

Vzor analýzy bioetické kazuistiky

Handout pro potřeby zpracování kazuistiky

Vypracoval: Adam Doležal, Ph.D.

Vzorová kazuistika je zpracována podrobněji, než je potřeba pro zápočet, lze se o ni opřít v případě rozboru vlastního případu. Postačující rozsah jsou dvě normostrany.

Vzorová kazuistika je strukturována takto:

1. Představení případu
– výstižné představení situace bioetického případu.
2. Analýza metodou čtyř rovin
– ukázka analýzy pomocí kazuistické metody čtyř rovin („four boxes method“)
3. Principlistická analýza
– ukázka analýzy pomocí principlismu.

1. Představení případu

Na chirurgickou ambulanci byl kolem jedné hodiny ranní přivezen pacient v podnapilém stavu s tržnou ránou na hlavě. Muž, cca 60letý, s evidentními známkami abúzu alkoholu, pomočený, zapáchající, s 20 cm vydatně krvácející tržně zhmožděnou ránou vlasaté části hlavy, neschopen provedení dechové zkoušky (opakovaně). Anamnestické údaje z rozhovoru s pacientem nebylo možné získat. Odmítá jakékoli ošetření – odběr krve, RTG, či CT vyšetření hlavy, zašití a ošetření krvácející rány v lokální anestezii (tj. umrtvení místa rány za účelem chirurgického ošetření). Pacient je vulgární, fyzicky i slovně je agresivní vůči zdravotnickému personálu.

2. Analýza metodou čtyř rovin

Lékařská indikace:

a) Anamnéza

Osobní anamnéza:

- Věk: cca 60 let
- Pohlaví: muž
- Jméno: neznámé
- Vzdělání: neznámé
- Diagnóza

Rodinná anamnéza – neznámá

Sociální anamnéza – neznámá

b) Jaký byl pacientův medicínský problém?

Pacientův medicínský problém je problém akutní vzhledem k úrazu, jedná se zřejmě o urgentní situaci s možnými kritickými následky. Úraz může být i život ohrožující, vzhledem k možnosti epidurálního krvácení, při kterém by v horizontu několika hodin mohlo v krajním případě dojít k poruše vědomí a zástavě dechu v důsledku útlaku mozkového kmene.

c) Jaké jsou cíle léčby?

Základním cílem je záchrana života pacienta, ošetření tržné rány, a doplnění vyšetření CT mozku k vyloučení nitrolebních komplikací (krvácení, fraktura lebky). Pokud by bylo prokázáno lehké mozkové poranění, případně zjištěny jiné rizikové faktory, pacient by byl hospitalizován a pozorován do druhého dne. V případě zjištění nitrolební komplikace (např. prokrváčená kontuze mozku, subdurální hematom, subarachnoidální krvácení apod.) měl by být kontaktován i neurochirurg.

Vzhledem k předběžné diagnóze by bylo vhodné pacientovi změřit základní životní funkce (tlak, tepová frekvence, dechová frekvence a teplota těla), ošetřit tržnou ránu, doplnit CT mozku k vyloučení nitrolebních komplikací (krvácení, fraktura lebky), změřit hladinu ethanolu v krvi a provést neurologické vyšetření.

d) Za jakých okolností není zamýšlená léčba indikovaná?

Uvedená léčba je z medicínského hlediska léčbou indikovanou. Relativní kontraindikací pro CT vyšetření může být těhotenství, což u pacienta – muže není nutné brát v potaz. Z lékařského hlediska tak lze považovat veškeré navrhované postupy považovat za indikované, jedinou „nemedicínskou“ kontraindikací mohou být preference pacienta a jeho odmítání léčby.

e) Jaké jsou pravděpodobnosti úspěchu jednotlivých variant postupu?

Pravděpodobnost úspěchu závisí na správné diagnostice, kterou ale pacient odmítá. Nicméně pokud by byl pacient spolupracující, léčba by měla být s velkou pravděpodobností úspěšná.

f) Jak celkově může pacient profitovat z lékařské a ošetrovatelské péče a jak můžeme zabránit poškození pacienta?

