

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Etické aspekty ošetřování nespolupracujících pacientů v rámci
záchranné služby
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Vedoucí práce:

Mgr. et Mgr. Ondřej Doskočil 2008

Vypracoval:

Václav Král

Abstract

Necessity of treating a patient does not meet with his or her willingness to cooperate in some cases. According to the Convention on Human Rights Protection and Human Dignity regarding application of biology and medicine, interference with the sphere of health must not be carried out without necessary informing the person, who is undergoing it. This convention applies to emergency health service. Is it however realistic to observe this convention and other rights of patients in terms of emergency health service? Of course there exist states and situations which do not require strict observing these rights. These are first of all situations in patients who are unconscious or in emergency. My thesis is focused on patients who are able to cooperate but they do not want from various reasons.

Emergency health service is a specific part of health care and in connection with ethical approach to non-cooperating patients many questions appear: To what extent is acceptable to force the patient to cooperate and to what extent is it necessary and important to leave the patient the right to decide on his or her health in life? Is it in accordance with ethics to tell the patient a white lie on his or her state so that he or she would be willing to cooperate? Is it possible to use a moderate form of violence when persuading the patient?

The aim my thesis is to find out which approach is ethically acceptable when treating patients who do not cooperate. Further I wanted to learn about the opinions of rescue workers on ethical dilemmas, which I described above.

This thesis is based on qualitative research. It uses the methods of semi-directed dialogue with seven chosen paramedics who work at emergency for various periods of time. The dialogues were overwritten in the chapter called The Results of Research. Further I compared their answers to particular questions. However the research was carried out with people differing either in age or in character, the opinions were nearly the same in fundamental questions. There of course appeared different opinions on the topics.

The results of the thesis are hypotheses, which may be assessed by means of quantitative research in the future.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Etické aspekty nespolupracujících pacientů v rámci záchranné zdravotnické služby“ vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

.....

podpis studenta

Chtěl bych na tomto místě poděkovat Mgr. et Mgr. Ondřeji Doskočilovi, vedoucímu bakalářské práce, za příkladné odborné vedení, poskytnutí materiálních podkladů, praktickou pomoc a řadu podnětných připomínek při jejím zpracování. Velký dík patří také mým blízkým za jejich podporu a pomoc.

Obsah:

Úvod	7
1. Současná problematika etiky a nespolupracujících pacientů	8
1.1. Charakteristika ZZS, profese zdravotnický záchranář	8
1.1.1. Zdravotnická záchranná služba	9
1.1.2. Zdravotnický záchranář	10
1.2. Neadaptivní chování	11
1.3. Příčiny neadaptivního chování	16
1.3.1. Reakce organismu na zátěž	16
1.3.2. Příčiny psychomotorického neklidu, agrese	17
1.3.3. Příčiny stavu zmatenosti	17
1.4. Informovaný souhlas	18
1.4.1. Obsah informovaného souhlasu	19
1.4.2. Forma informovaného souhlasu	20
1.4.3. Informovaný souhlas v podmínkách PNP v ČR	21
1.4.4. Problematika informovaného souhlasu v PNP v zahraničí	22
1.5. Etika práce zdravotnického záchranáře	23
1.5.1. Etika	23
1.5.2. Svědomí	24
1.5.3. Morálka	24
1.5.4. Specifika etiky práce zdravotnického záchranáře	24
1.5.5. Vztah zdravotnický záchranář a pacient v kritickém stavu	26
1.5.6. Vztah zdravotnický záchranář a rodinný příslušník postiženého	26
1.5.7. Vztahy mezi spolupracovníky	26
1.6. Etické kodexy	27
1.6.1. Etický kodex Práva pacientů	27
1.6.2. Práva zdravotníků	28
1.6.3. Etický kodex zdravotnických záchranářů	29
2. Cíl práce	30
3. Metodika výzkumu	31

4. Výsledky výzkumu	32
4.1. Přepis rozhovorů	32
4.1.1. Zdravotnický záchranář 1	32
4.1.2. Zdravotnický záchranář 2	37
4.1.3. Zdravotnický záchranář 3	40
4.1.4. Zdravotnický záchranář 4	44
4.1.5. Zdravotnický záchranář 5	47
4.1.6. Zdravotnický záchranář 6	50
4.1.7. Zdravotnický záchranář 7	52
4.2. Vyhodnocení rozhovorů	55
4.2.1. Obecné příčiny neochoty spolupracovat	55
4.2.2. Obecné projevy jednání nespolupracujících pacientů	55
4.2.3. Projevy a příčiny agrese	56
4.2.4. Projevy a příčiny neochoty spolupracovat u neagresivních pacientů	56
4.2.5. Přístup k ošetřování nespolupracujících pacientů	57
4.2.6. Je lhaní pacientovi o jeho stavu vhodný prostředek pro spolupráci?	58
4.2.7. Je etické použít fyzického násilí při péči o nespolupracující pacienty?	59
4.2.8. Ošetřovat pacienta vždy, nebo ponechat právo na svobodné rozhodnutí?	59
4.2.9. Využití etiky a etických kodexů v rámci záchranné služby	60
4.2.10. Informovaný souhlas v rámci záchranné služby	61
5. Diskuze	62
6. Závěr	68
7. Seznam literatury	70
8. Klíčová slova	73
9. Přílohy	74

Úvod

Záchranná zdravotnická služba, jako součást přednemocniční neodkladné péče je specifickou složkou zdravotní péče. Z tohoto důvodu se zde objevují některé aspekty, které jsou již v jiných oborech vyřešeny. Jedním z hledisek, kterým není v rámci záchranné služby věnována příliš velká pozornost, je hledisko etiky. V poslední době je na etiku ve zdravotnictví kladen poměrně velký důraz a mnoho etických dilemat je již vyřešeno, hlavně v oblasti nemocniční péče. Je tomu ale tak i v přednemocniční péči? Zde zůstává několik otázek nezodpovězených. Především jsou to otázky přístupu pracovníků záchranné zdravotnické služby k pacientům obecně. Specifikem, kterým se tato práce zabývá, je přístup zdravotnických záchranářů k pacientům odmítající spolupráci, i když by spolupracovat mohli a jsou kompetentní pro rozhodnutí. Nezabývá se tedy pacienty v bezvědomí, malými dětmi a lidmi, kteří o sobě nemají rozhodovací pravomoc.

V dnešní době je ve zdravotnictví prosazována individualita jedince, právo na autonomii, právo na svobodné rozhodnutí každého člověka o svém zdraví. Jsou prosazovány myšlenky, ze kterých vyplývá, že každý člověk, pokud je řádně informován, se může svobodně rozhodnout, jestli s danou péčí souhlasí či nikoli. Tyto zásady by měli platit i při zásazích záchranné zdravotnické služby. Spolu s těmito myšlenkami se však objevují i situace, kdy pacient léčbu či zásah odmítá. Jak by se měl zdravotnický záchranář postavit k této situaci? Jaké jsou eticky vhodné postupy při ošetřování těchto pacientů? Je vhodné použití milosrdné lži či lehkého násilí při přesvědčování nespolupracujících pacientů? Pokud pacient odmítá ošetření, je vhodné péči neposkytnout? Toto jsou základní otázky a dilemata spojená s etickými aspekty ošetřování pacientů odmítajících péči. Každý člověk má jiné životní hodnoty, jiné životní zkušenosti, proto i názory na tuto problematiku se různí.

Tato práce nastiňuje názory a pohledy některých zdravotnických záchranářů na problematiku etiky při ošetřování nespolupracujících pacientů, jsou porovnány jednotlivé názory na etická dilemata.

1. Současná problematika etiky a nespolupracujících pacientů

V současné době se množí případy neochoty ze strany pacientů spolupracovat s výjezdovou skupinou Záchrané zdravotnické služby. Důvodů, proč se tak děje, je několik. Od organických poruch, psychických poruch až k neochotě spolupracovat např. v důsledku časového nebo pracovního vytížení pacienta. Dle Ertlové mezi další příčiny patří očekávání pacienta, rodiny, přihlížejících, od záchraného týmu účinné pomoci, rozhodnosti, rychlosti. Pokud není naplněno jejich očekávání, může dojít k přenosu odpovědnosti za neodvratný osud postiženého na členy záchraného týmu (6). Kromě toho hraje také neméně důležitou roli alkohol, drogy, poranění či onemocnění postiženého. Po sečtení několika faktorů, může nastat situace, kdy člen záchraného týmu čelí neadaptivnímu chování ať již pacientů, nebo ostatních přihlížejících. Toto problémové chování se obvykle projevuje poruchou nálady, myšlení a chování, které zahrnuje výhrůžky, násilí, vůči jiným osobám, ničení majetku, emocionální reakce, ztrátu zábrán, zmatené chování (4).

Při péči o pacienty s neadaptivním chováním se zdravotnický záchranář může setkat s vyhocenými, kritickými a zátěžovými situacemi, které přinášejí problémy etické, medicínské, právní nebo i praktické. Tato práce je zaměřena především na problémy etické. Obecně jde o rozhodování, kdy a do jaké míry zasahovat proti vůli pacienta (3).

1.1. Charakteristika záchrané služby, profese zdravotnický záchranář

Záchraná služba často bývá prvním článkem zdravotnické pomoci, který zasahuje u neklidného, agresivního nebo nespolupracujícího pacienta. Porozumět příčinám, včas rozpoznat takové chování a správně reagovat patří k základním znalostem členů záchrané služby (13).

1.1.1. Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnická záchranná služba (dále jen ZZS) je charakterizována vyhláškou 434/1992 sb. ministerstva zdravotnictví České republiky ze dne 28. července 1992 o zdravotnické záchranné službě. V této vyhlášce jsou zachycena základní vymezení a povinnosti ZZS. Z této vyhlášky, § 1 vyplývá, že ZZS poskytuje odbornou přednemocniční neodkladnou péči, což zahrnuje péči o postižené na místě vzniku jejich úrazu nebo náhlého onemocnění a během transportu k dalšímu odbornému ošetření a při jejich předání do zdravotnického zařízení.

