Jaké jsou pravděpodobnosti úspěchu jednotlivých variant postupu?
5. Jak celkově může pacient profitovat z lékařské a ošetrovatelské péče a jak můžeme zabránit poškození pacienta?



Brno, AKUTNĚ.CZ 23. 11. 2024

## Kontextuální charakteristiky

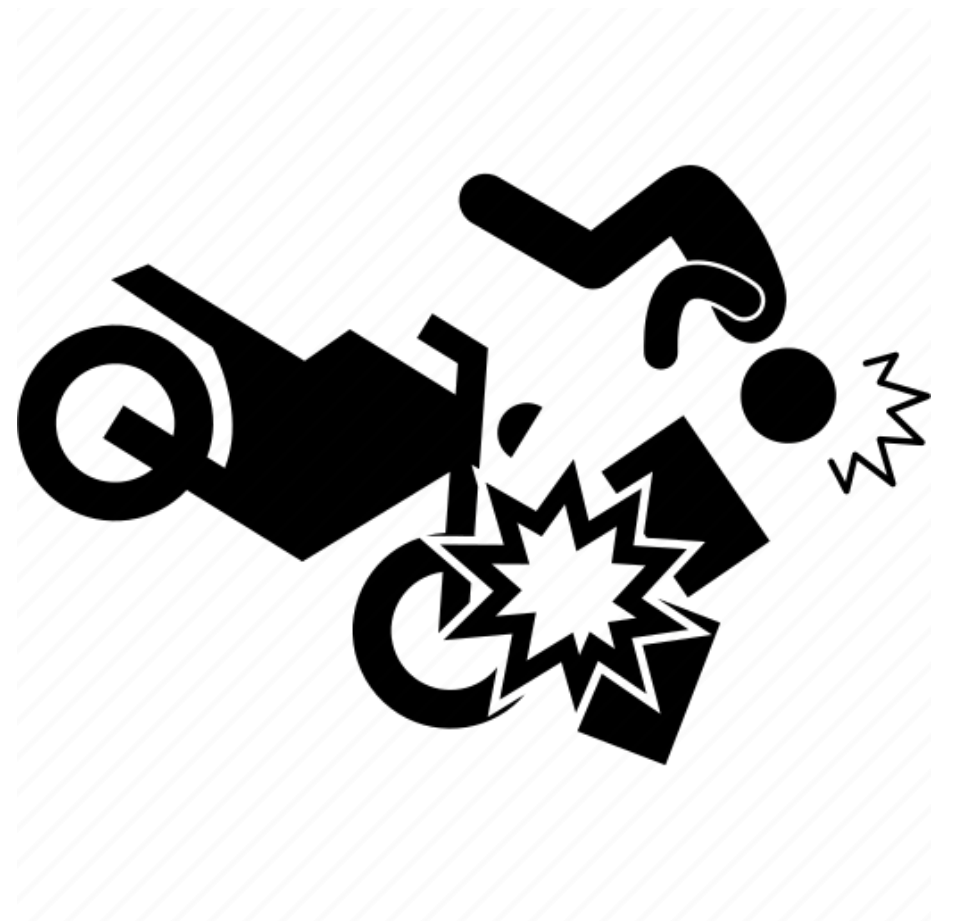
### Principy spravedlnosti a rovnosti

1. Jaké jsou profesní, meziprofesionální nebo obchodní zájmy, které mohou vytvořit konflikty zájmů při léčbě pacienta?
2. Existují další strany kromě lékaře a pacienta, jako například rodinní příslušníci, které mají v souvislosti s klinickým rozhodnutím nějaký oprávněný zájem?
3. Jaké limity zachování mlčenlivosti kladou oprávněné zájmy třetích stran?
4. Jaké finanční faktory mohou vytvořit konflikt zájmů?
5. Které problémy s alokací zdrojů ve zdravotnictví mohou ovlivnit klinické rozhodnutí?
6. Jaké náboženské souvislosti mohou ovlivnit klinické rozhodnutí?
7. Jaké právní souvislosti mohou ovlivnit klinické rozhodnutí?
8. Jaké souvislosti klinického výzkumu a výuky mohou ovlivnit klinické rozhodnutí?
9. Jaké souvislosti veřejného zdraví a bezpečnosti mohou ovlivnit klinické rozhodnutí?
10. Vytváří příslušnost k nějaké instituci konflikt zájmů, který ovlivňuje klinické rozhodnutí?



