

ANESZTÉZIA ÉS INTENZÍV TERÁPIA

Dr. Szederjesi János, egyetemi docens
Aneszteziológia és intenzív terápiás főorvos



UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ,
FARMACIE, ȘTIINȚE ȘI TEHNOLOGIE
„GEORGE EMIL PALADE”
DIN TÂRGU MUREȘ

ETIKA AZ INTENZÍV TERÁPIÁBAN



UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ,
FARMACIE, ȘTIINȚE ȘI TEHNOLOGIE
„GEORGE EMIL PALADE”
DIN TÂRGU MUREȘ

ETIKAI VITÁK ÉS NÉZETELTÉRÉSEK

- ✓ Annak a személynek az azonosítása, aki jogosult tájékoztatást kapni a beteg állapotáról
- ✓ A kezelés mértékének és intenzitásának meghatározása, valamint a kezelés haszontalanságának (futilitásának) felismerése
- ✓ A kezelés vagy eljárás megkezdésétől való tartózkodás vagy annak megszüntetése
- ✓ Ütközés a betegek, családtagjaik vagy képviselőik értékei és az egészségügyi személyzet értékei között – különböző változatokban, kombinációkban és mértékekben
- ✓ Az agyhalál diagnózisának el nem fogadása

ETIKAI VITÁK ÉS NÉZETELTÉRÉSEK

- ✓ A kezelések elutasításának következményeitől való félelem
- ✓ A sajtón keresztül gyakorolt nyomás annak érdekében, hogy olyan kezelést kapjanak vagy követeljenek meg, amelyet a kezelőorvos nem javasol
- ✓ Túlkezelés vagy alulkezelés
- ✓ A családok által gyakorolt nyomás korábban közjegyző előtt tett nyilatkozatok alapján, amelyek minden lehetséges intézkedést előírnak, még akkor is, ha azok szakmailag nem indokoltak és ellentétesek a protokollokkal és orvosi stratégiákkal
- ✓ Kivételezett kezelés iránti igények, amelyek a társadalmi nárcizmusnak tulajdoníthatók
- ✓ Bizalmatlanság az előre jelzett prognózissal szemben
- ✓ Előítéletek, torz képek, prekonceptciók

ETIKAI VITÁK ÉS NÉZETELTÉRÉSEK

- ✓ Aggodalmak az érdekellentétek miatt
- ✓ Félelem attól, hogy az intézményi érdekek elsőbbséget élveznek a betegek érdekeivel szemben
- ✓ Félelem attól, hogy az újraélesztés megtörténik a beteg kifejezett akaratával ellentétben, vagy hogy szociális vagy életkori okokból nem kerül sor újraélesztésre
- ✓ Félelem attól, hogy a beteg akarata ellenére kísérleti tanulmányok alanyává válik, még a tájékozott beleegyezés alkalmazása ellenére is
- ✓ Makacsság az együttműködés megtagadására a gyógyulás érdekében
- ✓ Félelem a fizikai vagy kémiai korlátozástól
- ✓ A méltóság elvesztése az életfenntartó technológiától való függőség miatt
- ✓ A függőséget okozó gyógyszerek hirtelen megvonása, a függőség teljes tagadása

EUTANÁZIA (JÓ HALÁL)

- ✓ Hazánkban bűncselekménynek minősül, és ennek megfelelően büntetendő
- ✓ **Aktív eutanázia**- a halál előidézésére irányuló beavatkozást jelentette
- ✓ **Passzív eutanázia**- az élet meghosszabbításáról való lemondást jelenti, ezt már nem tekintik eutanáziának

- ✓ A halál, mint folyamat – amelyet soha nem idéznek elő szándékosan, de nem is akadályoznak meg minden áron egy terminális állapotú beteg esetében – szintén nem minősül többé eutanáziának.
 - Az ilyen betegek számára palliatív kezelést kell biztosítani eutanázia helyett

- ✓ Túlkezelés, az indokolatlan és agresszív újraélesztés támadásnak tekinthető
 - Traumatikus stressz által okozott szenvedés forrása lehet, mind az egészségügyi személyzet, mind a családok számára

- ✓ Ez nem elfogadható lehetőség a keresztények számára.
- ✓ Az asszisztált öngyilkosság helyett a betegeknek olyan támogatást kell felajánlani, amely az életminőség javítására irányul
 - depresszió felismerését és kezelését is, amely gyakran az ilyen kérések mögött húzódik meg, mint lehetséges ok
- ✓ Miután a fájdalmat, a diszkomfortot, a hányingert, a nehézlégzést (vagy legalábbis ezek elviselhetetlenségét) sikerül mérsékelni vagy elviselhető szintre csökkenteni
 - a betegek általában hajlamosak értékelni és élvezni az élet hátralévő részét a természetes végig
- ✓ A halál segítése vagy az eutanázia fogalmilag átfedésben van az asszisztált öngyilkossággal, és gyakran nem világosan elkülönülő jelenségek.