Dle této vyhlášky, § 2 dále ZZS nepřetržitě zabezpečuje, organizuje a řídí kvalifikovaný příjem, zpracování a vyhodnocení tísňových výzev, dopravu raněných nemocných a rodiček v podmínkách přednemocniční neodkladné péče mezi zdravotnickými zařízeními, dopravu související s plněním úkolů transplantačního programu, přednemocniční neodkladnou péči při likvidaci zdravotních následků hromadných neštěstí a katastrof aj. (36).

ZZS v zásadě zabezpečuje 3 druhy výkonů a to primární, sekundární výkony a výkony spojené s likvidací zdravotních následků hromadných neštěstí a katastrof. Podle vyhlášky 434/1992 sb., § 6 odst. 4 výjezdové skupiny ZZS zabezpečují: „ a) primární výkony, jimiž se rozumí realizace požadavků zdravotnického operačního střediska k poskytnutí přednemocniční neodkladné péče včetně jízdy, popřípadě letu k postiženému, jeho vyšetření a ošetření, doprava do nejbližšího vhodného nebo smluvně zajištěného zdravotnického zařízení podle stupně postižení zdravotního stavu a spolupráce při akutním příjmu postiženého, b) sekundární výkony, jimiž se rozumí doprava raněných, nemocných a rodiček v podmínkách přednemocniční neodkladné péče, mezi zdravotnickými zařízeními po předchozí dohodě příslušných zařízení, c) likvidaci zdravotních následků hromadných neštěstí, katastrof nebo jiných mimořádných situací v přednemocniční fázi“ (36).

1.1.2. Zdravotnický záchranář

Profesi Zdravotnický záchranář upravuje vyhláška 424/2004 sb. ze dne 30. 6. 2004, § 17, kterou se stanoví činnost zdravotnických záchranářů a dále pak zákon 96 ze dne 4. 2. 2004, § 18, který upravuje podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu povolání zdravotnického záchranáře.

Dle vyhlášky 424/2004 sb. § 17: „*zdravotnický záchranář vykonává činnosti bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby a v rámci akutního příjmu, specifickou ošetrovatelskou péči*“ (35). Dále tato vyhláška upravuje náplň činnosti profese zdravotnického záchranáře. Zdravotnický záchranář monitoruje a hodnotí vitální funkce, dále zajišťuje periferní žilní vstup, provádí první ošetření ran, včetně zástavy krvácení, zajišťuje nebo provádí bezpečné vyproštění, polohování, imobilizaci a transport pacientů, podílí se na řešení následků hromadných neštěstí v rámci integrovaného záchranného systému aj. Mezi činnosti zdravotnického záchranáře dále patří provádění kardiopulmonální resuscitace, zajištění dýchacích cest pomůckami určenými pravomocemi zdravotnického záchranáře, podávání léčiv, které jsou opět určeny v pravomocech zdravotnického záchranáře, dále odebrání biologický materiál na vyšetření, asistuje při překotném porodu aj.

Dle zákona 96/2004 sb. §18, odst. 1 zdravotnický záchranář získává způsobilost k výkonu povolání absolvováním: „*akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu zdravotnických záchranářů, nebo nejméně tříletého studia v oboru diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšších zdravotnických školách, nebo střední zdravotnické školy v oboru zdravotnický záchranář, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1998/1999*“ (37). V případě středoškolského vzdělání může vykonávat zdravotnický záchranář své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání zdravotnického záchranáře. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem. Podle tohoto zákona se za výkon povolání zdravotnického záchranáře považuje činnost v rámci specifické ošetrovatelské péče na úseku neodkladné péče a akutního příjmu. Dále se podílí na neodkladné léčbě a diagnostické péči (37).

1.2. Neadaptivní chování

V životě člověka probíhají neustálé adaptace na měnící se podmínky okolního světa fyzického i sociálního. Člověk řeší situace, které komplikují, oddalují nebo maří uspokojování potřeb (6). Nastávají situace, které mohou přinášet bolest, napětí, strádání. Obvykle jsou takové situace označovány jako svízelné, zátěžové. Obrany, které člověk v zátěžových situacích používá, vycházejí z jeho minulých zkušeností. Jestliže přinášely někdy alespoň nějaký pozitivní efekt, zafixují se a člověk má tendenci je opakovat (25). Podle situací můžeme určit určité stupně psychické zátěže. Nejprve je to taková situace, kdy člověk není vystaven vůbec žádné zátěži. Častěji se ale vyskytují okamžiky, kdy je nějaké formě zátěže vystaven. Pokud je zátěž v relativně normálních mezích, bývá člověk schopen se s takovouto zátěží vyrovnat přijatelným způsobem a svoje chování do značné míry kontroluje. Za hraniční neboli mezní situace můžeme považovat takové situace, kdy je na člověka (zvenčí i zevnitř) vyvíjen větší tlak, nežli je schopný v takové situaci zvládnout. Příkladem může být např. situace těžce nemocného pacienta ohroženého smrtí nebo situace rodinných příslušníků nemocného čekajícího na příjezd rychlé zdravotnické pomoci. Nejtěžší je tzv. krize. Krizí rozumíme takové situace, kdy není jasné, jestli je člověk vůbec danou situací schopný zvládnout (6). Krize se projevuje jako narušení psychické rovnováhy. Jejím typickým znakem je selhání adaptačních mechanismů. Člověk plně podléhá tlaku situace a není schopen reagovat přiměřeně na stresor (25).

Selžou-li v dramatické životní situaci adaptační mechanismy, chování se významně ve svých projevech mění. Druhým lidem pak toto chování může připadat jako nesrozumitelné a nepochopitelné (6).

Individuálně typický způsob reakce na zátěže ovlivňují i další faktory, jako např. dispozičně podmíněný typ temperamentu, úroveň inteligence, sociokulturní zkušenosti atd. (25).

Neadaptivní chování může nabývat nejrůznějších forem. V následující části nebudou vyjmenovány všechny neadaptivní formy chování, ale pro pochopení

některých zvláštností lidského chování je můžeme považovat za charakteristické pro člověka v nouzi. Obvykle se tyto projevy v chování nevyskytují izolovaně, ale různě se kombinují, doplňují a mění (6).

Agrese

Agrese představuje různé formy útočného chování od hrubého fyzického útoku, přes verbální napadení, výhrůžky gestikulací a mimikou až k „zastřené agresi“ v podobě ironie, jízlivosti, sarkasmu nebo zlomyslnosti (6). Podle Vágnerové je agrese aktivní obranou. Znamená obecnou snahu bojovat s ohrožující a nepřijatelnou situací (25). Agresivní chování bývá obráceno vůči předmětům (člověk rozbije věc, na níž si vylévá zlost), druhým lidem (i nahodile přítomným v dané situaci), nebo vůči sobě samému (autoagrese) (6). Autoagrese se může projevit verbálním sebeobviňováním, v krajním případě až sebevražednými tendencemi (25).

Doprovodnými příznaky jsou i nespecifické somatické projevy (nízký, vysoký tlak krve, tachykardie, zvýšená tělesná teplota, nauzea, bolest hlavy, příznaky ze strany dýchacího, trávicího a vylučovacího ústrojí) (5).

Agresivita byla v historii lidí vždy důležitým aspektem. Pro pravěké lidi byla životní nezbytností, hnací silou úspěšného lovu i zachování rodu proti stále hrozícím nepřátelům. Dnes je stejně důležitá, ale musí to být agresivita ovládaná a přesně směřovaná (30).

Další dělení agresivity může být následující. Obranná agresivita je odpovědí na bezprostřední hrozbu. Pomáhá živému tvorovi ubránit se proti útočníkům, kteří ho ohrožují. Rodičovská agresivita je variací na obrannou agresivitu. Rodiče chrání své potomky před hrozící újmou. Tato agresivita má velký význam pro přežití a zachování rodu. Třetím typem je agresivita soutěživá. Dobře je známa z každodenního života. Zajišťuje dostatek zdrojů pro kvalitní přežití. Kvůli ní bojujeme o pozice ve společnosti, snažíme se mít všeho víc a všechno lepší (17).

Velmi nepříznivý vliv na ovládání agresivních tendencí má alkohol, některé drogy. Významné místo v přehnaně agresivním chování má stres. Nervový systém

v zásadě reaguje na stresovou situaci pokyny „uteč“ nebo „bojuj“. Záleží na okamžité situaci i na povaze, kterou alternativu v daném okamžiku zvolí. Dalším faktorem, který významně přispívá k růstu agresivních projevů v dnešní době, je životní styl, jenž na minimum omezuje fyzickou námahu. (17).

Klinická zjištění u nemocného směřujícího k násilí mohou zahrnovat podrážděnost, projevy zlosti včetně výrazu v obličeji, zatínání pěstí, obranné postoje, slovní výhrůžky, nadávky, vulgární výrazy, neschopnost podřídit se pravidlům, aktivní odpověď na vnitřní podněty (halucinace). Jedním ze znaků je i psychomotorický neklid včetně rychlého přecházení z místa na místo (1).

Únik

Únik představuje snahy a pokusy uniknout ze svízelné situace, při které se cítí být člověk ohrožen. Je to vlastně opak útoku (25). Ze situace, která je pro pacienta zatěžující, může unikat různými způsoby. Může unikat fakticky (z místa havárie, tragédie, z místa zásahu ZZS apod.). Další formou je únik symbolický (zavírání očí před něčím děsivým, dávání dlaní na uši, zakrytí obličeje rukama, člověk se chová tak, jakoby tam nebyl). Únik může být i fantazijní, kdy člověk utíká ke snění v situacích, které neunáší (ve fantazii může realizovat např. rozvod, rozvázání pracovního poměru, uspokojovat své nejskrytější a nejrozmanitější potřeby). Mezi další formy útěku patří únik pomocí drog (mnohé situace někteří lidé zvládají lépe po potlačení strachu nebo zábran pomocí drog, jako např. alkoholem, užíváním psychofarmak nebo jiných drog). Zvláštním unikem je únik do nemoci, která pomůže poskytnout útočiště. Člověk přestává být odpověden za sebe i za druhé, přesouvá na druhé svoje povinnosti a svou odpovědnost. Někdy může nemoc pomoci z životní nouze, kdy druzí lidé jsou nuceni se postarat o pacienta i jeho problémy. Posledním unikem je únik ze života. (životní situace je pro člověka natolik neřešitelná a bezvýchodná, že se rozhodne pro únik ze života, např. v souvislosti se ztrátou života blízké osoby, významných životních hodnot, s hrozbou, které člověk nedokáže rozumově čelit) (6).