Základním profitem v tomto případě je možná záchrana života, případně zabránění závažných celoživotních zdravotních následků. Vzhledem k zjevné ebrietě (opilosti) a dezorientaci u pacienta hrozí opakování pádu s novým úrazem hlavy. Nejpravděpodobnější komplikací úrazu je „pouhé“ lehké mozkové poranění, kdy by v následujících dnech mohl pacient trpět amnézií na událost a příp. bolestmi hlavy. Závažnějšími komplikacemi by byly kontuze mozku, traumatické subarachnoidální, subdurální či epidurální krvácení, které by se kromě bolestí hlavy či zvracení mohly projevit zhoršením stavu vědomí, neurologickým deficitem odpovídajícím lokalizaci léze CNS, příp. akutním symptomatickým epileptickým záchvatem. Tyto příznaky mohou být přítomny již vstupně, ale mohou se rozvinout až v horizontu několika hodin, proto observace pacienta s lehkým mozkovým poraněním (bez zn. nitrolebních komplikací na vstupním CT mozku) trvá standardně 24 hodin.

Preference pacienta

a) Jak byl pacient informován o benefitu a rizicích diagnostických a terapeutických opatření – pochopil tyto informace a souhlasil s nimi?

Pacient byl informován, ale vzhledem k jeho ebrietě nebyl schopen informace zpracovat a rozumně o nich uvažovat. Vzhledem k uvedené opilosti informace nepochopil a nebyl s nimi schopen pracovat, ani s nimi souhlasit a vyjádřit tak svolení s navrhovaným postupem.

b) Je pacient svéprávný a způsobilý k právnímu jednání (kompetentní) nebo jsou zde některé indicie vedoucí k závažné pochybnosti o schopnosti udělit validní souhlas?

Pacient je pravděpodobně svéprávný (resp. nelze dohledat soudní rozhodnutí o omezení svéprávnosti), nicméně vzhledem k jeho stavu jsou zde závažné důvody k pochybování o jeho způsobilosti k právnímu jednání. Jeho kompetence se na první pohled zdá být omezená. Využijeme-li metody CURVES (akronym, C znamená choose and communicate, U – understand, R – reason, V – values, E – emergency, S – substitute judgment), pak se zdá, že jeho schopnosti rozhodování, komunikace, uvažování i posuzování vlastního hodnotového rámce jsou zásadně narušeny. Z tohoto hlediska lze pacienta posoudit jako nekompetentního, a tedy neschopného udělit platný negativní revers. V takovém případě není možné jeho rozhodnutí považovat za validní. Zároveň se vzhledem k možnému ohrožení života jedná o situaci neodkladné péče, která může být poskytnuta bez informovaného souhlasu. Zástupný souhlas není možný, neboť není možné zjistit jakékoliv údaje o pacientovi.

c) Pokud je toho pacient duševně schopen, jaké preference vyjadřuje?

Ačkoliv pacient odmítá léčbu, nelze toto jeho rozhodnutí v dané situaci považovat za rozhodnutí kompetentního pacienta. V takovém případě není možné toto rozhodnutí a tím i preference pacienta respektovat.

d) Nechce pacient spolupracovat (nebo nemůže)?

Pacient díky své opilosti odmítá spolupracovat a je agresivní vůči personálu.

Kvalita života

a) Jaké vyhlídky k návratu do normálního života má pacient s léčbou a bez léčby?

V případě léčby jsou vyhlídky na návrat k normálnímu životu velmi dobré, pokud se neobjeví neočekávané komplikace. Naopak v případě neléčení sice nemusí dojít ke komplikacím, ale v případě že nastanou, mohou mít drastické dopady na života pacienta – a to včetně jeho úmrtí, či trvalého závažného postižení.

Kontextuální charakteristiky

a) Jaké právní souvislosti mohou ovlivnit klinické rozhodnutí?