# Dopravní nehoda – postup v PNP a triáž

- 8-letý chlapec – chodec, sražený motocyklem na přechodu v rychlosti cca 80 km/hod., doprovázený otcem
- ALS TEAM (2 záchranáři nebo lékař a záchranář), sanitní vůz ZOS vysílá, dojezd do 15 min.
- **Pacient 1- chlapec 8 let**
  - GCS 111, otevřená fraktura kalvy, výhřez mozkové tkáně, bilaterálně mydriáza, nepravidelná dechová aktivita 8/min., bez hmatného pulsu, ECG: širokokomplexová bradykardie
- **Pacient 2 – muž 32 let, řidič motocyklu**
  - Bledý, při vědomí, klidově dušný, df 32/min., hypotenze, tachykardie 140/min., bolest hrudníku a břicha. Bez známek fraktur dlouhých kostí, bez zevního krvácení
- **Pacient 3 – muž 40 let, otec**
  - GCS 456, VF bez alterace, bez známek zranění, známky akutní stresové reakce, křičí, na řidiče motocyklu i na posádku verbálně agresivní



# Dopravní nehoda – postup v PNP a triáž

- Medicínské indikace?
- Jaké jsou priority jednotlivých pacientů?
  - P1 red P2 yellow P3 green P4 dead/expectant
- Jak budete postupovat ve dvoučlenném týmu?
- Jak se postup změní po dojezdu další posádky??
- Změnil by se Váš postup, pokud by u pacienta 1 byla asystolie?
- Změnil by se Váš postup, pokud by šlo o dopravní nehodu s celkovým počtem 25 zasažených?



# Nepozorovaný pád, křeče, rozvedení rodiče

- 8-letá dívka přivezena v doprovodu otce na dětský urgentní příjem. Otec slyšel pád, zastiženy generalizované křeče s přechodnou poruchou vědomí, zmatená. Rodiče rozvedení, dítě ve střídavé péči.
- **Přetrvává mírná zmatenost, GCS 446, amnezie na příhodu, zornice symetrické, foto + , orientačně motorika bez lateralizace**
- V dokumentaci nacházíte, že před rokem prodělala epizodu křečí, ale nebyla dovyšetřena (CT, MRI, EEG atd.), matka ji vzala druhý den hospitalizace domů na negativní reverz. Medikaci žádnou neužívá.
- Po 20 minutách přijíždí matka, odmítá diagnostiku a léčbu, vyžaduje opět propuštění na negativní reverz, říká, že ví, že její dítě epilepsii NEMÁ. Otec naopak hospitalizaci a vyšetření požaduje.





# Nepozorovaný pád, křeče, rozvedení rodiče

- Lékařské indikace:
  - Jaká je urgence vyšetření, léčby a jaká je indikace hospitalizace?
- Etické aspekty:
  - Informovaný/zástupný souhlas, sdílené rozhodování
  - Konflikty: matka – otec, rodiče – zdravotníci, dítě – rodiče, dítě - zdravotníci
- Legislativa:
  - Právní předpisy
- Psychologické:
  - Jak zvládnout situaci (záleží to jen na nás?)?



# Nepozorovaný pád, křeče, rozvedení rodiče

## KDO BUDE ROZHODOVAT O DALŠÍM POSTUPU DIAGNOSTIKY A LÉČBY?



1. MATKA
2. OTEC
3. DÍVKA
4. LÉKAŘ/KA
5. SOUD



DOCTOR



- Změnilo by se něco, kdyby bylo dívce 16 let? Zítřka 18?
- Změnilo by se něco, kdyby dítě bylo v péči matky, ale otec měl soudně určený styk s dítětem každý druhý víkend?
- Změnilo by se něco, kdyby matka nedorazila na urgentní příjem, ale druhý den, tak jako před rokem?