Negativismus

Negativismus může být projevem snahy za každou cenu být soběstačný (pacient odmítá pomoc), může to být i pocit bezradnosti. S negativismem se setkáváme poměrně často i u svého chování. Často na dobře míněnou radu užíváme odpovědi „nechte mě, já si to budu dělat po svém“ (6). Součástí negativismu může být i apatie. Apatie je zeslabení vnímavosti a citové odezvy vůči situaci a okolí. Je to stav, při němž jsou sníženy nebo zcela vymizely vnitřní pohnutky, zájmy a emoční projevy. Ve formě necitelnosti vůči příjemným i nepříjemným vnějším dojmům je apatie častým příznakem některých neuróz a psychóz (31). Marie Vágnerová uvádí: „*Apatie je rezignace a uzavření se do sebe, je výrazem pocitu bezmocnosti nalézt přijatelné řešení*“ (25).

Regrese

Regresí se rozumí návrat k projevům vývojového stupně, který byl prodělán již dříve.. Je to tedy návrat k méně zralé formě adaptace – např. dospělý člověk se chová jako malé dítě, místo aby se svízelné situaci postavil čelem. Jindy se může objevit regrese v hierarchii lidských potřeb: pacient se mění např. zaměřením na nejjednodušší úroveň uspokojování svých potřeb (jídlo, vyprazdňování, teplo, klid) atd. (6). Regrese může přinést aktuální úlevu a pomoci k dočasnému vyrovnání se situací. Pokud by se ale zafixovala jako trvalý postoj, mohla by mít důsledky jak v oblasti sociálních reakcí, tak pro osobnost takového jedince (25).

Represe

Represe je snaha o potlačení nepříjemných zážitků, myšlenek, vzpomínek – je vlastně určitým „únikem do zapomnění“. Represi můžeme připodobnit postoj „nemohu si na tuto situaci upamatovat, tudíž se to nestalo“. Člověk tak potlačuje vzpomínky, které ohrožují jeho sebecit (6). Brání se tím, že přijímá jen takové informace, které pro něho nejsou ohrožující, nepříjemné. (25).

Rezignace

V některých případech může být situace pro pacienta natolik neřešitelná, že se zříká dalšího boje. Rezignaci charakterizuje pasivní odevzdanost – odevzdává se „do rukou osudu“. Někdy můžeme pozorovat určité neúčelné aktivity v chování, představující spíš zafixované způsoby reagování, než aktivní ochotu čelit těžkostem života (6). Dle Vágnerové obranný efekt spočívá v postoji, že pokud člověk nic neočekává, nemůže být zklamán (25).

Racionalizace

Racionalizace představuje pokus o zvládnutí zátěžové situace jejím zdánlivě logickým přehodnocením (25). Např. si pacient rozumově zdůvodní útěk z místa nehody, útok vůči jiné osobě apod. Omlouvá svoje nevhodné chování takovými motivy, které jsou sociálně žádoucí: někoho se nešetrně dotkne a vlastní neomalenost v chování zdůvodní osobní otevřeností, pravdomluvností apod. (6).

Zmatenost

Mezi stavy zmatenosti můžeme zařadit akutní amnestický syndrom, delirium, demenci. Akutní amnestický syndrom je zahrnut v diagnostické kategorii organický amnestický syndrom jiný než vyvolaný alkoholem a jinými drogami. Jde o syndrom výrazného narušení dlouhodobé paměti, dále se objevuje anterográdní amnézie (pacient si nepamatuje na dobu po nehodě), je dezorientovaný v čase. Vnímání a ostatní kognitivní funkce, včetně intelektu nejsou obvykle narušeny.

Dalším zástupcem je delirium. Je to etiologicky nespecifikovaný organický mozkový syndrom, charakterizovaný poruchami vědomí, pozornosti, vnímání, myšlení, paměti, emocí. Tento stav je přechodný a jeho intenzita kolísá.

Posledním ze zástupců stavů zmatenosti je demence. Je to syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, většinou chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází ke zhoršení paměti, orientace, chápání, řeči, myšlení, počítání atd. Vědomí není porušené. Demence způsobuje snížení intelektu a obvykle i poruchu v osobní aktivitě denního života (19).

1.3. Příčiny neadaptivního chování

V předchozí kapitole byly charakterizovány základní druhy neadaptivního chování. V této kapitole se zmíním o jejich příčinách.

1.3.1. *Reakce organismu na zátěž*

Člověk soustavně žije ve snaze o udržení rovnováhy se zevním prostředím a jeho vlivy. Nezbytnost přizpůsobení se na jeho stále měnící se podmínky mělo a má za následek vznik adaptačních mechanismů. Jejich činnost je zaměřena na udržení stability životních funkcí a regulací, včetně zajištění psychické rovnováhy (18). Adaptace je schopnost vypořádat se se zevními nebo vnitřními vlivy destabilizující vnitřní prostředí (27). Za účelem adaptace si živé organismy vytvořily schopnost odpovědi na zátěž souborem reakcí, které jsou souhrnně nazývány stresovou reakcí (18). Proto stres nemusí mít vždy jen negativní význam. Přiměřená míra, resp. určitá varianta stresu může člověka také stimulovat a aktivovat (25). Podněty destabilizujícího charakteru jsou označovány jako zátěžové, stresové podněty, jako stresory. Z hlediska urgentní medicíny je potřebné zohlednit individuální a specifickou reakci každého jednotlivého organismu na zátěž s ohledem ke druhu a stupni poškození (18).

Pojem stres se v angličtině začal objevovat zhruba od 15. století, původně byl užíván v souvislosti s pojmem hardship (strasti, útrapy, těžkosti) (11). Vágnerová popisuje stres jako označení charakteristických fyziologických procesů, jimiž organismus reaguje na různé druhy zátěže (25). Zátěž může mít podle povahy své příčiny charakter jak fyzikální, tak i psychosociální. Mezi fyzikální příčiny zátěže řadíme zejména: fyzikální vlivy (změna barometrického tlaku, teploty, radiace, mechanické násilí, hluk, vibrace, oslnění), chemické vlivy (zevní chemické škodliviny, inhalační dráždiva, endotoxiny, působení žíravín), bolest (popáleniny, elektrický výboj, zlomeniny) a komplexní příčiny (nové prostředí, imobilizace). Mezi psychosociální příčiny zátěže řadíme především: individuální příčiny (různé typy duševního vypětí, tvůrčí činnost, deprivace spánku, strach z nemoci, úzkostné stavy, námaha), skupinové

příčiny (školní, rodinný sousedský stres), sociální příčiny (pracovní nároky, strach ze ztráty zaměstnání, zvýšené pocíťování nebezpečí) (18).

1.3.2. Příčiny psychomotorického neklidu, agrese

Psychomotorický neklid s agresivitou se může v různé míře vyskytovat prakticky u většiny psychických poruch – organických i toxických, onemocnění schizofrenního okruhu, okruhu afektivních poruch, jak u depresivních, tak u manických stavů, stresových poruch atd. Rizikovými faktory pro výskyt agresivního jednání jsou zejména organická postižení mozku, dřívější agresivní chování, přítomnost bludů a halucinací, abúzus, či závislost na alkoholu, drogách (19). Častou příčinou může být i přerušení užívání návykových látek jako je alkohol, drogy nebo např. nikotin (5). Přerušení užívání těchto látek se může projevit neklidem, úzkostí, pocením, třesem končetin, zvýšenou teplotou, podezíravostí (22). Dalšími rizikovými faktory jsou kraniocerebrální trauma, nestabilní vztahy v okolí, nezaměstnanost a mladší věk (do 35 let) (19).

1.3.3. Příčiny stavu zmatenosti

Nejčastější příčiny stavu zmatenosti bývají spojené s nejrůznějšími druhy závislosti na alkoholu a na jiných drogách. Jejich kritičnost k vlastnímu stavu a situaci, ve které se nacházejí, je omezena a ochota spolupracovat, se dostaví až opravdu v mezních stavech ohrožujících pacientův život (3).

Mezi další příčiny stavu zmatenosti patří akutní amnestický syndrom (akutní stav zmatenost). U tohoto syndromu je nutné myslet především na možnost infekčního onemocnění, včetně HIV, možnost metabolického a elektrolytového rozvratu (při selhávání kardiálním, respiračním, renálním, hepatálním), komplikace diabetu, kraniocerebrální trauma, epilepsii (19). Dále literatura uvádí příčiny spojené s epilepsií, poškozením mozku a vyšším věkem (5).

Dalším stavem je delirium. Příčiny deliria jsou somatická onemocnění, intoxikace, odnětí psychoaktivní látky. Somatická onemocnění jsou zastoupená poruchami centrálního nervového systému (např. poranění hlavy, cévní onemocnění,

cévní mozkové příhody, infekce, nádory) metabolickými poruchami (např. ledvinové, jaterní selhání, rozvrat elektrolytového a vodního hospodářství jako dehydratace, nerovnováha sodíku a draslíku, dále anémie, hypoxie, hyperkapnie, hypoglykémie), kardiopulmonárními poruchami (infarkt myokardu, srdeční arytmie, respirační insuficience), systémovým onemocněním nebo jeho následkem (infekce, pneumonie, infekce močových cest, těžký úraz, pooperační stav). Dále je delirium vyvolané intoxikací látek jako např. alkohol, kanabis, kokain a halucinogeny. Delirium spojené s odnětím psychogenní látky bývá způsobeno odnětím alkoholu, sedativ, hypnotik (19). Kromě výše jmenovaných se může na deliriózních stavech podílet i senilita (5).

Příčiny demence jsou většinou v onemocnění mozku. Zástupci jsou atroficko-degenerativní demence (např. Alzheimerova demence, Parkinsonova demence), demence vaskulární (multiinfarktová) a symptomatické demence (sekundární, např. u HIV, při epilepsii, posttraumatická demence) (19).