Informované odmítnutí nebo tzv. negativní revers je upraveno v ustanovení § 34 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Obecně z tohoto ustanovení lze dovodit, že pacient má právo odmítnout péči. Ústavní soud ČR se v tomto smyslu jasně vyslovil např. v nález ze dne 18. 5. 2001, sp. zn. IV. ÚS 639/2000, kde konstatoval, že právo nebýt léčen je silnější než povinnost léčit. Svěprávná osoba, plně způsobilá k právnímu jednání a schopná úsudku, má beze všeho sporu právo na odmítnutí poskytování zdravotních služeb, i kdyby to mohlo znamenat významné ohrožení jejího zdraví a života. Nicméně v dané konkrétní situaci je nutné brát v potaz zejména aktuální způsobilost k právnímu jednání, tedy schopnosti pacienta vyslovit nesouhlas z důvodu tzv. duševní poruchy, pod níž je možno zahrnovat i opilost či jednání pod vlivem jiné návykové látky. Ustanovení § 581 občanského zákoníku výslovně uvádí, že „neplatné je i právní jednání osoby jednající v duševní poruše, která ji činí neschopnou právně jednat“. Pokud se osoba nachází momentálně (či přechodně) ve stavu duševní poruchy, byť se jinak jedná i o člověka plně svéprávného, nemůže učinit platné právní jednání, a tedy ani učinit informovaný souhlas. Za duševní poruchu se chápe takový duševní stav, ve kterém člověk nedokáže rozoznat obsah a podstatu svého jednání. Sem spadá i stav těžké opilosti, jak je tomu v tomto konkrétním popsaném případě. Poskytovatel zdravotních služeb, resp. ošetřující tým jeho zaměstnanců, budou postupovat, jako by souhlas nebylo možné opatřit, bude se jednat o případ bezsouhlasové péče.

Vzhledem k tomu, že jsou vážně narušeny rozpoznávací a ovládací schopnosti pacienta, je nutné posoudit podmínky nutné pro: 1. hospitalizaci pacienta bez jeho souhlasu, 2. poskytnutí péče bez souhlasu a konečně v uvedeném případě i, 3. k omezení volného pohybu pacienta.

3. Principialistická analýza

Základní etické otázky – konflikty mezi principy

V tomto konkrétním případě se objevuje základní dilema mezi medicínským postupem, který by zajistil nejvyšší prospěch pro pacienta a uchránil jej před ohrožením jeho zdraví a života, na druhé je tu princip respektu k autonomii, z něhož vyplývá respekt k rozhodnutí pacienta, i když odmítá léčbu. Právo na autonomní rozhodnutí je ovšem problematizováno v případě, kdy pacient není v aktuálním stavu kompetentní, jeho kognitivní schopnosti a rozhodovací schopnosti jsou zásadním způsobem narušeny. Konečně v tomto případě musí být zkoumáno také právo na ochranu členů zdravotnického týmu před případným nebezpečím, které jim hrozí od agresivního pacienta. Základní otázky pro etickou analýzu jsou následující:

- Je pacient ve stavu opilosti pacientem kompetentním. Může rozhodovat o sobě samém?
- Může být omezena jeho autonomie, pokud je jeho kompetence zásadním způsobem snížena?
- Jak postupovat v případě agresivního pacienta? Lze zasáhnout do jeho integrity bez svolení?

Princip beneficence a nonmaleficence

Z hlediska beneficence lze odkázat na popsaný postup ve standardním medicínském rozboru pro takovou situaci (postup lege artis). Tj. u pacienta by mělo dojít k měření základních životních funkcí, k ošetření tržné rány, provedeno vyšetření CT mozku, provedeno neurologické vyšetření a další

potřebné kroky, včetně případné hospitalizace a observace. Medicínský tým správně navrhoval daný postup, což je plně v souladu se zásadami beneficence a nonmaleficence, jím navrhovaný postup by přinesl pacientovi nejvíce benefitů a omezil by možné negativní následky. Pacient se však veškerým těmto krokům brání a odmítá veškerou léčbu. Jeho odmítnutí může vést k závažnému poškození jeho zdraví, případně dokonce k ohrožení jeho života. V tomto případě je tedy aplikace principu beneficence a nonmaleficence v konfliktu s principem respektu k autonomii pacienta.