# Mentální a pohybové postižení při DMO

- Chlapec 16 let s DMO a Westovým syndromem, kvadrupareza, těžká mentální retardace, v péči rodiny, velmi kvalitní ošetrovatelská péče
- Nedávno opakovaný pobyt na ARO oddělení, v posledních letech postupná progresse stavu, opakované septické stavu, vyživován PEG
- V dokumentaci záznam o informování rodičů o závažnosti stavu jejich syna a o tom, že další intenzivní péče NENÍ indikována
- Volání na linku 155: „*Syn měl poslední dny kašel a zvýšenou teplotu, teď ho nemůžeme probudit!!!*“
- Posádka s lékařem přijíždí na místo, bezvědomí, bezdeší, emočně velmi vypjatá situace: „*Proboha zachraňte Tomáše, zachraňte ho za jakoukoliv cenu, přece o něj nemůžeme přijít, nemůžeme bez něj žít....*“





# Mentální a pohybové postižení při DMO

- Medicínské indikace a kontraindikace :
  - Život zachraňující výkony u progresivního život limitujícího onemocnění?
  - Příčina poruchy vědomí? – např. sepse vs. obstrukce DC
- Kvalita života
  - Kdo a kdy ji hodnotí a kdo rozhoduje?
- Preference pacienta versus preference rodičů
  - jejich emoční potřeby
- Kontextuální charakteristiky
  - Psychologické aspekty
  - Legislativa – rozhodování o DNR

KPR: ANO NEBO NE?