1.4. Informovaný souhlas

V Úmluvě o biomedicině je problematice informovanosti věnována pozornost v kapitole III, článek 10 s názvem Soukromí a právo získávat informace. Je zde uvedeno, že každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví, a dále, že každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Ve výjimečných případech a situacích mohou být výše uvedená práva omezena zákonem, je-li to v zájmu pacienta (8). V Konvenci o ochraně lidských práv a svobod je dále uvedeno, že žádný zásah do zdraví nesmí být proveden bez řádného informování a souhlasu pacienta, který tento souhlas podepíše (33). Podle Roberta Veatche je informovaný souhlas základní složkou autonomie člověka a respektování autonomie je základem k respektování osobnosti samé (26).

1.4.1. Obsah informovaného souhlasu

Informovaný souhlas se stal nástrojem pro poskytování informací a je považován za projev pacientovi vůle. Jeho význam tkví také v tom, že bez informovaného souhlasu není možné pacienta léčit. V článku 5 Úmluvy o biomedicině je uvedeno: *„Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotyčná osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas“* (8). Zákrokem můžeme chápat jakýkoliv výkon na pacientovi, včetně preventivní péče, stanovení diagnózy, léčby, rehabilitace a výzkumu (24). Samozřejmě toto pravidlo nelze aplikovat ve všech případech, zvláště v případech přednemocniční neodkladné péče. Výjimkou (tak jak je to zakotveno v bodě č.3 článku 10 Úmluvy o biomedicině) je stav krajní nouze, kdy nelze získat příslušný souhlas a současně je zákrok pro ochranu zdraví a života nemocného nezbytný a neodkladný. V takových případech je pacientův souhlas předpokládán (presumpce souhlasu) a zdravotník jedná podle svého nejlepšího vědomí a svědomí v intencích postupů lege artis. Vždy je třeba do zdravotnické dokumentace uvést, že pacient nemohl udělit informovaný souhlas (8). V této souvislosti je nutné zmínit dva základní pojmy, a to autonomie a způsobilost. Baštecká a Goldman uvádějí: *„autonomii vnímáme jako průběžně proměnlivou hodnotu, člověk se rozhoduje někdy více, někdy méně autonomně, způsobilost je stanovena vylučujícím způsobem: člověk je buď způsobilý, nebo není. Pokud ho soud označí jako nezpůsobilého, výrazně mu omezuje možnost vyjádřit poučený souhlas“* (2).

Problém však nastává v přednemocniční neodkladné péči, kdy pacient z nejrůznějších důvodů se zákrokem nesouhlasí, či není čas na patřičné vysvětlení zákroku. Zde je důležité vyhodnotit jednotlivou situaci, určit míru akceptování přání pacienta a míru důležitosti zákroku. Samozřejmě zde platí zásadní pravidlo, a to, že vše je nutné pečlivě zaznamenat písemně (24). Souhlas pacienta musí být poučený, kvalifikovaný a svobodný (8). V reálné situaci se pacient často nerozhoduje zcela kompetentně. Pokud je pacient poučen, rozhoduje se často na základě osobních sympatií nebo antipatií ke zdravotníkovi. Velkou roli hrají zejména argumentační schopnosti zdravotníka a předchozí zkušenost pacienta se zdravotnictvím (24).

Kdo je nekompetentní k podání informovaného souhlasu? Dle legislativy ČR, Zákon č. 40/1964 Sb., §8 a §9: „*nezpůsobilost k právním úkonům a tedy i k poskytnutí relevantního informovaného souhlasu se týká nezletilých pacientů*“ (38) a dále, podle Zákona č 40/1964 Sb., §10 a §38 pacientů jednajícím pod vlivem duševní poruchy, případně závislosti (38) – rozhodnutí o nezpůsobilosti však patří pouze do kompetencí soudu. Je pravda, že alterace vědomí jistě snižuje rozlišovací schopnosti, sama o sobě však neznamená úplnou nebo omezenou schopnost činit právní úkony. V našich podmínkách by byla nezpůsobilost k poskytnutí souhlasu posuzována pravděpodobně soudním znalcem (24).

1.4.2. Forma informovaného souhlasu

Forma souhlasu (písemná nebo ústní) není zákonnými předpisy předepsána, avšak měla by dovolit pozdější prokázání – při slovním souhlasu je tedy nutná např. přítomnost svědka, hlasový záznam, nebo alespoň zápis v dokumentaci (24). Souhlas by měl být učiněn výslovně (ať písemný nebo ústní), ale platný souhlas lze získat i konkludentně. Dle Haškovcové je to například situace, kdy pacient na výzvu lékaře otevře ústa, natáhne paži na aplikaci injekce, vyhrne si rukáv aj. (8). Souhlas, který je předpokládán jen proto, že se pacient neohradí proti nějakému postupu, je však snadno napadnutelný. Každá forma souhlasu předpokládá předchozí individuální ústní poučení a vysvětlení situace. Řešení souhlasu formou předtištěného formuláře bez kompletního ústního poučení se většinou, na rozdíl od časně nemocniční péče, důrazně nedoporučuje. Při volbě formy vyjádření souhlasu se není třeba omezovat pouze na ústní nebo písemné vyjádření. Některé záchranné služby dokumentují bez jakýchkoliv forenzních problémů pacientovo odmítnutí péče nahrávanou rádiovou relací s operačním střediskem, a stejným způsobem je dokumentován i informovaný souhlas v některých případech, kdy zdravotník z jakýchkoliv důvodů uzná za vhodné mít zdokumentovaný pacientův souhlas se svým dalším postupem a není čas na písemný záznam (24).

1.4.3. Informovaný souhlas v podmínkách přednemocniční neodkladné péče v ČR

Problematicke informovaného souhlasu je věnována poměrně široká pozornost na poli nemocniční péče. Přednemocniční neodkladná péče je však oblastí, ve které této problematice není věnována tak široká pozornost. Před tímto problémem stojí nejen české záchranné systémy, ale i poskytovatelé PNP v zahraničí (24).

V konvenci o ochraně lidských práv se popisuje i případ, ve kterém není možné informovaný souhlas získat. Pokud je situace naléhavá a souhlas nelze získat, je zdravotník povinen provést intervenci ve prospěch pacienta i bez jeho souhlasu (33).

Povinnost získat pacientův souhlas není závislý na instituci poskytující péči, ale na situaci (24). Kromě této skutečnosti je informovaný souhlas zpochybňován právníky, protože nikdy nemůže obsahovat všechna rizika a komplikace (34). Článek 8 Úmluvy stanoví výjimku z povinnosti získání informovaného souhlasu v souvislosti se stavem nouze vyžadujícím neodkladné řešení. Zde jsou klíčové tři výrazy: „stav nouze“, „nelze získat“, „prospěch zdraví“. Existence „stavu nouze“ předpokládá přímé ohrožení vedoucí k závažné újmě na zdraví. Výraz „nelze získat“ předpokládá, že to buď není fyzicky možné, anebo byla bezvýsledně vynaložena veškerá snaha k získání souhlasu. Termín „pro prospěch zdraví“ je širší, než „pro záchranu života“ – také proto podle některých právních výkladů nemusí jít pouze o úkony zachraňující život, ale i jakýkoliv urgentní zákroky, bez jejichž okamžitého provedení by mohlo dojít nejen k úmrtí, ale i ke zhoršení zdravotního stavu nemocného (24).

V našich podmínkách zatím existuje víceméně konsensuální postoj, že v přednemocniční neodkladné péči je vyžadování informovaného souhlasu bezpředmětné, neboť pacient volající záchrannou službu je vždy ve stavu nouze, vyžadující neodkladné řešení. Nehledě na časovou tíseň pacient ani není schopen kompetentně rozhodovat, mnohdy to není ani fyzicky možné (24). Vyhláška 434/1992 Sb., §1, odst. 2 o zdravotnické záchranné službě skutečně stanoví, že: *„Přednemocniční neodkladná péče je péče o postižené na místě vzniku jejich úrazu nebo náhlého onemocnění a během jejich dopravy k dalšímu odbornému ošetření a při jejich předání do zdravotnického zařízení poskytovaná při stavech, které: bezprostředně ohrožují život postiženého, mohou vést prohlubováním chorobných změn k náhlé smrti, způsobí bez*

rychlého poskytnutí odborné první pomoci trvalé chorobné změny, působí náhlé utrpení a bolest, působí změny chování a jednání postiženého, ohrožují jeho samotného nebo jeho okolí“ (36).

Jmenované stavy jsou zcela jistě stavem nouze vyžadujícím neodkladné řešení dle článku 8 Úmluvy. Přesto ZZS ošetřuje denně obrovský počet pacientů, kteří kritéria dle vyhlášky nespĺňují, protože jejich zdravotní stav je méně naléhavý a méně nebezpečný. Hypoteticky je velmi dobře možné představit si mnoho situací, kdy zdravotník vyjede na tísňovou výzvu, poskytne odpovídající péči (dokonce třeba velmi úspěšnou) a bude čelit trestnímu oznámení kvůli omezování osobní svobody a zdravotnické zařízení žalobě na ochranu osobnosti, protože nebylo jednáno na základě informovaného souhlasu pacienta. V současné situaci je takový výhled nepravděpodobný, ale z hlediska očekávaného vývoje medicínského práva nikterak nemožný (24).

1.4.4. Problematika informovaného souhlasu v PNP v zahraničí

V řadě zemí je občanům umožněno, aby se o svém osudu rozhodli dopředu a to formou určitých písemných vyjádření. Nejznámější vyjádření DNR = do not resuscitate = neresuscitovat. Další systém je tzv. health care proxy, který znamená, že člověk předem určí svého zástupce, který bude mít právo později rozhodovat za něj (8).

Systémy přednemocniční péče v zemích s vysokou kulturou informování pacienta staví pacientovo právo odmítnout léčbu natolik vysoko, že je tento projev vůle po splnění prokazatelnosti možné respektovat i v těch případech, kdy je jednoznačně v zájmu pacienta léčbě se podrobit. V Británii se například za prokazatelné pacientovo odmítnutí požaduje záznam radiové relace, ve které paramedik popíše operačnímu středisku stav pacienta, zmíní možná rizika a poté pacient sám do vysílačky prohlásí, že přesto léčbu odmítá. I v případě, kdy u pacienta je konstatován AIM, je mu navrhnutá léčba a on odmítne s odůvodněním, že je podnikatelem a nemůže si dovolit přerušit práci, jsou zdravotníci povinni jeho rozhodnutí respektovat (24). Například v knize Bioethics: an anthology autoři uvádějí, že má každý dospělý člověk právo na rozhodnutí co se bude dělat s jeho vlastním tělem. Zároveň však uvádějí, že toto tvrzení neplatí u

akutních stavů, kde není možný souhlas pacienta s tímto výkonem. V případě, že však souhlas či nesouhlas získat lze, je povinen se zdravotník tímto rozhodnutím řídit (14).

