

Etické aspekty poskytovania dialyzačnej liečby krehkému a umierajúcemu pacientovi

MUDr. Zuzana Straussová, PhD.

FMC – dialyzačné služby, spol. s r. o., pracovisko Nitra

V minulosti bolo poskytovanie dialyzačnej liečby limitované. V súčasnosti je v civilizovaných krajinách možné dialýzu poskytnúť každému. U krehkých a umierajúcich pacientov môže však dialyzačná liečba v niektorých prípadoch predstavovať zaťažujúcu až márnú liečbu. Nastáva potom etický problém, ako k takémuto pacientovi pristupovať. Treba zvážiť riziko verus benefit tejto liečby a rozhodnutie vykonať v spolupráci s pacientom a jeho rodinou – po náležitom vysvetlení možností, rizík liečby a očakávanej prognózy. Rozhodnutie má rešpektovať autonómiu pacienta. V prípade rozhodnutia o nezačatí/ukončení dialyzačnej liečby musí byť pacientovi poskytnutý maximálny konzervatívny manažment a aplikované všetky postupy paliatívnej medicíny.

Kľúčové slová: dialyzačná liečba, márna liečba, krehký pacient, umierajúci pacient, autonómia pacienta

Ethical aspects of providing dialysis treatment in frail and dying patient

While in the past the access to dialysis treatment was limited, it is currently available to virtually everyone in developed countries. However, in frail and dying patients, dialysis treatment may in some cases be considered futile and causing unnecessary suffering to the patient. This poses an ethical problem of how to approach such a patient. The risk-benefit ratio of such treatment should be examined carefully and the decision should be made in cooperation with the patient and his/her family – after proper explanation of the options, the risks of the treatment and the expected prognosis. The decision should respect the patient's autonomy. In case of a decision not to start or to terminate dialysis treatment, the patient should be given maximum conservative management and provided with all available palliative care.

Key words: dialysis treatment, futile treatment, frail patient, dying patient, patient autonomy

Paliat. med. liec. boles., 2019;12(2e):50-53

Pohľad do histórie

Historicky prvú úspešnú hemodialýzu u človeka vykonal Holanďan J. W. Kolff koncom 2. svetovej vojny. Dostupnou širšiemu spektru pacientov sa však stala na konci 60. rokov 19. storočia. Na uskutočňovanie tejto liečby však neexistovali žiadne všeobecne platné legislatívne ani odborné usmernenia a každá krajina si výber pacientov riadila po svojom. Napr. v USA bola ustanovená komisia 7 ľudí z radov laikov (bankár, právnik, vládny úradník, chirurg a i.). Táto komisia dostala časom názov „Boží výbor“, lebo sa vedelo, že ak pacienta vyberú do dialyzačného programu, dajú mu šancu na predĺženie života, ale ak ho nezaradia, je prakticky odsúdený na smrť. Táto komisia rozhodovala neodborne a nespravodlivo, a preto bola pod tlakom odborných kruhov i verejnosti v roku 1972 zrušená (1).

Postupne sa kreovali odborné odporúčania aj legislatívne rámce pre poskytovanie dialyzačnej liečby v jednotlivých krajinách i na úrovni nadnárodných expertných skupín. Problémom bol nedostatok dialyzačných lôžok, nepostaču-

júca sieť a kapacita dialyzačných stredísk, ktorá neumožňovala poskytnutie dialyzačnej liečby každému pacientovi, ktorý by takúto liečbu potreboval. V Slovenskej republike bola takáto situácia prítomná prakticky do konca 90. rokov minulého storočia. Bolo preto potrebné pacientov naďalej selektovať – dialo sa to však na základe zváženia odborných kritérií. Dialyzačná liečba sa neposkytovala pacientom s onkologickými ochoreniami, so systémovými ochoreniami spojiva, diabetikom, pacientom nad 50 rokov veku a už vôbec sa neuvažovalo, že by mala byť aktívna eliminačná liečba poskytnutá pacientovi s predpokladaným krátkym časom dožitia a so zlou životnou prognózou. S postupnou optimalizáciou siete dialyzačných stredísk a s rozšírením počtu dialyzačných lôžok nastala opačná situácia – na dialýzu bolo možné zaradiť každého bez ohľadu na jeho celkový zdravotný stav a životnú prognózu. Zavedenie peritoneálnej dialýzy následne umožnilo poskytnúť dialyzačnú liečbu ďalšej skupine pacientov. Sformulovala sa hrdá téza, že „pacient nesmie zomrieť na urémiu“.