- ✓ **A tartózkodás (withholding)**- kritikus állapotú betegek esetében nem indítják el az életfenntartó kezelést.
 - Ennek oka lehet egy előre meghatározott rendelkezés – a beteg tudatos állapotában kinyilvánított döntésének kifejezése – de lehet a beteg által meghatalmazott képviselő, vagy a család követelése is.

- ✓ **A visszavonás (withdrawal)**- már megkezdett életfenntartó kezelést szüntetnek meg.
 - Ennek feltételei és következményei hasonlóak a tartózkodáshoz.

TÁJÉKOZOTT DÖNTÉSHOZATAL

- ✓ Az egyéni kívánságokat tiszteletben kell tartani, ezért minden fontos orvosi döntést, amely az adott személy jövőjére vonatkozik, kizárólag az ő részvételével és beleegyezésével szabad meghozni.
 - **Amennyiben a beteg nincs döntésképtelen állapotban-**
 - pontos tájékoztatást kell kapnia betegségéről és azokról az orvosi kezelésekről, amelyekben részesülhet
 - az információt kényszer nélkül, nyugodt és udvarias módon kell közölni, a beteget semmilyen formában nem szabad nyomás alá helyezni, hogy biztosítva legyenek a feltételek a megalapozott, tájékozott döntéshozatalhoz
 - a dolgokat érthetően kell elmagyarázni, a kockázatokat részletesen és pontos mértékben kell ismertetni.

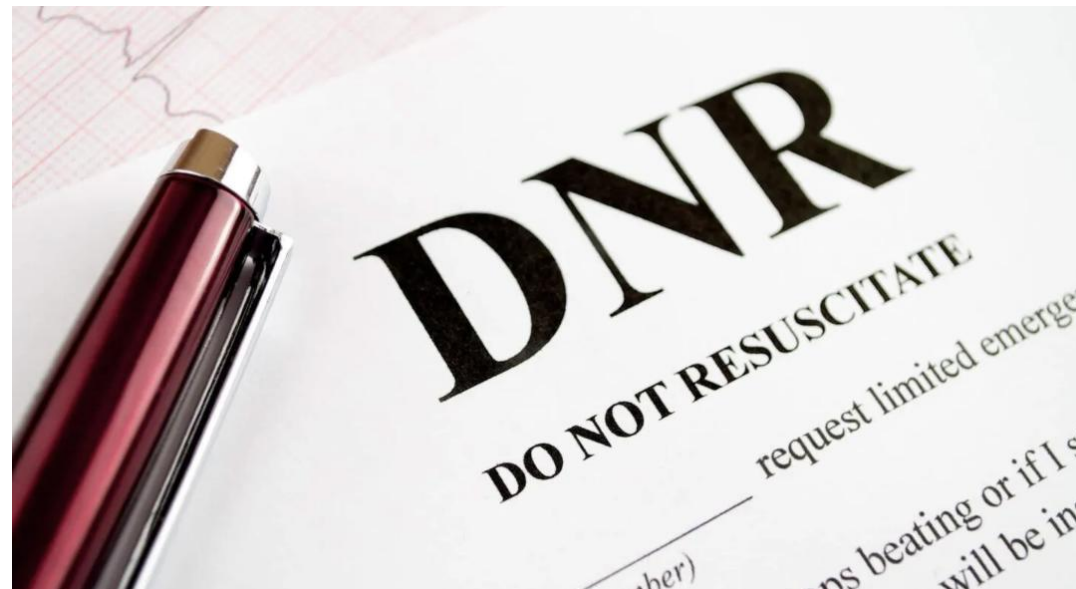
TÁJÉKOZOTT DÖNTÉSHOZATAL

- ✓ Intenzív terápiás osztályon gyakran a **beteg képviselője** kommunikál az orvosokkal, ha a beteg eszméletlen.
 - ilyen esetekben is kötelessége az orvosnak, hogy a lehető legnagyobb mértékben megőrizze a beteg bizalmas adatait
 - a hozzátartozók nem férhetnek hozzá olyan információkhoz, amelyek feleslegesek, vagy potenciálisan károsak lehetnek a betegre nézve, a beteg méltóságának tiszteletben tartása és védelme érdekében
- ✓ Ha a betegek képviselőinek döntései ellentmondanak a beteg ismert kívánságainak, vagy bűncselekmény, illetve gyilkosság gyanúja merül fel
 - az ügy az intézményi kockázatkezelő csapat hatáskörébe tartozik, és a kórház etikai bizottságát is be kell vonni, mielőtt bármilyen lépést tennének.