V SRN se objevil příklad, kdy z judikatury rozhodnutí Spolkového soudního dvora SRN, který přiznal náhradu škody pacientovi, postiženému ochrnutím hlasu po nutném operačním odstranění štítné žlázy, neuznal argument lékaře, který se obhajoval tím, že každý rozumný člověk by v takové situaci toto riziko podstoupil (24).

Praxe v systémech PNP se standardním získáváním souhlasu se skutečně řídí zásadou práva pacienta odmítnout léčbu za jakýchkoliv okolností a po záznamu tohoto rozhodnutí sanitka odjíždí, i kdyby měl pacient zemřít (24).

1.5. Etika práce zdravotnického záchranáře

1.5.1. Etika

Etika je filozofická disciplína, která zkoumá morálku nebo morální konání a jeho normy. Je disciplínou praktické filozofie, která se zabývá lidským jednáním a tvorbou. Samotný pojem etika pochází z řeckého ethos, které vyjadřuje povahový rys, zvyk, obyčej, způsob myšlení, či postoje jednotlivců a skupin (10). Člověk vytvořil etiku jako filozofickou disciplínu na zkoumání toho, co je pro něho v praktickém životě důležité, na zkoumání morálky. Je to historicky a kulturně ovlivněný souhrn hodnotících soudů, zvyků, názorů, ideálů, pravidel, institucí a norem, jimiž se lidé řídí ve svém praktickém mravním jednání v různých kulturách a v různých dobách. Je to také samostatná mravní praxe. Schopnost člověka reflektovat a řídit se svým svědomím, posuzovat činy své i druhých z hlediska dobra a zla. Dříve byla etika nazývána mravovědou, častěji praktickou filozofií. (9).

Vždy je velmi důležité rozlišovat mezi mravními požadavky a mezi právními zákony. Zatímco etika respektuje dilematické situace, právní zákon jednoznačně posuzuje požadavky. Shoda mezi mravní normou a legislativní zákonnou úpravou se nazývá legalita (9). Podle Příkaského chce etika nalézt, podle čeho poznáme, zda je naše jednání mravné, nebo není, zdali je v souladu s mravními pravidly, nebo jim odporuje (20).

1.5.2. Svědomí

Svědomí je lidská schopnost morální sebekontroly, samostatného formulování morální povinnosti, požadování jejich dodržování od sebe samotného, a hodnocení svých činů. Je to projev mravního sebeuvědomování a zjišťování, zda čin, který byl nebo bude vykonán, byl či nebyl dobrý. Je to také důležitá složka jednání. Svědomí dává člověku schopnost morálně hodnotit své jednání (10).

1.5.3. Morálka

Slovo morálka pochází z latinských slov *mos* – mrav, *moralis* – mravní a reprezentuje popisnou a předpisovou stránku mravnosti. Tímto výrazem se zpravidla označuje soubor pravidel uznávané mravnosti (9). Jankovský píše: „*morálka je soubor uznávaných mravních norem vyplývajících z určitého chápání mravních hodnot, z jejich povahy a hierarchie*“ (10). Morálku můžeme charakterizovat také jako společenský jev, který odráží mezilidské vztahy a lidskou činnost z pohledu dobra a zla, který ale také můžeme posuzovat z různých pohledů – v rovině psychologie a v rovině etiky. Samotnou morálku dělíme na heteronomní (kontrola vnější) a autonomní (kontrola sama sebe). Podle Jankovského měřítkem morálky je shoda či neshoda jednání v porovnání s vlastním svědomím (12).

1.5.4. Specifika etiky práce zdravotnického záchranáře

Členové záchranného týmu musí být pro svoji profesi kvalitně připraveni nejen odborně, ale i tělesně a morálně (21). Podle Šimka má urgentní medicína zvláštní postavení. Řeší situace, které nesnesou odklad, přičemž jde obvykle o život nebo o vážné postižení zdraví osoby. V té chvíli pak není čas na dlouhé diskuze, buď něco v čas zdravotníci udělají a zachrání život, nebo po chvíli váhání již nebudou moci dělat nic (23). Při záchráně lidského života jsou zdravotničtí záchranáři konfrontováni se specifickými situacemi a vztahy souvisejícími s poskytováním první pomoci, se změnami psychického stavu nemocných. V etickém kodexu pracovníků ZZS hl. m. Prahy se uvádí: „*Každý člen výjezdové skupiny ctí a respektuje práva pacientů, zejména právo na informace o jménu člena výjezdové skupiny, který mu poskytuje péči,*

informace o svém zdravotním stavu a následná opatření směřující k léčbě a informace o následné péči“ (32). Při práci zdravotnického záchranáře se ale nejvíce uplatňuje etika situační, etika v mezních – extrémních životních situacích, kde etické rozhodnutí není možné svázat do stabilních pravidel, ale je potřeba postupovat podle konkrétních okolností a nejlepšího svědomí. Někdy je nevyhnutelné použít i postupy odlišné od stanovených standardů a individuálně se rozhodnout v neobvyklé situaci (21). Podle názoru Tatiany Rapčíkové z Fakulty zdravotnictva Slovenskej zdravotnickej univerzity Bratislava se sídlom v Banské Bystrici není možné absolutně respektovat a zachovat právo pacienta na autonomii, informovaný souhlas, respektování lidské důstojnosti způsobem, který si přeje pacient. Vše by mělo být podřízené požadavkům zásahu v co možno nejvyšší kvalitě (21). Zelníček uvádí, že při akutních stavech není možné dodržet standardní práva pacienta, jako jsou např. individuální přístup k léčbě, svobodná volba lékaře, standardy zdravotní péče (29).

Další specifikum spočívá v tom, že při poskytování první pomoci se členové záchranného týmu vystavují určitému riziku souvisejícím s daným místem nebo situací (21). Více než v jiných oborech je v ZZS diskutováno odmítnutí zdravotnického týmu poskytnout první pomoc s poukazem na ohrožení vlastního zdraví či života (15). Rizikové a znečištěné prostředí také ohrožuje záchránce i v případech, kdy dodržují bezpečnost práce. V tom případě etická povinnost zdravotníka je do jisté míry ohraničená povinností chránit svůj vlastní život, zdraví a nevystavovat ho nebezpečí, pokud to není nevyhnutelné.

Mezi další specifika patří psychické změny postiženého. Poruchy vědomí, zmatené reakce, někdy apatie, jindy agrese, či výrazný neklid ze strachu ze smrti. Toto jsou faktory nejen zvyšující celkovou zátěž organismu, ale i faktory podmiňující etiku jednání záchranářů. Některé z uvedených projevů se často objevují i u členů rodiny a okolí postiženého.

Důležitým aspektem etického přístupu zdravotníků, vůči takto postiženým pacientům je trpělivost, dodání pocitu jistoty, podpora důvěry v jednání zdravotníků, a pokud to situace dovolí, empatické vyslechnutí problémů nemocného. Cennou devizou je kladný, uklidňující verbální i neverbální kontakt s postiženým a jeho okolím.

Absence uvedených hledisek přístupu zdravotnického záchranáře k postiženým je právně nepostihnutelné, ale rozhoduje o hodnocení zdravotníků ze strany pacientů i okolí a mohou tak komplikovat ošetření pacienta (21).

1.5.5. Vztah zdravotnický záchranář a pacient v kritickém stavu

Tento vztah je možné charakterizovat jako vztah specifický, protože většina pacientů v kritickém stavu je somaticky i psychicky úplně bezmocná, závislá jen na odborné pomoci zdravotníků a na jejich morálním a zodpovědném přístupu (21). Od zdravotníka pacient požaduje vysokou odbornost, taktnost, ohleduplnost, psychickou podporu (27). Někdy se může stát, že i ze strany některých pacientů může být na zdravotnického záchranáře vyvíjen nátlak, prostřednictvím kterého může být záchranář vmanévrován do situace nesvobodného rozhodování (21). Přesto musí zdravotnický záchranář ošetřovat pacienta s největší mírou slušnosti, empatie, porozumění, ochoty a bez jakýchkoliv předsudků, ať už rasových náboženských, politických atd. (32).

1.5.6. Vztah zdravotnický záchranář a rodinný příslušník postiženého

Nemoc člověka působí na rodinné příslušníky značně negativně, panují obavy, soucit, smutek. Někdy se objevují i pocity viny a selhání jednotlivých členů rodiny (27). V některých případech mohou vzniknout i rozpory mezi rodinou a zdravotníky, protože stav a prognóza pacienta mohou být jeho rodinou a zdravotníkem vnímány značně odlišně (12). V první řadě je důležité udržování kontaktu, zprostředkování příznivé zprávy, šetrné oznámení nepříznivých zpráv, zvládnutí nátlaku ze strany okolí pacienta (21). Rodina mnohokrát, zvláště je-li pacient v bezvědomí, působí jako základní zdroj informací (21).

1.5.7. Vztahy mezi spolupracovníky

Soustředěná a koordinovaná činnost všech členů týmu je nevyhnutelná pro záchranu života. Zachování rozsahu kompetencí, správné konání ve vypjatých situacích jsou důležité aspekty tvořící rámec komplexnosti profese zdravotnického záchranáře (21). Podle etického kodexu pracovníků ZZS hl. m. Prahy má pracovník za úkol

spolupracovat se všemi zdravotníky pečující o pacienta, přičemž nesmí znevažovat nebo podceňovat profesní schopnosti svých kolegů (32).