Princip respektování autonomie pacienta

Z hlediska principu respektování autonomie mohou osoby, které jsou kompetentní, rozhodovat o postupu poskytované léčby, a to včetně rozhodování o tom, zda jim některé výkony budou poskytnuty či nikoliv. V současném bioetickém diskurzu převládá názor, že u kompetentního pacienta princip autonomie v případě odmítnutí léčby (negativního reversu) převáží principy beneficence a nonmaleficence, a to i v situaci, kdy by takové odmítnutí mohlo vést k závažnému poškození zdraví či úmrtí pacienta. Rozhodnutí pacienta však nemůže být respektováno, pokud pacient v okamžiku svého rozhodování není osobou kompetentní. Odmítnutí léčby ze strany nekompetentní osoby nemůže být považováno za autonomní rozhodnutí a nemá být respektováno – v takovém případě z důvodu ochrany zájmů pacienta převažují principy beneficence a nonmaleficence.

V dané kazuistice má lékařský tým pádné důvody k tomu, aby o kompetenci pacienta pochyboval. Za prvé, pacient činí na první pohled iracionální, nelogické rozhodnutí, které je přímo v rozporu s jeho nejlepším zájmem. Za druhé, na základě vnějšího pozorování je zřejmé, že pacient je zřejmě pod vlivem návykové látky – alkoholu, která má významný vliv na jeho kompetenci. Pacient je dezorientován, jeho myšlení je chaotické, oslabeny jsou jeho komunikační schopnosti, schopnosti rozvažování a schopnosti racionálního rozhodování. Konečně za třetí je oslabena i schopnost pracovat s informacemi, které jsou pacientovi poskytovány lékařem nebo jiným medicínským personálem - zejména schopnost informace přijímat, vůbec jim porozumět (např. porozumět rizikům a následkům, které nastanou v případě odmítnutí péče) a udržet je relevantní dobu v paměti.

Všechny tyto empirické poznatky jsou důvodem k tomu, že medicínský tým správně rozhodl, že pacient v dané kazuistice není osobou kompetentní, a tedy způsobilou rozhodovat o dalším postupu léčby. Ve věci posuzování míry kompetence a její ovlivnění je nezbytná jistá opatrnost, je totiž možné, že ve stavu mírné podnapilosti bude osoba kompetentní. V daném případě tu máme všechny základní podmínky, které bývají vnímány jako podnět k přezkoumání kompetence – vliv návykové látky, iracionální a nelogické odmítání péče, snížená míra kognitivních schopností, dezorientace v prostředí i čase.

Ve shrnutí, pokud je u pacienta takto snížena kompetence, jeho rozhodnutí o odmítnutí léčby není skutečně autonomní, a proto by nemělo být respektováno. V tomto případě je z hlediska principů beneficence a nonmaleficence postupovat v léčbě i v rozporu s vyjádřenou vůlí pacienta.

Zároveň se zde (vzhledem k vážnému ohrožení života a zdraví) jedná i o tzv. neodkladnou péči, tj. nelze čekat na situaci, kdy o sobě bude moci pacient rozhodovat sám. Z toho důvodu rozhoduje o postupu léčby zdravotnický tým, nikoliv pacient sám (jedná se o tzv. bezsouhlasovou péči). Pacientova vyjádřená vůle totiž nemůže být považována za jeho vůli skutečnou.



Princip spravedlnosti

Z hlediska spravedlivého přístupu k aktérům daného případu mohou být možnosti omezení autonomie pacienta v tomto případě omezeny, a to tak, že pacient může být i nedobrovolně hospitalizován, případně odvezen na záchytnou stanici.

V takovém případě je nutné dodržovat přísné podmínky, které jsou stanoveny v právních předpisech, aby nedošlo k zásahu do pacientovy důstojnosti.