DNR – ÚJRAÉLESZTÉS MEG NEM KEZDÉSÉRE VONATKOZÓ RENDELKEZÉS

DNR (Do Not Resuscitate - újraélesztés meg nem kezdésére vonatkozó rendelkezések)

- ✓ az előzetes nyilatkozatok egy korlátozott formáját jelentik, amelyeket gyakran „kódolt állapotnak” is neveznek.
- ✓ ezeket az intenzív osztályra való felvételkor fogalmazzák meg, és tartalmuknak egyértelműnek kell lennie – mind a beteg képviselője, mind a kezelőorvos számára érthető módon.



A HALÁLHOZ VALÓ JOG

A JÓ HALÁLHOZ VALÓ JOG

- a múlt század végén került előtérbe
- az etikusok elfogadták az egyén jogát arra, hogy elutasítsa a fájdalmat, a méltóság elvesztését, amelyet a fizikai függőség okoz, valamint bármilyen szenvedést, amelyet nem kell elviselni az élet végén
- joga van egy békés, szenvedésmentes és méltóságteljes halálhoz.

A ROSSZ HALÁL FOGALMA

- a betegek képviselői pert indíthatnak az orvosok ellen a haldokló beteggel való bánásmód miatt
- a DNR (ne éleszd újra) rendelkezés elutasítása, amelyet szenvedéssel járó időszak vagy olyan állapotban való túlélés követ (súlyos legyengültség vagy életkörülmények, amelyeket a rendelkezés kezdeményezője minden áron el akart volna kerülni)
- „rossz halál” (bad death) vádjához is vezethet.

- ✓ orvosi döntések
- ✓ prognózis
- ✓ betegség valós lefolyása
- ✓ a kommunikáció sikertelensége az egyik fő konfliktusforrás



V – Vedd figyelembe a családtagok megnyilatkozásait (valorizáld)

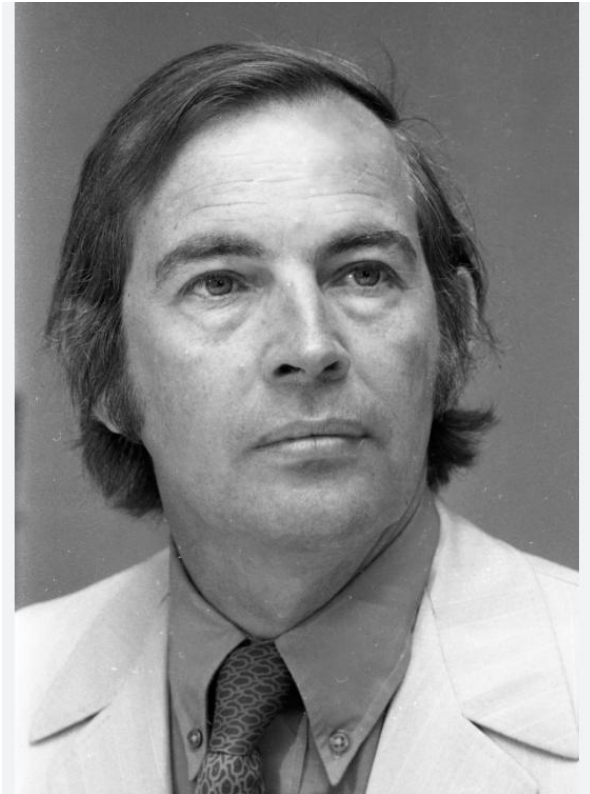
A – Adj jelentőséget az érzelmeiknek

L – Figyelmesen hallgasd meg őket

U – Értsd meg a beteget, mint egyedi személyt

E – Bátorítsd őket kérdések feltevésére

- ✓ Nehéz beszélgetések esetén- **„Kérdezz – Mondj – Kérdezz”** kommunikációs modell
 - Az orvos megkéri a beteget vagy képviselőjét, hogy mondja el, hogyan érti meg a betegséget és annak lehetséges kimenetelét.
 - Ezután az orvos egyszerű, közvetlen és egyértelmű nyelvezettel elmagyarázza a betegség okát, a lehetséges terápiás lehetőségeket és a várható prognózist.
 - Végül udvariasan megkéri a beteget, hogy ismételje el saját szavaival, mit értett meg az elhangzottakból.
 - A megszólítás nyelvezetének világosnak, udvariasnak kell lennie, kerülve a leereszkedő hangnemet vagy bármiféle bizonytalanságot.