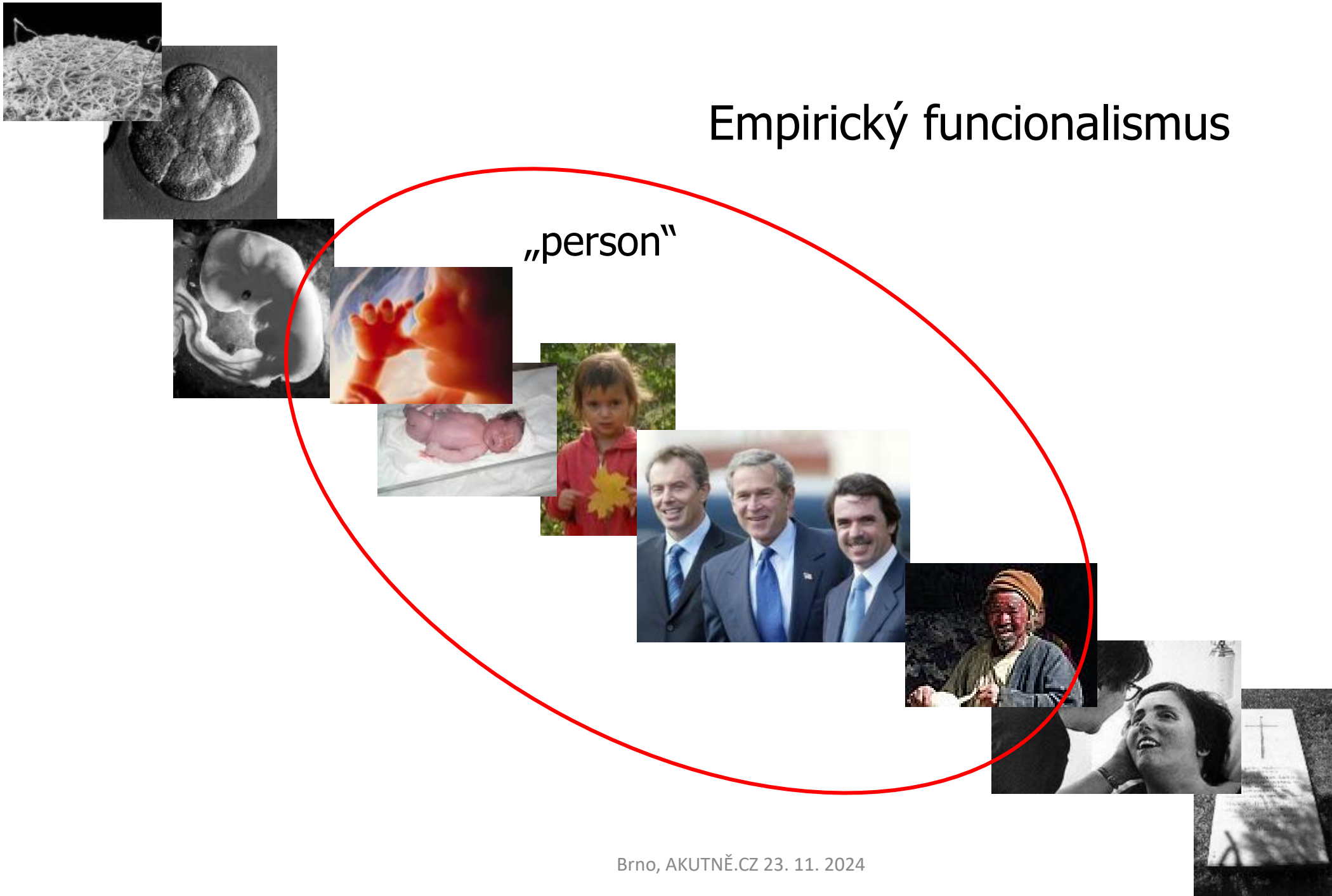


„person“

# Ontologický personalismus

# Empirický functionalismus

„person“



# „Nepřiměřené“ resuscitace – zahájení KPR

Důvody zahájení jiné než medicínské (organizačně-právní, psychologické apod.)

Okolnosti zástavy  
(rytmus, etiologie,  
časové faktory aj.)

Charakteristiky  
pacienta (věk,  
komorbidity, kvalita  
života před NZO aj.)

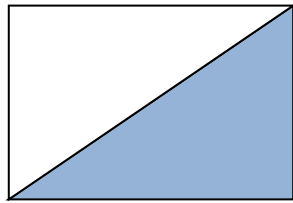
Místo zástavy a  
laická KPR před ZZS

Osobnost  
poskytovatele  
(zkušenosti,  
postoje)

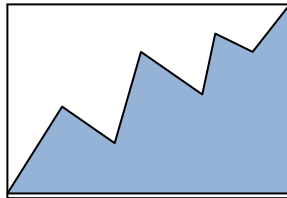
Právní a organizační  
aspekty (kompetence,  
protokoly, obavy ze  
stížností aj.)



# Dětská paliativní péče



kontinuální progresse  
onemocnění



intenzivní nebo  
léčebná péče zvyšuje  
kvalitu života



pouze paliativní péče



intenzivní péče na  
počátku s indikací  
paliativní později

•

- Zvyšující se počty dětí s život ohrožujícími a život limitujícími stavy
- Odlišná etiologie těchto stavů ve srovnání s dospělými
  - Dlouhodobá péče
  - Individualizovaný přístup
- **Klíčová role komunikace**



# Výzvy dětské paliativní péče v podmínkách urgentní medicíny

- Znáte všechny genetické a vzácné nemoci a neurologická onemocnění?  
[www.rarediseases.org](http://www.rarediseases.org)
- Jste si jistí, že nikdy nehodnotíte kvalitu života jiných lidí?
- Rozlišujete situace s indikací KPR a s kontraindikací KPR u těchto dětí?
- Jste schopni připustit, že rodiče trvají na KPR nebo jiné invazivní léčbě navzdory stanovenému plánu péče?
- Dovedete si představit, jak byste reagovali vy jako rodiče?