1.6. Etické kodexy

Etický kodex je vyčleňován etikou. Je to souhrn pravidel chování v dané společnosti. Jsou to vlastně základní pravidla slušného chování, a ty jsou v každé profesi jiné, mění se podle druhu profese. Etických kodexů upravujících určité chování, především lékaře, později i zdravotní sestry, vysokoškoláky nelékaře a konečně i pacienty existuje několik (9). Problém nastává, když se zamyslíme nad oborem Zdravotnický záchranář. Má se řídit etickým kodexem lékařů (Hippokratova přísaha), vždyť náplní práce i pravomocemi se lékař a zdravotnický záchranář liší. Měl by se řídit etickými kodexy sester? Řekl bych, že tento obor je zdravotnickému záchranáři přeci jen bližší, ale lze porovnávat situace v terénu s nemocničním prostředím? Jistě ne. Zdravotnický záchranář by se měl samozřejmě řídit především svým svědomím a morálkou, ale myslím si, že by určité shrnutí eticky správného chování zdravotnického záchranáře mělo být sepsáno. Jako první se o sepsání pokusila Záchraná služba hl. m. Prahy.

1.6.1. Etický kodex Práva pacientů

Etické kodexy, které určují práva pacientů ve vztahu k lékaři a zdravotnickému personálu, obsahují především zásady upravující vztah zdravotníků a pacientů (28). Proč, jak a za jakým účelem práva pacientů vznikla? V historii neměli pacienti žádná práva a ani je nepotřebovali, protože pacient byl plně závislý na lékaři a to jak po stránce odborné, tak často i lidské (9). V dnešní době si již může pacient sám zvolit ošetřujícího lékaře (7), tudíž se ona závislost do jisté míry vytratila. O právech pacientů formulovaných jako doplněk deontologických (deontologie = nevžitý výraz pro etiku, nauka o povinnostech) modelů se začíná hovořit teprve na začátku sedmdesátých let 20. století. Důvody byly následující: V občanské demokratické společnosti byla v této době lidská práva a individuální svobody vysoce ceněny, lidé přijímali plnou odpovědnost za

svůj život a přáli si, aby měli dostatek informací i v situaci, kdy byli nemocní a aby mohli i v době nemoci svobodně o sobě rozhodovat, nebo minimálně spolupracovat (9). Podle charakteristiky Munzarové jde v zásadě o rozšíření lidských práv i do oblasti lékařství (16). Lidé jsou v této době vzdělanější, zdravotně informovanější a nejde jim nadále vnucovat podřadnou roli. V této době se také rozšiřuje nabídka diagnostických a terapeutických metod, a někdy není snadné určit, která varianta je pro pacienta nejlepší. Lékaři při volbě nejlepšího možného postupu či léčby používají klasické konziliární metody, ale postupně docházejí k názoru, že svůj názor na věc mají vyjádřit i pacienti (9). Pacienti tudíž musí mít dostatek informací k tomu, aby se mohl před zahájením nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí (7).

Formy spolupráce mezi zdravotníkem a pacientem jsou formulována zpravidla tak, že doplňují etické kodexy zdravotníků (etický kodex lékařů, zdravotních sester, zdravotnických záchranářů...) a nejsou v rozporu s platnými právními normami. Jsou závazné morálně, nikoliv právně (9).

Kodex tak, jak je prezentován, není sám o sobě právně vymahatelný. Kodex vyjadřuje opodstatněná přání nemocných, která právě proto, že jejich opodstatnění uznává i většina zdravotníků, reprezentují mravní normu vyzívající k důslednému naplňování. Je ale chybné se domnívat, že etický kodex nemá smysl, a že je vlastně jen určitou formou naléhavého apelu. Je totiž koncipován tak, že se většina ustanovení objevuje v detailní formě i v zákonných ustanoveních (8). Avšak v etickém kodexu Práva pacientů není opomenuta poznámka, že pacientovi požadavky musí být přiměřené (7). Úplné znění kodexu uvádím v přílohách.

1.6.2. Práva zdravotníků

V souvislosti s nárůstem řady nejrůznějších práv pacientů bývá často a živě diskutována otázka, zda tím vlastně nedochází k výrazné asymetrii jiného typu, totiž toho, že pacienti mají „příliš mnoho práv“ a zdravotníci žádná. Je nepochybné, že všechna formulovaná práva mají být doplněna jasně danými povinnostmi, a to jak na straně zdravotníků, tak i pacientů. Vyváženost práv i povinností na obou stranách pak

zakládá náležitě vyvážený právní i společenský vztah mezi zdravotníkem a pacientem. Zdůrazňováním pouze povinností zdravotnických pracovníků vůči pacientům vede k deformaci tohoto vztahu s pocitem bezpráví a podřízeného postavení na straně zdravotnických pracovníků a s pocitem určité nadřazenosti a neomezených práv pro pacienty. Zdravotníci vůči pacientům vždy ponесou především značný počet povinností. Jde o to, redukovat jejich míru, je-li to možné a účelné (8).

1.6.3. Etický kodex zdravotnických záchranářů

Vzhledem k poměrně krátké době od vzniku povolání zdravotnický záchranář nebyl etický kodex pro tuto profesi dosud schválen. Etický kodex, který se váže k záchranné službě, však již existuje. Byl vydán Zdravotnickou záchrannou službou hl. m. Prahy. Je to Etický kodex a normy profesionálního chování zaměstnanců Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy, který byl sepsán za účelem stanovení žádoucích standard profesionálního chování zaměstnanců ZZS HMP-ÚSZS a informování veřejnosti o formě a způsobu chování, jež je oprávněna od zaměstnanců ZZS HMP-ÚSZS, jako zdravotnického zařízení zřizovaného hlavním městem Prahou a poskytujícím přednemocniční neodkladnou péči i zdravotní transporty, očekávat. Tento kodex vychází z Kodexu etiky zaměstnanců ve veřejné správě, který schválila Vláda ČR svým usnesením č. 270 ze dne 21. 3. 2001, Kodexu zřizovatele, z Kodexu České lékařské komory a Kodexu zdravotních sester i Kodexů ostatních složek integrovaného záchranného systému (32). Tento dokument stanovuje základní hodnoty zaměstnanců, základní úkoly ZZS, obecné zásady jednání pracovníků záchranné služby, upravuje jednání s pacienty, spolupracovníky. Celé znění kodexu uvádím v přílohách.

2. Cíl práce

Cílem práce je zmapovat, jaké mají zdravotničtí záchranáři, pracující na záchranné službě, názory na ošetřování nespolupracujících pacientů, jaké jsou podle nich eticky vhodné prostředky využívající se v těchto případech, zmapovat jejich názory do jaké míry je důležité zachovávat autonomii pacienta. Cílem této práce je také vytvoření hypotéz na základě kvalitativního výzkumu.

3. Metodika výzkumu

Má bakalářská práce je založena na kvalitativním výzkumu. Využívá metody polořízeného rozhovoru.

Vybranou skupinou respondentů jsou zaměstnanci zdravotnické záchranné služby na pozici zdravotnický záchranář. S rozhovorem a zapojením do výzkumu souhlasila většina oslovených respondentů, pro výzkum jsem si vybral část z nich tak, aby ve vzorku respondentů byli zastoupení záchranáři pracující poměrně krátkou dobu (1-3 roky), záchranáři pracující déle (3-9 let) a také záchranáři, kteří již pracují na záchranné službě déle jak 10 let.

Rozhovory jsem nahrával na diktafon. Téměř doslovný přepis uvádím v kapitole Výsledky výzkumu a podkapitole Přepis rozhovorů. Jednotlivé odpovědi jsem porovnal a společné i odlišné názory na danou problematiku jsem shrnul v podkapitole Vyhodnocení rozhovorů.

4. Výsledky výzkumu

4.1. Přepis rozhovorů

4.1.1. Zdravotnický záchranář číslo 1

Muž, 28 let

Na záchranné službě pracuje něco málo přes 4 roky. Nejvyšší dosažené vzdělání uvádí vyšší odbornou školu, nyní kromě své profese studuje vysokou školu. Svou profesi si vybral kvůli pohybu, nechtěl být upoutaný na jedno místo, chtěl porozumět lidskému tělu, jak funguje ve zdraví, jak funguje v nemoci. Neměl sice v okolí nikoho s podobným zájmem, ale zkusil své síly vrhnout do tohoto oboru, vyšlo to a v tomto oboru se, jak sám říká, našel.

Setkáváte se při výkonu svého povolání s nespolupracujícím pacientem?

Ano, v terénu se občas setkávám s těmito pacienty, kromě záchranné služby pracuji také na záchranné stanici, tam se setkávám s nespolupracujícími pacienty častěji, ale v terénu jak jsem už řekl taky.

Jaké jsou nejčastější příčiny neochoty spolupracovat?

Většinou jsou to lidé pod vlivem alkoholu, drog, nebo lidé, kteří si sami záchrannou službu nevolali, volali ji např. jejich příbuzní, kolemjdoucí a pacienti sami žádné ošetření nechtějí. I když by ho v podstatě mohli podstoupit.

Jak se takoví pacienti projevují?

U opilců je to tak, že oni v podstatě nechtějí ošetřit, brání se tomu. Nejprve verbálně, poté někdy i fyzicky. To se stupňuje. Oni většinou člověka hned nenapadnou, alespoň já jsem se s tím ještě nesetkal. Ten fyzický kontakt nastupuje až po té, co jim po slovním ataku nevyjde zdravotník vstříc. Neochota spolupracovat se ale nemusí vždy projevit jako agrese. Často se prostě vymlouvají, brání, nejsou ochotni akceptovat, že potřebují pomoc.

Když bychom si to rozebrali postupně, jak se projevuje a jaké jsou příčiny agrese?

Agrese bývá spojená nejčastěji s alkoholem. Např. lidé pod vlivem alkoholu, při dopravní nehodě mají nějakou menší tržnou ránu, a když je chcete ošetřit, nebo odvést někam na šití, zaujmou odmítavý postoj, a kdybych naléhal, tak oni se potom stanou agresivními. Dále se s agresí setkávám u psychiatrických onemocnění, ale tam to není až tak časté, jako u alkoholu. Spíš je to specifikum lidí pod vlivem návykových látek. Nebo mě ještě napadá takový případ, že je někde nějaká rvačka, tak to násilí se může přenést i na pracovníky záchranné služby, kteří tam byli přivoláni. Ale to je vlastně také spojené hlavně s alkoholem. Agresivita se může ještě také projevit u některých somatických onemocnění. Viděl jsem asi dvakrát v životě agresivního pacienta po epileptickém záchvatu. Lidé po epileptickém záchvatu jsou často zmatení, ale v těchto případech se ke zmatenosti přidala agrese. Oni nevěděli co se děje a cítili se v ohrožení. Jinak v podstatě se s agresí u somatických onemocnění ani moc neseťkávám.