Pohľad na súčasnosť

Aktuálna realita je úplne odlišná. Súčasná lekárska veda dokáže udržať pri živote mnohých pacientov, u ktorých bolo cca pred 30 rokmi ich základné ochorenie smrteľné (kardiovaskulárne, pľúcne, onkologické a iné ochorenia). Dnes takíto pacienti prežívajú – aj s viacerými potenciálne smrteľnými ochoreniami – otázna je ich kvalita života a zabezpečenie opatrovateľskej starostlivosti o nich. Predĺžila sa stredná dĺžka života, do dialyzačného programu zaraďujeme stále viac starších a polymorbídnych pacientov, u ktorých je zlyhanie obličiek len jedným z mnohých zdravotných problémov. Dialyzačná liečba sa považuje za bežnú, pacienti a ich príbuzní ju vyžadujú, nepoznajú jej limity. Kolegovia-nefrológovia často polymorbídnych pacientov a ich príbuzných mylne informujú, že dialýza je pre nich jedinou kurabilnou a zachraňujúcou liečbou, často v snahe odpútať pozornosť od iného inkurabilného ochorenia. Žijeme v ére „heroickej medicíny“, ktorá sa snaží zachrániť pacientovi život za každú cenu, bez ohľadu na beznádejnosť stavu a na fakt, že medicínskymi zásahmi

predlžujeme fázu umierania a aplikujeme márnú liečbu. Smrť pacienta je považovaná za medicínske zlyhanie (2). Navyše (často pod vplyvom médií) sa vytvára dojem, že za smrť pacienta je vždy niekto zodpovedný (lekár, zdravotnícke zariadenia a pod.) Zaradenie/nezaradenie pacienta do dialyzačnej liečby, resp. jej ukončenie býva preto veľmi často stredobodom záujmu príbuzných či pozostalých. Dialyzačná liečba aktuálne patrí k štandardným liečebným metódam, a preto sa často dáva na úroveň aplikácie inzulínu či dlhodobého užívania liekov. Laická (a žiaľ často aj odborná) verejnosť si ale neuvedomuje, že **dialyzačná liečba má svoje medicínske limitácie, že v mnohých prípadoch môže pacientov stav naopak zhoršiť a že pre ťažko chorého pacienta môže znamenať zhoršenie kvality života, predlžovanie utrpenia a aj životné ohrozenie.**

Etické problémy začatia/ ukončenia dialyzačnej liečby

V kontexte uvedeného treba hľadať odpovede na mnohé otázky. Je etické a správne zaradiť do chronického dialyzačného programu alebo aj akútne dialyzovať pacienta, ktorého životná prognóza je preukázateľne zlá, očakávaná dĺžka života krátka a od začatia dialyzačnej liečby neočakávame zlepšenie kvality života? Ak pacient zaradený v chronickom dialyzačnom programe utrpí taký zdravotný inzult, ktorý zapríčini, že sa dialyzačná liečba stane technicky ťažko realizovateľnou, resp. samotná liečba či transport na dialýzu sa stane ohrozením pacienta – sme oprávnení frekvenciu dialýz znížiť a event. liečbu ukončiť? A konečne – je oprávnená požiadavka poisťovní, že hrazenou je len dialyzačná liečba 3-krát týždenne v trvaní minimálne 4 hodín – ako postupovať u terminálne chorých pacientov?

Na uvedené otázky hľadajú odpovede nielen národné, ale aj medzinárodné expertné skupiny (National Kidney Foundation, ERA/EDTA). Problematika je pálčivá jednak z pohľadu etiky, ale nezaradenie/vyradenie pacienta z dialyzačného programu môže mať pre lekára v mnohých prípadoch forenzné dôsledky. Napriek všetkým snahám expertov neexistuje stále ucelený všeobecne akceptovaný koncept, o ktorý by sa bolo možné

oprieť pri rozhodovaní o dialyzovaní/nedialyzovaní konkrétneho pacienta, ktorý spĺňa definíciu krehkosti alebo sa nachádza už v procese umierania.