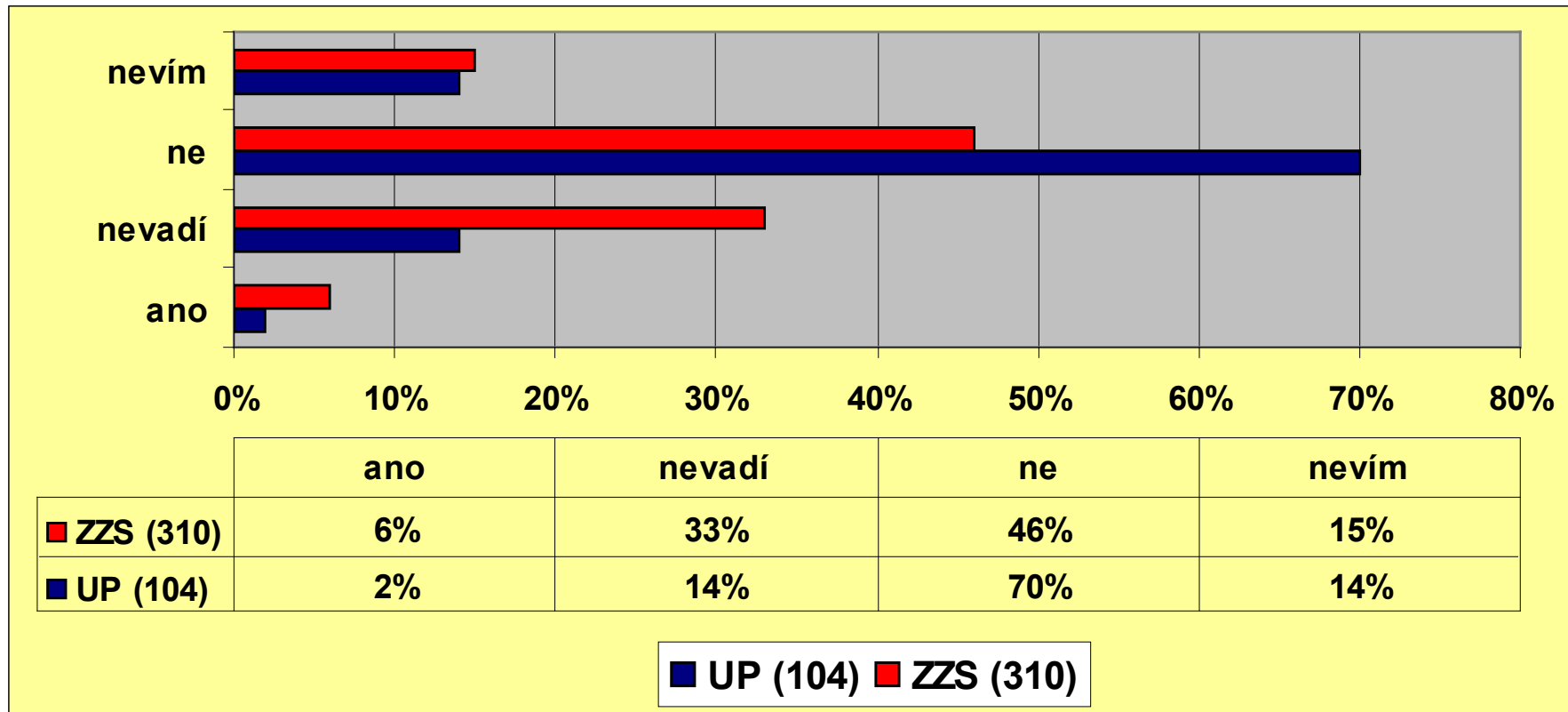
# Přítomnost rodičů u resuscitace

- Existující koncept již od 80. let minulého století (FPDR)
- Jeho rizika pro pacienty a rodinné příslušníky
- Jeho přínosy pro pacienty a jejich rodinné příslušníky
- Doporučení a metodické pokyny, vzdělávání, výcvik
- Podmínky pro implementaci



# Přítomnost příbuzných u resuscitace

Postoje poskytovatelů ke KPR, 2011, 429 respondentů UP a ZZS  
statisticky vysoce významný rozdíl mezi UP a ZZS:  $p=0,001$  (párový t-test)