A jak se projevují lidé bránící se ošetření, kteří nejsou agresivní?

Ti lidé svůj zdravotní stav v podstatě někdy komentují, někdy nekomentují, někdy jsou strozí a řeknou, že si záchrannou službu nevolali, že nechtějí ošetřit. Ten důvod může být např. strach z ošetření, z pobytu v nemocnici, strach z toho, že se budou muset podívat na realitu, že jim doopravdy „něco je“. Často je to strach ze závažného onemocnění. Tak tam se setkávám s odmítavým postojem, nebo může hrát roli opět alkohol. Někdy je možný důvod neochoty spolupracovat i pracovní vyčerpání. Jde o případy, kdy jejich zdravotní stav není zas až tak vážný, jedná se například o tržnou ránu nebo pouze o potvrzení toho, že se jim opravdu nic nestalo. Ti lidé se v podstatě cítí dobře a odvoz odmítají s tím, že musí do práce, že nemají čas, že mají doma malé děti, psa a podobně.

Jak přistupujete, jaké máte postupy u ošetřování nespolupracujících pacientů?

Já když budu mluvit za posádku RZP, čili bez lékaře, pouze řidič a záchranář, tak když se dostaneme na místo, začnu s tím člověkem komunikovat a vycházím ze situace. Třeba vím, že už nějaké násilí proběhlo, jsem opatrný a přizvu na pomoc Policii ČR. Až poté, co je jisté, že to ošetření bude probíhat pro mě bezpečně, tak začnu ošetřovat. Jestliže dojedu na místo a ta situace se teprve vyvíjí v nějakou agresivní reakci pacienta, tak já odstoupím. Nejprve většinou dojde k verbálním útokům, tak se snažím pacientovi

vysvětlit postup a přesvědčit ho o nutnosti ošetření. Když přeroste slovní útok ve fyzický, tak přestanu na pacienta naléhat, přestanu mu léčbu doporučovat. Odejdu buď do sanitky, nebo někam na bezpečné místo a zavolám lékaře přes vysílačku, s tím, že pacient odmítá ošetření. Tím pádem předám své kompetence a odpovědnost na lékaře. Další možností je zavolání policie. Neošetřuji tyto lidi, nevěnuji se jim, i kdyby krváceli, a i kdybych věděl, že mají nějaké závažné onemocnění, tak já skrze jejich agresivitu se jim nevěnuji a čekám na příjezd policie. Není moje priorita, není moje povinnost pacientovi poskytnout první pomoc, pokud se cítím být ohrožený na zdraví nebo na životě. Postup při ošetřování neagresivních pacientů je velice obdobný. Nejprve se opět pokusím o přesvědčení pacienta o nutnosti zákroku, vyjádřím pochopení nad jeho situací, nicméně budu trvat na ošetření, a pokud se mi to nedaří, zavolám lékaře. Vhodné je vysvětlit pacientům, že z nemocnice mohou kdykoli dobrovolně odejít.

Přemýšlíte někdy zpětně, jestli tento postup je etický?

Já k tomu přistupuji tak, že tu péči, tu první pomoc jedu poskytnout, jsem schopný ji poskytnout, poskytnu ji podle svých vědomostí, zkušeností a poskytnu ji rád lidem, kteří o to stojí. Jestliže se setkám s pacientem, který o moji péči nestojí, i když si myslím, že by ji potřeboval, tak nemám ten spasitelský pocit, že musím každého za každou cenu zachránit. To řešení, že si zavolám lékaře, nebo policii, dělám z toho důvodu, abych si sám kryl záda před potenciálními důsledky toho, že jsem neposkytl pomoc. Pokud někdo moji péči odmítá, tak já z pohledu etiky jsem tam přijel s dobrou vírou tomu člověku pomoci, ten člověk o to nestojí, tak i kdyby zemřel, nemám výčitky svědomí z toho, že jsem mu nepomohl, protože jsem mu pomoci chtěl. Samozřejmě přihlížím k okolnostem, např. pokud vidím, že pacient není soudný ke svému zdravotnímu stavu tak, aby dokázal zvážit rizika svého jednání, postupuji jinak. V tomto případě pacienta upozorňuji na možné důsledky jeho neochoty spolupracovat. Pokud i přesto odmítá péči, tak mu ji neposkytnu a svou zodpovědnost přenesu na někoho jiného. U ošetřování nespolupracujících pacientů je litera zákona taková, že střední zdravotnický pracovník nemůže pacienta nechat na místě, musí ho směřovat vždy k nějakému cílovému ošetření. V reálu to vypadá tak, že v drtivé většině případů pacienta přemluvím a přesvědčím o vhodnosti ošetření.

Když jsme u toho přesvědčování, do jaké míry je podle Vás etické pacientovi mírně zalhat o jeho stavu, např. mu nastínit důsledky toho, že se nenechá ošetřit, přičemž tyto důsledky jsou vysoce nepravděpodobné, ale teoreticky možné?

Já lidem nelžu a myslím si, že je na místě lidem jako zdravotník říkat pravdu. Vzhledem ale k tomu, že do lidí nevidíte, tak pacientovi je v mnoha případech vhodné vylíčit co všechno by mu mohlo být, a i když se cítí dobře, tak mu oznámit, že nevím, jestli se jeho stav třeba za hodinu nezmění. Nastíním tedy, co všechno se může stát, i když je to nepravděpodobné, ale záměrně jim nelžu.

Je podle Vás etické používání násilí?

Já násilí používám pouze ke své obraně. Já jsem zdravotník, nejsem represivní složka. Vždy se snažím problém vysvětlit, a pokud se to nedaří, tak vysvětlím, že to není v mém úmyslu, ale že budu donucen použít násilí, ale ve formě toho, že zavolám policii. Já sám násilí nepoužívám, nevyhledávám ho. A pokud jsem opravdu donucen násilí použít, tak se ho snažím použít v míře nezbytně nutné. Teď si ale uvědomuji, že v některých případech je lehké, opravdu lehké násilí vhodné použít. Např. můžeme zkusit, pokud je nás na pacienta více lidí a máme převahu, dát mu pohlavek. Pacient si často uvědomí, že si nemůže dovolit vše a uklidní se. To je ale pouze mé osobní řešení dané situace. Podobné je to i u používání vulgarit. Já se k pacientům chovám slušně, nicméně občas zvýšení hlasu a vulgarita pomůže pacienta uklidnit. Je to hrozně individuální. Zdravotníci obecně násilí nevyhledávají, ale pokud už ho použijí, je to jen v krajních případech a problém s etikou v tom nevidím.

Pokud bychom si zde nastínili dvě krajní teorie. Jedna by byla taková, že se pacient musí nechat za jakýchkoli podmínek ošetřit, bylo by to například dané zákonem. V té druhé teorii by se nemusel, pokud by byl způsobilý k rozhodování, nechat ošetřit pokud by sám nechtěl. Jsou to pouze teorie a ideální stav je asi někde uprostřed, ale přesto, k jaké variantě byste se přikláněl?

Já bych se osobně přikláněl k osobnímu rozhodnutí každého o jeho životě, jeho zdravotním stavu za předpokladu, že by byl řádně informován. Ošetřoval bych pouze v případě ohrožení života, nebo pokud by ohrožoval někoho jiného. Řeknu příklad.

Pacient bude mít například infarkt myokardu, budou jasné známky, změny na EKG. Lékař řekne pacientovi co mu je, jak to bude probíhat dál bez léčby, že třeba za 3 hodiny zemře. Pokud přesto nechce ošetřit, tak bychom jeho rozhodnutí podle mého názoru měli akceptovat. Pokud zde ovšem nebude žádný jiný aspekt jako duševní porucha, ovlivnění alkoholem atd. Nehodnotím, jestli je to dobrý nebo špatný postoj, je to pouze mé stanovisko.

Používáte v rámci záchranné služby informovaný souhlas? Samozřejmě pokud nejde o stav ohrožující život.

Kromě odvozu do nemocnice mě snad ani nenapadá, s čím by mohl pacient v rámci záchranné služby nesouhlasit. V takovém případě lékař sepíše negativní revers. A pokud už je nějaký zákrok zapotřebí, tak je pacient v takovém stavu, že ho ani poskytnout nemůže. A ani žádný formulář ve voze nevozíme. V nemocnicích je situace poněkud odlišná, tam jsou plánované výkony a je souhlasu třeba. V nemocnici je i více času na vysvětlení různých nejasností.

Byl jste, ať už ve škole, nebo v práci seznámen s některými etickými kodexy?

Etika na záchranné službě, podle mého názoru, je poměrně zanedbávaný obor. Neklade se na ni důraz a člověk až v průběhu času si sám ujasní, a je to otázka jeho osobních hodnot, jestli se bude chovat eticky. Etika se řeší většinou pouze v případě stížností na postup záchranáře. Jinak vlastně ani neexistuje Etický kodex zdravotnických záchranářů, byl tedy vydán na Záchrané službě hl. m. Prahy, ale pouze jako interní předpis, neplatí celostátně. A etikou, etickými kodexy jsem byl vlastně seznámen až během současného studia na vysoké škole, ani na vyšší odborné škole jsme s etikou seznámeni nebyli. Nicméně se s etikou setkávám prostřednictvím článků v odborné literatuře. Podle mého názoru by měla být etice v této oblasti věnována větší pozornost. Etické kodexy by ale měli být přímo uzpůsobeny podmínkám ZZS. Např. existuje etický kodex Práva pacientů. Za prvé není v rámci ZZS moc času na řešení práv pacientů a také je záchranná služba specifická tím, že záchranář pracuje ve trojici, maximálně ve čtveřici, tudíž není, kdo by etické jednání kontroloval a i sám pacient je ve styku se ZZS krátkou dobu. Přeci jen v nemocnici je pacient déle a asi více vše

prožívá. Často bývá ošetření v ZZS rychlé a než stačí pacient popřemýšlet o způsobu chování členů výjezdové skupiny, tak je předán do nemocnice.

Mohl byste na závěr našeho rozhovoru vystihnout jednou, dvěma větami nějakou nejdůležitější myšlenku?