Treba zdôrazniť, že pacienta – ak je na dialyzačnú liečbu indikovaný – sa treba pokúsiť zaradiť do dialyzačného programu vždy, ak to jeho zdravotný stav dovoľí a ak prejaví informovaný súhlas s touto liečbou. V odôvodnených prípadoch má však mať lekár možnosť dialyzačnú liečbu nezačať alebo ju ukončiť. **Základnou premisou pri rozhodovaní u terminálne chorého pacienta by mal byť etický princíp, že naším konaním by sme nemali pacientovi život skrátiť, ale ani predlžovať fázu umierania, ani mu našimi medicínskymi zásahmi predlžovať život za cenu procedúr, ktoré sú preňho a pre jeho blízkych zaťažujúce, spojené s utrpením, t. j. nemali by sme liečbu aplikovať, ak predstavuje tzv. márnú liečbu.** Tu by mala prísť na rad nie kuratívna, ale paliatívna starostlivosť, ktorá podporuje život, zároveň však považuje umieranie za normálny proces, smrť ani neurýchľuje, ani neodďaľuje, zachováva dôstojnosť pacienta do poslednej chvíle jeho života, poskytuje úľavu od bolesti a ďalších nepríjemných symptómov, začleňuje do starostlivosti o pacienta aj duchovné aspekty, vytvára podporný systém, ktorý pomáha rodine vyrovnávať sa s pacientovou chorobou alebo zármutkom po jeho smrti (3).

Je všeobecne uznávanou premisou, že v terminálnom štádiu má mať prednosť kvalita života pred jeho dĺžkou. V roku 2000 bola na pôde Ministerstva zdravotníctva (MZ) SR v rámci projektu PHARE vypracovaná Charta práv pacientov v Slovenskej republike, ktorú schválila vláda Slovenskej republiky 11. apríla 2001 uznesením č. 326. Článok 8 upravuje „starostlivosť o nevyliciteľne chorých a zomierajúcich“. Dodržiavanie týchto práv je predpokladom pre pokojnú a dôstojnú smrť. Podľa tohto dokumentu sú definované tri okruhy práv: právo na komplexnú paliatívnu starostlivosť, právo na sebaurčenie a slobodné rozhodovanie, právo na život a ochranu proti úmyselnému usmrteniu (4).

Rada Európy schválila v roku 2016 dokument vyjadrujúci sa k etickým otázkam konca života, v ktorom sa okrem

iného píše: „Rešpektovanie autonómie sa začína uznaním legitímneho práva a schopnosti danej osoby prijímať osobné rozhodnutia. Princíp autonómie sa v praxi uplatňuje najmä udelením slobodného (bez neprípustných obmedzení alebo nátlaku) a informovaného (po poskytnutí informácií primeraných navrhovanému postupu) súhlasu. Daná osoba môže svoj súhlas kedykoľvek odvolať. Na uplatnenie princípu autonómie je nevyhnutne potrebné poskytnúť danej osobe vopred potrebné informácie. Na to, aby sa ľudia mohli rozhodovať informovane, musia mať prístup k takým informáciám, ktoré sú primerané svojím obsahom aj formou. Tieto informácie musia byť podľa možnosti čo najkompletnejšie. Pacienti musia byť informovaní o cieľoch, predvídateľných rizikách a prínosoch daného postupu (liečby)“ (5).

„Autonómia neznamena právo pacienta dostať každú liečbu, ktorú by si mohol žiadať. Zvlášť, keby sa takáto liečba považovala za neprimeranú. Vskutku, rozhodnutia o zdravotnej starostlivosti sú výsledkom zosúladenia želaní pacienta a hodnotenia situácie odborníkom, ktorý je viazaný svojimi profesionálnymi povinnosťami. Osobitne tými, ktoré vyplývajú z princípov beneficencie (dobročinnosti) a nonmaleficencie (neškodnosti), ako aj z princípu spravodlivosti“ (5).