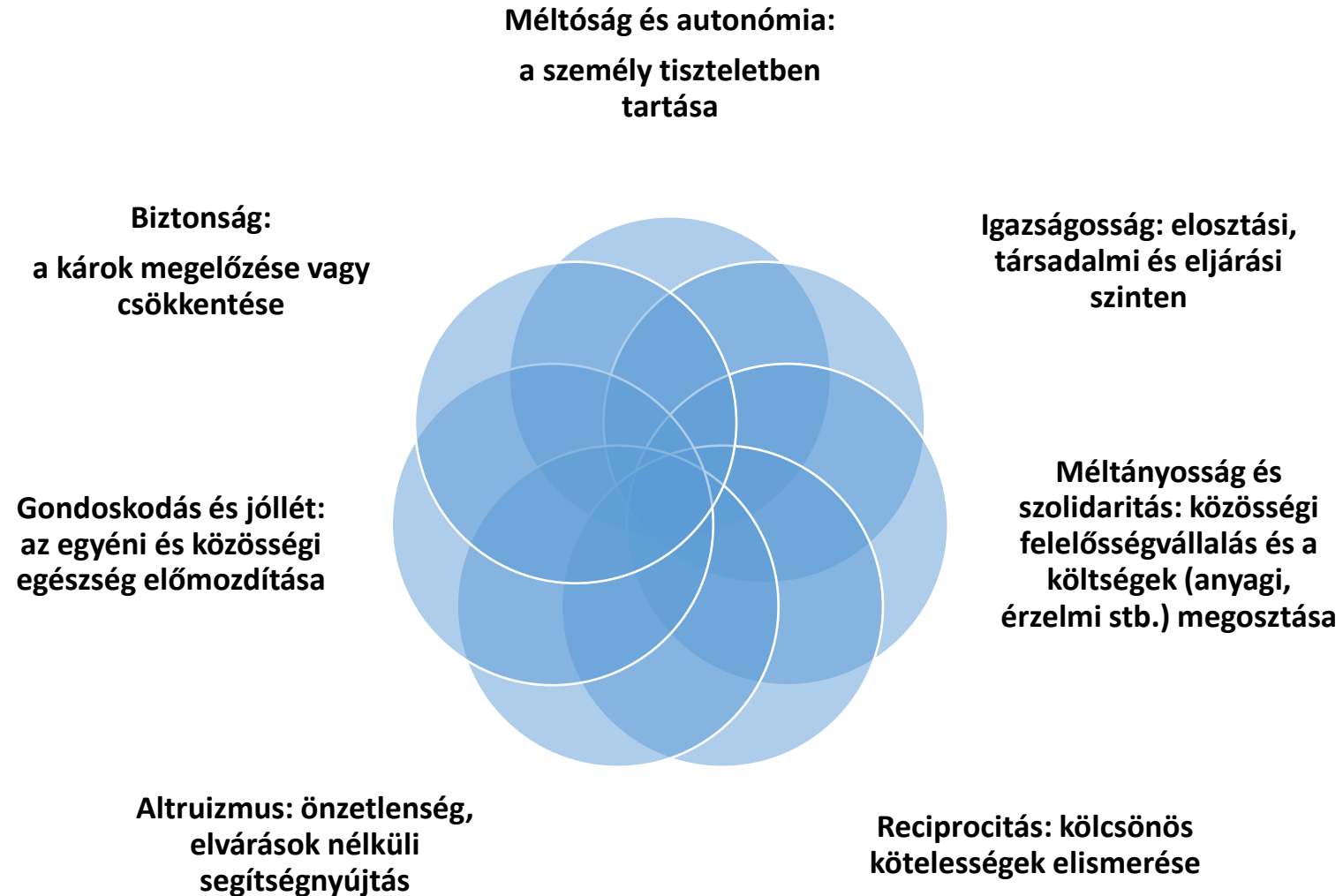
első humán szívatültetés
Christian Barnard
1967. december 2-ről 3-ra virradó éjszaka Dél-Afrikában



XII. Pius papa: a gépi lélegeztetés megszüntetése megengedett, ha a lélek már elhagyta a testet a halál meghatározása és megállapítása az orvosok feladata, nem pedig az egyházé

Az agyhalál fogalmát először Wertheimer írta le, majd Kurtzhen és Linke rendszerezték

