

U pacientů v predialýze je doporučeno využít k odhadu rizika časného úmrtí po zahájení dialýzy REIN skóre nebo online aplikace HD mortality predictor (<http://www.touchcalc.com/calculators/sq>).

Skórovací systémy jsou vždy pouze pomůckou, která nám umožňuje facilitovat rozhovory o cílech léčby s pacientem a jeho blízkými. Nezbytný je etický rámec, do kterého je celý proces zasazen.

Klinický, etický a právní rámec pro rozhodování o nezahájení dialýzy (10)

Při rozhodování o zahájení či nezahájení dialýzy je zásadní vztah pacient/lékař, vzájemná důvěra a dobrá komunikace. Základním pilířem je proces sdíleného rozhodování. Jedná se o proces, nikoliv jednorázový rozhovor. Edukace má být přátelská k pacientovi, citlivě a srozumitelně ho seznámit s výhodami a nevýhodami léčebných možností a s jejich dopady na jeho každodenní život a sociální situaci.

Velmi důležitá je identifikace pacientů, kteří nebudou profitovat ze zahájení dialýzy (vysoký věk, přítomnost frailty, vysoký počet komorbidit, špatná funkční zdatnost). Velký význam má také naše schopnost odhadnout a domluvit se na časovém rámci daném odhadovanou prognózou pacienta. V případě, že pacient zvolí konzervativní management, je nutné mít plán péče s managementem symptomů jak fyzických, tak psychosociálních. Je nutné, aby fungovala také logistika plánu. Nefrolog by měl být schopen předvídat možné komplikace a pacient, popř. rodina, by měli vědět, jak mají postupovat, na koho se mohou v případě potřeby obrátit.

Nefrolog by se měl vzdělávat stran managementu symptomů, případně zajistit pacientovi přístup ke specializované paliativní péči.

Je-li pacient rozhodnut, že nechce v budoucnu zahájit dialyzační léčbu, je namístě jeho rozhodnutí právně podpořit sepsáním dříve vysloveného přání (DVP). Je důležité pacienta ujistit, že rozhodnutí může změnit a průběžně ověřovat, že dané rozhodnutí stále platí.

V případě, že pacient váhá, zda zahájit či nezahájit dialýzu, je možné se společně dohodnout na tzv. „dialýze na zkoušku“, obvykle na dobu 4–6 týdnů. Na konci tohoto intervalu společně s pacientem zhodnotíme výhody a nevýhody, které dialýza pacientovi přinesla a pacient se rozhodne, jak chce dál pokračovat.

V kontextu nezahájení dialýzy hovoříme o několika skupinách pacientů.

1. Pacienti se zachovalou rozhodovací schopností, kteří dialyzační léčbu odmítli v souladu s § 34, odst. 3 zákona o zdravotních službách.

2. Pacienti, kteří nemají zachovalou rozhodovací schopnost, ale v období, kdy je měli, dialyzační léčbu prokazatelně odmítli, nebo mají sepsané dříve vyslovené přání (DVP) dle § 36 zákona o zdravotních službách.

3. Pacienti, kteří nemají zachovalou rozhodovací schopnost, za které rozhoduje tým ošetřujících zdravotníků s hlavním zřetelem na pacientův nejlepší zájem. V rámci předchozí péče měli zdravotníci možnost seznámit se s pacientovými preferencemi a jednat v souladu s nimi. Namístě je opakovaně komunikovat a vysvětlovat situaci rodině a konzultovat rozhodnutí týmu s rodinným příslušníkem, který byl pacientem k tomu určen, příp. i další blízké osoby v souladu s § 33, odst. 1 a § 34, odst. 7 zákona o zdravotních službách.

4. U pacienta je přítomno terminální onemocnění z nerenálních příčin.

5. Pacient nedokáže při dialýze spolupracovat a předpokládají se technické komplikace po zahájení dialýzy u takového pacienta (např. těžký kognitivní deficit s psychomotorickým neklidem).

Právní rámec rozhodování o nezahájení dialýzy zcela koresponduje s právním rámcem rozhodování o poskytování jakýchkoliv jiných zdravotních služeb. Zákon o zdravotních službách stanoví, že poskytovatel zdravotních služeb je povinen poskytovat zdravotní služby na náležitě odborné úrovni (tzv. de lege artis). Náležitá odborná úroveň je definována v § 4, odst. 5 zákona o zdravotních službách jako postup podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti. Zákonná definice postupu lege artis tedy výslovně odkazuje na „pravidla vědy a uznávané medicínské postupy“. V kontextu rozhodování o nezahájení nebo nepokračování léčby představuje tento uznávaný medicínský postup mimo jiné konsenzuální stanovisko České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny České lékařské společnosti J. E. Purkyně a České společnosti intenzivní medicíny k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním (schválen představenstvem ČLK jako doporučení č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli).

Konsenzuální stanovisko říká, že každý pacient má právo na poskytnutí léčby, která odpovídá jeho zdravotnímu stavu. V intenzivní medicíně je cílem zachování života a zdraví pacienta – tj. odstranění příčiny, která působí zhoršení zdravotního stavu a poskytování orgánové podpory nebo orgánové náhrady u pacientů se zvrátým orgánovým selháním, nebo s cílem zlepšení jejich klinického stavu. V okamžiku, kdy není možné tyto cíle naplnit, je třeba pacientovi poskytnout péči spočívající v tišení bolesti, dyskomfortu a strádání a uspokojování jeho fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb.

Stanovisko zdůrazňuje, že u jakékoliv léčby musí lékař vždy zvažovat její reálný klinický přínos. Léčbu, u níž není předpoklad, že povede k zachráně životy pacienta, nebo zlepšení jeho klinického stavu a kde rizika komplikací převažují nad přínosem pro pacienta, je nutno považovat za léčbu marnou a neúčelnou. Taková léčba nemá být lékařem indikována a prováděna. Lékař nemá povinnost zahajovat marnou a neúčelnou léčbu nebo v ní pokračovat. Zahájení nebo pokračování marné a neúčelné léčby je postupem non lege artis stejně jako nezahájení nebo nepokračování léčby, která je indikována a měla by být poskytnuta.

Koncept marné a neúčelné léčby nicméně není mezi odbornou veřejností přijímán bez výhrad. Je totiž otázkou, do jaké míry je možné jednoznačně označit určitou léčbu za marnou a neúčelnou jednostranně z pozice lékaře, pouze na základě objektivních parametrů dané léčby. Hodnocení léčby jako marné, tj. takové, která pacienta zatěžuje zbytečným strádáním nebo rizikem komplikací, vyžaduje totiž zohlednění pacientových preferencí a jeho názoru na to, jaká pravděpodobnost úspěšnosti léčby, v kombinaci s jakými riziky, je pro něj přijatelná a jaká už ne.

Jak již bylo uvedeno, v situaci rozhodování o zahájení nebo nezahájení léčby je třeba vedle požadavku na poskytování zdravotních služeb