Špecifiká dialyzačnej liečby u krehkého a umierajúceho pacienta

V prípade krehkého alebo umierajúceho pacienta, u ktorého uvažujeme, či k dialyzačnej liečbe prikrčiť alebo nie, by sme teda celý proces rozhodovania mali začať vzájomným rozhovorom. Pacient (a s jeho súhlasom aj príbuzní či iné blízke osoby) by mal byť informovaný o svojom zdravotnom stave, možnostiach liečby, ale aj o rizikách a limitáciách navrhovaných liečebných postupov. Je dôležité viesť rozhovor v pokojnej atmosfére, ponechať pacientovi dostatok času na premýšľanie, otázky, na konzultáciu s blízkymi osobami. Ak sme presvedčení, že dialyzačná liečba nebude pre pacienta prínosom, mali by sme to pacientovi vysvetliť, ale zároveň ho ubezpečiť, že budú použité všetky postupy, ktoré paliatívna medicína poskytuje na

zmiernenie jeho ťažkostí. Je dôležité, aby takéto informácie poskytoval lekár-odborník. Dialyzačná liečba totiž predstavuje veľmi špecifickú oblasť internej medicíny a lekár inej špecializácie (hoci v internistickom odbore) nemôže mať také množstvo vedomostí, aby dokázal kvalifikovane informovať a aj odpovedať na veľmi konkrétne otázky pacienta. Rozhodnutie o nezarazení pacienta do dialyzačného programu patrí zároveň k najťažším rozhodnutiam, ktoré musí lekár urobiť. Autonómiu pacienta však treba rešpektovať aj v tom prípade, ak lekár dialyzačnú liečbu indikoval, ale pacient ju po zrelej úvahe protokolárne odmietol. Dialyzačná liečba je momentálne poskytovaná všetkým vekovým skupinám pacientov, od detí až po dlhovekých ľudí. Pomerne veľkú skupinu tvoria práve geriatrickí pacienti. Zaraďovanie starých ľudí do dialyzačného programu môže byť problematické (komorbidita, znížená funkčná rezerva hlavne kardiovaskulárneho aparátu, psycho-sociálne aspekty, limitovaná možnosť spolupráce). Problémom však nie je ani tak samotné začatie dialýzy, ale skôr zotrvanie pacienta v dialyzačnom programe, nakoľko funkčná zdatnosť starých a krehkých pacientov po zaradení do dialyzačného programu preukázateľne rýchlym tempom klesá (6). Vedenie dialyzačnej liečby sa u starých ľudí a všeobecne u krehkých pacientov odlišuje od mladších, resp. od dobre kompenzovaných pacientov – preferuje sa šetrnejšie vedenie dialýzy aj za cenu, že sa nedosiahnu optimálne výsledky liečby. Je nepochybné, že starší dialyzovaní pacienti majú vyššiu morbiditu i mortalitu v porovnaní s nedialyzovanými rovesníkmi. Treba zvlášť zdôrazniť potrebu komunikácie s pacientom a s príbuznými a stanovenie realistických cieľov. Ak je pacient poučený a porozumel (včítane predpokladanej životnej prognózy), preukázateľne lepšie spolupracuje na rozhodovacích procesoch, v realistickejšom duchu (6).

Práve polymorbidita a krehkosť robia dialyzačnú liečbu náročnou, často až technicky nerealizovateľnou (napr. po napojení na mimotelový obeh dôjde u pacienta s poškodeným kardiovaskulárnym aparátom k významnému poklesu tlaku krvi s hypoperfúziou orgánov s prejavmi