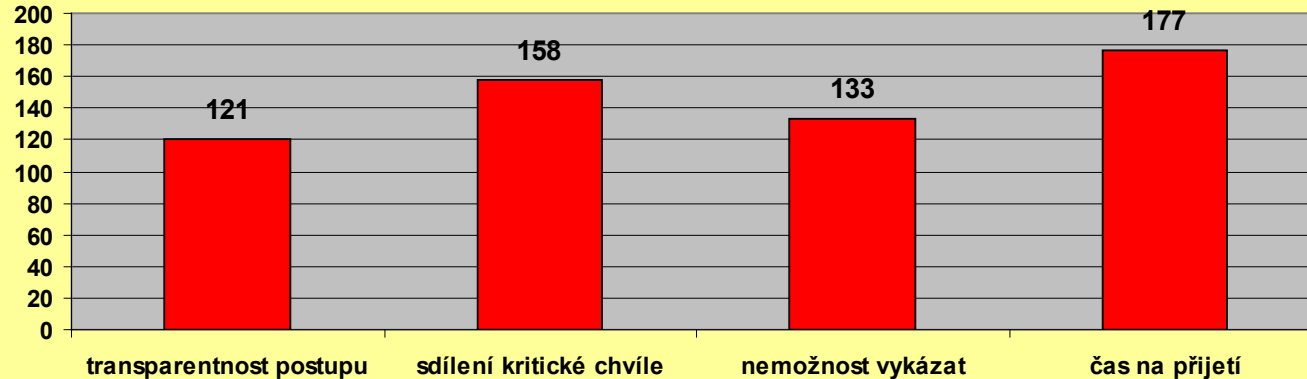




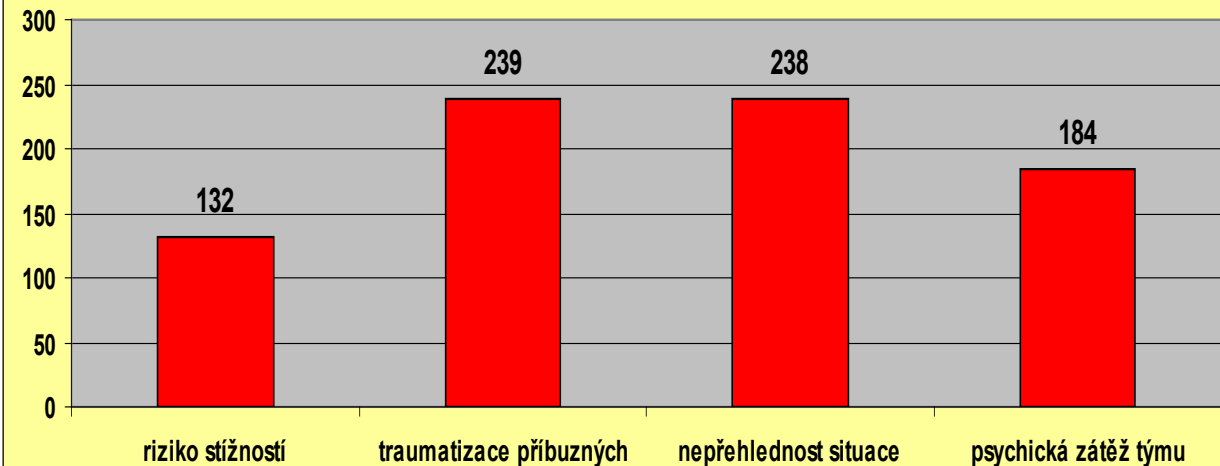
# Přítomnost příbuzných u resuscitace

Postoje poskytovatelů ke KPR, 2011, 429 respondentů UP a ZZS

## Důvody případné přítomnosti příbuzných



## Rizika případné přítomnosti příbuzných u KPR





[seblova.jana@gmail.com](mailto:seblova.jana@gmail.com)

Brno, AKUTNĚ.CZ 23. 11. 2024