- 1. Ki vagy mi tekinthető halottnak? (Első szint – meghatározás alanya)**
 - 2. Hogyan van definiálva a halál? (Második szint – definíció)**
 - 3. Melyek azok a kritériumok, amelyeket meg kell határozni? (Harmadik szint – kritériumok)**
 - 4. Milyen vizsgálatokat kell elvégezni? (Negyedik szint – tesztek)**
- ✓ Romániában: a 2/1998. számú szerv- és szövetátültetési törvény, amelyet a 95/2006. számú törvény VI. címének mellékletei korszerűsítettek, és tartalmazzák az alkalmazási normákat is.
 - ✓ A neurológiai kritériumok (és nem a szívműködés hiánya) elfogadása az agyhalál meghatározásának alapjaként, valamint annak az emberi halálként való elismerése, világszerte felgyorsította a szerv- és szövettranszplantációk gyakorlatát.



A kínálat növelésének stratégiái:

- ✓ Oktatás és társadalmi tudatosság
- ✓ Kötelező nyilatkozattétel (pl. hivatalos dokumentumban kell jelezni a szervadományozási szándékot)
- ✓ Feltételezett beleegyezés (Spanyolországban működik és törvényes)
- ✓ Ösztönzők: pl. temetési támogatás (Romániában is), jótekonysági szervadományozás, elismerés (emléktáblák, plakettek), pénzügyi ösztönzők (pl. nyújtott szolgáltatások megtérítése)

KORONAVÍRUS-JÁRVÁNY ÉS ANNAK ETIKAI KIHÍVÁSAI

- ✓ az egészségügyi épületek átalakítása
- ✓ az ellátási útvonalak újratervezése
- ✓ a kritikus állapotú betegeknek szánt ágyak számának ↑↑
- ✓ új beszerzési forrás- sokszor kétes minőségű termékeket
- ✓ meg kellett védeni a sérülékeny csoportokat
- ✓ kezelni az egészségügyi személyzet csökkenését
- ✓ alkalmazkodni az új munkarendekhez
- ✓ megoldani a nem kielégítő kezelések miatti elégedetlenséget
- ✓ felerősödött a fertőző betegségek szakorvosainak, tüdőgyógyászoknak, aneszteziológusoknak a szerepe, a laboratóriumok túlterheltté váltak, és kevés volt a járványügyi szakember



KORONAVÍRUS-JÁRVÁNY ÉS ANNAK ETIKAI KIHÍVÁSAI

- ✓ az otthoni munkavégzés (home office) új kutatási célokat hozott felszínre
- ✓ mérnökök, technikusok, mesteremberek technikai eszközökkel álltak elő, hogy pótolják a lélegeztetőgépek hiányát
- ✓ az egyéni hozzájárulás és együttérző segélykiáltások önkénteseket – főként fiatal orvosokat és ápolókat – mozgósítottak Romániából, akik az olaszországi legsúlyosabban érintett régiókban segítettek
- ✓ tervezés, biztonság fenntartása és irányítás – a COVID-19-ért felelős egészségügyi vezetők szinte kizárólagos feladataivá váltak
- ✓ a krónikus betegek gyakran nem részesültek megfelelő ellátásban a hozzáférés csökkenése miatt

FONTOS TUDNIVALÓK



A kritikus állapotú betegekre alkalmazandó elvek megegyeznek az orvostudomány más területein érvényes elvekkel, de folyamatosan módosulnak, és új, hirtelen kihívásokkal egészülnek ki.

Betegeink megérdemelnék egy személyre szabott orvosi megközelítést, törvényes keretek között, a helyes klinikai gyakorlat elvei szerint, az általuk kifejezett értékekkel összhangban, a legjobb érdekük szolgálatában

A világjárvány megtanított bennünket arra, hogy rendszeresen felülvizsgáljuk a vészhelyzeti terveinket („Fehér Terv”), és alkalmazkodjunk az etikai kihívásokhoz és az erőforrásválsághoz.

Az etika állandó nyomás alatt van, és a szabályozások rendkívül fontosak. A változások üdvözlendők, amennyiben nem sértik az egyetemes emberi értékeket és a túlélés érdekét.

Az intenzív terápia elsődleges célja – az SCC (Critical Care Society) Etikai Bizottsága szerint – az, hogy kezelést nyújtson azoknak a betegeknek, akiknek reális esélyük van arra, hogy túléljék az intenzív ellátást, és elegendő kognitív képességgel rendelkeznek a kezelés előnyeinek érzékeléséhez. Ezt az álláspontot elfogadja a SRATI (Román Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Társaság), valamint a legtöbb európai kritikusellátási társaság