nedokrvenia mozgu až s obrazom iktu, s nedokrvením koronárnych ciev až s prejavmi akútnej koronárnej príhody či s nedokrvením GIT-u a s prejavmi abdominálnej angíny, navyše sa neplní dostatočne mimotelový obeh, čo robí dialýzu technicky nerealizovateľnou). U týchto pacientov, ak nie je možné šetrným vedením dialýzy a medikamentózne tento stav ovplyvniť a symptómy sa opakujú počas každého dialyzačného výkonu, je na mieste úvaha o ukončení dialyzačnej liečby a modifikáciu na **tzv. maximálny konzervatívny manažment. Znamená to, že pacienta nebudeme dialyzovať, ale poskytneme mu podrobnú edukáciu v diéte (s obmedzením bielkovín, kálie, fosfátov, tekutín atď.) a všetku dostupnú medikamentóznú a nutričnú liečbu na zmiernenie príznakov urémie, tlmenie bolesti.** Je dokázané, že najmä starší polymorbídni pacienti profitujú z maximálneho konzervatívneho manažmentu pomerne dlhý čas, zatiaľ čo dialyzačná liečba by im (napr. v prípade vyššie opísaných komplikácií) mohla skrátiť život. Vždy je nutný individuálny prístup. V prípade, že napriek zodpovednému posúdeniu všetkých „pre a proti“ nedôjde ku konsenzu medzi lekárom a pacientom, resp. prognózu dialyzačnej liečby nie je možné odhadnúť, postup by mal byť v prospech života. Znamená to, že ak pacient liečbu vyslovene neodmieta, môžeme prikrôčiť k „dialýze na skúšku“. Rôzni autori sa líšia v názore, aký dlhý čas by mala prebiehať „dialýza na skúšku“. Tento čas sa pohybuje od 2 – 3 týždňov až po 6 a viac mesiacov (7). Niekedy je už po prvých dialýzach jasné, že liečba pacienta ohrozuje a nezriedka si ju sám žiada ukončiť (8). V každom prípade by po uplynutí adekvátne dlhého obdobia mali byť výsledky prehodnotené a po rozhovore s pacientom by sa mal dohodnúť ďalší realistický postup. Pacient v tomto období mal možnosť získať predstavu o tom, čo bude pre neho dialyzačná liečba znamenať a lekár získa istotu, či dialyzačná liečba je alebo nie je v pacientov prospech. Veľmi emotívnu podobu máva často rozhodovanie o ďalšom postupe u umierajúcich pacientov a u tých, ktorí nie sú z dôvodu svojej nemohúcnosti (extrémne fyzické vyčerpanie, oslabené mentálne schopnosti)

schopní o svojom osude prakticky rozhodovať. Lekár potom väčšinou rieši tento problém s príbuznými, ktorí považujú ukončenie dialyzačnej liečby (resp. nezarazenie na dialýzu u umierajúceho človeka) za eutanáziu. Aj v tomto prípade sa treba riadiť princípom „Primum non nocere!“ so zameraním na dobro pacienta. Umieranie je proces, v ktorom na začiatku môže byť ešte dialýza prínosom. Ak je technicky realizovateľná a dokáže napr. pacientovi uľaviť od nadbytočných tekutín, odstrániť toxické metabolity a zbaviť ho tak uremických symptómov, je nepochybne potrebná. Nezameriavame sa tu však už na dosiahnutie kritérií kvality dialyzačnej liečby (ktoré sú inak jasne definované s cieľom čo najdlhšie udržať pacienta pri živote a v dobrej zdravotnej kondícii). Dialyzačnú liečbu u umierajúceho pacienta upravíme tak, aby bola pre neho komfortná, teda aby mu dokázala poskytnúť istú kvalitu života pri minimálnej záťaži pre jeho organizmus (napr. znížime frekvenciu dialýz alebo skrátime ich dĺžku, znížime prietok krvi mimotelovým obehom a podobne) (1, 6, 7, 9). Nezanedbateľný je tu aj psychologický aspekt: ak je pacient pri vedomí, uvedomuje si, že vyradenie z dialyzačného programu znamená pre neho istú smrť. Úpravu dialyzačného režimu však väčšinou akceptuje ako najlepšiu voľbu. Ešte komplikovanejšia je situácia u pacientov liečených peritoneálnou dialýzou, pri ktorej si pacient už nedokáže vykonávať dialýzu sám, je odkázaný na pomoc okolia, obvykle príbuzných. Je na ošetrojúcom tíme, aby vedel správne komunikovať s pacientom i príbuznými a poskytnúť im také usmernenia, ktoré by boli pre rodinu akceptovateľné. Žiaľ, podľa našich skúseností väčšina blízkych osôb (napriek všemožnej medicínskej i psychickej podpore zo strany ošetrojúceho lekára a peritoneálnej sestry) nedokáže uniesť váhu zodpovednosti za rozhodnutia spojené s vykonaním/ nevykonaním peritoneálnej výmeny. Väčšina pacientov potom končí v zdravotníckych zariadeniach a zomiera v cudzom prostredí, osamotene.

S postupujúcim procesom umierania upravujeme ďalej aj dialyzačný režim „do stratenia“, t. j. ak je pacient v lepšej kondícii, dialýzu zrealizujeme

(hemodialýzu i peritoneálnu dialýzu), ak sa jeho stav významne zhoršil, dialýzu oddialime. Ak sa stane dialýza, resp. aj transport do strediska pre pacienta neúnosnou záťažou, treba zvážiť ukončenie dialyzačnej liečby. Pacientovi i príbuzným treba poskytnúť náležité vysvetlenie a uistiť ich o využití všetkých dostupných prostriedkov na zmiernenie utrpenia (10). **Dialyzovať pacienta priamo in finem je eticky a ľudsky neprijateľné. V tomto prípade treba rešpektovať právo na dôstojnú smrť.**

Prečo sa doposiaľ nepodarilo kodifikovať všeobecne platné princípy pre dialyzačnú liečbu krehkých a umierajúcich pacientov

Etické princípy, ktorými sa pri našej práci riadime, sa zdajú na prvý pohľad jasné. Otázkou je, prečo sa národné a najmä nadnárodné expertné skupiny nevedia dohodnúť na univerzálnych a jasne definovaných pravidlách. Problém spočíva vo veľkej miere v tom, že v rozhodovaní o otázkach života a smrti má veľkú úlohu spiritualita a religiózne zameranie. Článok 2278 Katechizmu Katolíckej cirkvi hovorí: „Prerušenie nákladných, nebezpečných, mimoriadnych alebo vzhľadom na očakávané výsledky neúmerných liečebných procedúr môže byť oprávnené. Je to odmietnutie „liečby za každú cenu“. Nechce sa tým spôsobiť smrť, iba sa prijme, že jej nemožno zabrániť“. Deklarácia o eutanázii zverejnená v roku 1980 Kongregáciou pre náuku viery, v časti IV. hovorí: „V blízkosti nevyhnutnej smrti napriek použitým prostriedkom je povolené prijať vo svedomí rozhodnutie upustiť od postupov, ktoré by zaistili len neisté a strastiplné predĺženie života, bez prerušenia normálnej starostlivosti prináležiacej chorému v podobných prípadoch“. Katolícka cirkev i evanjelická cirkev augsburského vyznania deklaruje, že odmietnutie tzv. márnej liečby (teda aj márnej dialyzačnej liečby) je prijateľné a eticky správne. Iné protestantské cirkvi nemajú všeobecne deklarovany a ucelený pohľad na tieto morálne aspekty a názory varujú od absolútneho zákazu prerušiť márnú liečbu až po tolerovanie eutanázie. Naproti tomu židovský právny systém Halacha síce umožňuje za istých

okolností zastaviť liečbu predlžujúcu život, ale ortodoxní židia považujú zachovanie života za absolútnu prioritu, odňatie akejkoľvek liečby je nedovolené. Moslimské náboženstvo sa v názoroch na ukončenie márnej liečby rôzni, väčšinou je však dovolené liečbu ukončiť, ak pri naša väčšie škody ako benefit. Rôzni sa aj názory ľudí rovnakého vierovyznania, ale v rôznych geografických lokalitách. V niektorých náboženských komunitách, ale aj v nenábožensky fungujúcich etnických komunitách je za smerodajný považovaný názor rodiny pacienta a jej želanie sa rešpektuje. V kontraste s týmito názormi sú aktuálne názorové prúdy propagujúce a podporujúce eutanáziu (11, 12, 13).

Religiozita a spiritualita pacienta a jeho blízkych má preto absolútne formatívny dopad na tvorbu názorov na otázky konca života. Existujú aj rozdiely na rasovom a etnickom princípe. Napr. v klinickej štúdii realizovanej v dvoch akademických centrách v Bostone u anglicky hovoriacich pacientov, zameranej na komunikáciu o konci života u kriticky chorých pacientov sa zistilo, že černošskí pacienti menej často komunikovali so svojou rodinou o týchto otázkach a mladší černošskí pacienti požadovali realizáciu terapie predlžujúcej život častejšie v porovnaní s mladými bielymi ľuďmi (14).

Žijeme v ére meniaceho sa sveta so stále sa zintenzívňujúcou migráciou. Našimi pacientmi sa stávajú stále častejšie cudzinci, ktorých mentalita a životné nazeranie sú nám neznáme. V prípade nezačatia/ukončenia dialyzačnej liečby u krehkého a umierajúceho pacienta sa preto lekár veľmi často dostáva do názorových stretov nielen s pacientmi, príbuznými, ale často aj s kolegami, vyznávačmi „heroickej medicíny“ či „alibistickej medicíny“. Nefrológovia a dialyzační lekári preto čoraz naliehavejšie pociťujú potrebu „mať za chrbtom“ nejaký legislatívny rámec, ktorý by poskytol oporu v rozhodovaní o týchto náročných veciach. V Slovenskej nefrologickej spoločnosti sa o tejto téme živo diskutuje a v pláne je príprava štandardných postupov zameraných na dialyzačnú liečbu krehkých a umierajúcich pacientov. V súčasnej realite slovenského zdravot-

níctva taktiež všetci pociťujeme nedostatok lekárov-odborníkov na paliatívnu medicínu, ktorých pomoc nepochybne potrebujeme aj u nefrologických, dialyzovaných či nedialyzovaných pacientov.

Literatúra

1. Shin SJ, Lee JH. Hemodialysis as a life-sustaining treatment at the end of life. *Kidney Res Clin Pract.* 2018;37(2):112-118. doi:10.23876/j.krcp.2018.37.2.112
2. Firment J, et al. Odporúčanie postupu pri zmene intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť u dospelých pacientov, ktorí nie sú schopní o sebe rozhodovať v terminálnej fáze ochorenia (verzia prijatá výborom SSAIM dňa 20. 5. 2014). *Anestéziológia a intenzívna medicína.* 2014;3(1):34-36.
3. Thompson BT, et al. Challenges in End-of-Life Care in the ICU: Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003: Executive Summary. *Critical Care Medicine.* 2004;32(8):1781-1784.
4. Práva pacientov v Slovenskej republike. 1. vyd. Bratislava: MZ SR; 2000: 47 s.
5. Watson R. Council of Europe issues guide to end of life care. *BMJ* 2014;348:g3167 (6. 8. 2015). Available from: <http://www.coe.int/en/web/bioethics/end-of-life>.
6. Nováková M. Geriatrický pacient v dialyzačnej péči – zkušenosti z Centra následné péče FN Motol. *Geriatric a Gerontologie.* 2018;7(1):17-20.
7. Horáčková M, Schück O. Křehký pacient se selháním ledvin. *Geriatric a Gerontologie* 2017;6(4):179-182.
8. National Kidney Foundation (2013): WHEN STOPPING DIALYSIS TREATMENT IS YOUR CHOICE A Guide for Patients and Their Families. Available from: <www.kidney.org>.
9. Meeus F, Brown EA. Caring for Older Patients on Peritoneal Dialysis at End of Life. *Perit Dial Int.* 2015;35(6):667-670. doi:10.3747/pdi.2015.00054.
10. O'Connor NR, Dougherty M, Harris PS, Casarett DJ. Survival after dialysis discontinuation and hospice enrollment for ESRD. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2013;8(12):2117-2122. doi:10.2215/CJN.04110413.
11. Koffman J. Servicing multi-cultural needs at end of life. Supplement: Supportive care for people with kidney disease: ethnic and cultural challenges. *J Renal Care.* 2014;40(Suppl1):6-15.
12. Shaw R, Stevens B. Religion and Spirituality in End-of-Life Care. In: Gu D, Dupre M. (eds). *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging.* Springer, Cham 2019.
13. Druml C, et al., ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration, *Clinical Nutrition* (2016). Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.02.006>.
14. Eneanya ND, Wenger JB, Waite K, Crittenden S, Hazzar DB, Volandes A, Temel JS, Thadhani R, Paasche-Orlow MK. Racial Disparities in End-of-Life Communication and Preferences among Chronic Kidney Disease Patients. *Am J Nephrol.* 2016;44:46-53. Available from: <https://doi.org/10.1159/000447097>.

MUDr. Zuzana Straussová, PhD.

FMC – dialyzačné služby, spol. s r. o.,
pracovisko Nitra
Rázusova 16, Nitra
zuzana.straussova@gmail.com