U nespolupracujících pacientů je nutné zvážit tu situaci, ze které neochota vyplývá. Není na místě, aby zdravotník vnucoval svou péči. Zdravotník nabízí péči, pokud je přijímána, tak ať ji poskytne, pokud není, je zapotřebí zvážit z jakého důvodu není přijímána a jaké to může mít následky. Nejprve se pokusím přesvědčit pacienta o nutnosti spolupráce, po neúspěchu předám svou odpovědnost někomu, kdo má vyšší kompetence a může o něm lépe rozhodnout. A jestli je tento postup etický? Pro mě je etika věcí vnitřního přesvědčení a z hlediska toho, že pacient sám dobrovolně odmítá péči, s neposkytnutím péče problém nemám.

4.1.2. Zdravotnický záchranář číslo 2

Muž, 25 let

Na záchranné službě pracuje 1,5 roku. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborná škola. Tento obor si vybral, protože mu přišel zajímavý a se svojí profesí je spokojený.

Setkáváte se při výkonu svého povolání s nespolupracujícím pacientem?

Ano, občas se to stane, není to příliš často, ale na druhou stranu to není úplně výjimečné.

Jaké jsou nejčastější příčiny neochoty spolupracovat?

Tak v drtivé většině je to ovlivnění alkoholem a drogami, ale alkohol je určitě nejčastější příčinou neochoty spolupracovat. Kromě toho jsou to psychiatričtí pacienti. Tyto skupiny jsou nejčastější. Ještě je taky skupina lidí odmítající ošetření z například rodinných důvodů, z důvodu strachu atd. Ale během své dosavadní praxe jsem se s nimi zatím moc nasetkal, většinou je možno je přemluvit.

Jak se takoví pacienti projevují?

Hlavně agresivitou, a poté prostě tím, že se brání ošetření, ne agresivně, ale odmítavým postojem.

Když bychom si to rozebrali postupně, jak se projevuje a jaké jsou příčiny agrese?

Jak už jsem řekl, příčiny jsou hlavně v alkoholu, drogách nebo v psychiatrickém onemocnění. Agrese se projevuje nejprve slovním napadáním. Někdy už např. na nás křičí z okna, aniž bychom do toho bytu přišli. Později pak může přejít v agresivitu i fyzickou.

A jak se projevují lidé bránící se ošetření, kteří nejsou agresivní?

Odmítavě, nepřejí si být ošetřeni. Někdy je tam i problém ten, že se nemusí projevovat agresivně, ale u těchto lidí, kteří si nepřejí být ošetřeni, nikdy nevíte, co mohou udělat. Není příjemné, když takového pacienta transportujeme, tak jsme s ním v zadní části vozu a oni mají u sebe např. kabelku a nikdy nevím, co na mě můžou vytáhnout. Někdy mám i docela strach, divné pocity.

Jak přistupujete, jaké máte postupy u ošetřování nespolupracujících pacientů?

Pokud nejsou agresivní, přemlouvám je, popřípadě zavolám doktora, a po konzultaci s ním vypíši negativní revers. Pokud ovšem neohrožují svým jednáním sebe nebo okolí, pak kromě lékaře zavolám na dispečink, který kontaktuje policii. Často sama přítomnost policie pomůže pacienta přesvědčit ke spolupráci. Sám, pokud se cítím být ohrožen, nic nedělám, uteču a zavolám pomoc. Pokud vím dopředu, že by mohl být problém, nejdu tam.

Přemýšlíte někdy zpětně, jestli tento postup je etický?

Na záchranné službě není až tolik čas o tom přemýšlet a výjezdů denně je několik, takže často si nemohu po službě vzpomenout na jednotlivé výjezdy, moc o tom zpětně nepřemýšlím. Jinak s neposkytnutím pomoci v ohrožení etický problém nevidím. Nikdo nemůže očekávat, že na mě bude útočit a já mu budu pomáhat. A sám se svým vlastním svědomím problém nemám.

Do jaké míry je podle Vás etické pacientovi mírně zalhat o jeho stavu, např. mu nastínit důsledky toho, že se nenechá ošetřit, přičemž tyto důsledky jsou vysoce nepravděpodobné, ale teoreticky možné?

Občas je to vhodné použít, zdravotnický záchranář nemůže nechat pacienta na místě, musím to konzultovat s lékařem, nebo ho odvést. V případě, že ho mám odvést, tak jako součást přesvědčování je to někdy vhodné. Ne vyloženě lhát, ale opravdu mu vysvětlit i

ty nepravděpodobné černé scénáře. Opět ale záleží na situaci. Spíš někdy je dobré zvýšit hlas, tedy u agresivních pacientů, ve slušnosti, ale důrazně. Tím získáte respekt. Ale zvyšovat hlas na lidi, kteří odmítají ošetření např. z časového vytížení, není vhodné a ani to nemá smysl

Je podle Vás etické používání násilí?

Myslím si, že zdravotník by násilí používat neměl. To příliš etické podle mě není. Měl by to nechat na policii. Pokud ho použije policie, s tím problémy nemám. Podle mě přiměřené násilí etické je, ale ze strany policie, ne ze strany zdravotníků. Samozřejmě to musí odpovídat situaci a stavu pacienta.

Pokud bychom si zde nastínili dvě krajní teorie. Jedna by byla taková, že se pacient musí nechat za jakýchkoli podmínek ošetřit, bylo by to například dané zákonem. V té druhé teorii by se nemusel, pokud by byl způsobilý k rozhodování, nechat ošetřit pokud by sám nechtěl. Jsou to pouze teorie a ideální stav je asi někde uprostřed, ale přesto, k jaké variantě byste se přikláněl?

Byl bych pro to, že kdo nechce být ošetřen, ať není.

Používáte v rámci záchranné služby informovaný souhlas? Samozřejmě pokud nejde o stav ohrožující život.

Ne na záchranné službě není čas. Formuláře na to také nejsou. Na záchranné službě se používá negativní revers, který pacient podepisuje a odmítnutí negativního reversu, když pacient nechce podepsat a ani ošetřit, který vyplní zdravotník, ale musí mít svědky. Jinak revers vypisuje lékař. Myslím si, že záchranná služba je dost odlišná od nemocnice a informovaný souhlas je, v takové formě a rozsahu jako v nemocnici, nepoužitelný.

Byl jste, ať už ve škole, nebo v práci seznámen s některými etickými kodexy?

Setkal jsem se s problematikou etiky ve škole a pak v rámci jednotlivých přednášek o jednotlivých stavech, ale že by záchranná služba pořádala přednášky o etice v záchranné službě, to ne. Je to hlavně o vlastních zkušenostech a o tom, co vám řeknou starší kolegové.

Mohl byste na závěr našeho rozhovoru vystihnout jednou, dvěma větami nějakou nejdůležitější myšlenku?

Důležité je dodržování určitých zásad a postupů. Rozeznat co by tak pacient mohl udělat, nebo proč nechce ošetřit, pokusit se ho přesvědčit, zavolat přes dispečink, aby to bylo všechno nahané, doktora, policii. Pokud použijí násilí, tak na vlastní obranu. Pacientovi vysvětlit co mu hrozí, aby s tím byl seznámen. Pokud to vše takto proběhne, tak já sám mám svědomí čisté. A i když každý má právo na péči, tak pokud ji nechce, tak mu ji neposkytujeme.

4.1.3. Zdravotnický záchranář číslo 3

Žena, 39 let

Na záchranné službě pracuje 16 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu, posléze absolvovala kurz odbornosti ARIP a kardiologii. Profesi zdravotnického záchranáře si vybrala proto, že vidí možnost pomoci lidem ve chvíli, kdy to nejvíce potřebují.

Setkáváte se při výkonu svého povolání s nespolupracujícím pacientem?

Občas ano.

Jaké jsou nejčastější příčiny neochoty spolupracovat?

Většinou je to tedy alkohol, nebo psychiatrická indikace. Také se setkávám, ale jen v minimálním počtu s lidmi, kteří nechtějí spolupracovat např. z rodinných důvodů.

Jak se takoví pacienti projevují?

Takovou netečností, která je na prvním místě, nezájem komunikovat, odmítavost, až někdy agrese.

Když bychom si to rozebrali postupně, jak se projevuje a jaké jsou příčiny agrese?

Tak například přijdu k pacientovi, řeknu mu, pane, pojďte s námi, je třeba, aby vás ošetřil odborník, položím mu ruku na rameno a už vidím, že ten kontakt pro něj není příjemný. To už je taková první forma agrese. Přímo s napadením jsem se snad ještě neseťkala. Víím, že se to děje, ale mně se to ještě nestalo. Poté se často setkávám s verbálními projevy agrese. Co se týče příčin tak je to tedy v první řadě alkohol, pak psychiatrické onemocnění. Taky jsem se s tím setkala u sociálně slabých lidí, kteří se bojí, hlavně nyní, že je to něco bude stát a někteří to odmítají i z pohledu moci, nechtějí být někde popotahováni, obtěžuje je nechat se odvést a ošetřit.

A jak se projevují lidé bránící se ošetření, kteří nejsou agresivní?

Neochotou komunikovat, někdy začnou být až plačtiví, začíná tam vlastně takový ten nátlak z jejich strany, kdy chtějí u nás vzbudit lítost, což se jim moc nedaří. Hlavně chtějí, aby je okolí bralo jako člověka, který byl zahrán do kouta. Staví se do role toho, komu je ubližováno

Jak přistupujete, jaké máte postupy u ošetřování nespolupracujících pacientů?

To je samozřejmě u každého případu jiné, vždy musíme vyjít z té určité situace, většinou se je pokusím přesvědčit rozhovorem. Samozřejmě to stojí čas, musím si k tomu člověku sednout. Opravdu je důležitý osobní přístup, kdy já se k tomu člověku posadím a vysvětlím mu, jako malému dítěti, co by mohlo všechno nastat, když dál nebude ochoten se nechat ošetřit. No prostě komunikovat s ním. V málokterých případech se mi stalo, že jsem je nepřemluvila. Taky je důležitá spolupráce s rodinou, zapojit rodinu, aby nám pomohla, ale ne způsobem vydírání, jako např. větami: „Jestli to neuděláš, mi tě nebudeme mít rádi.“ Říci rodině, aby je pomohli přemluvit spolu s námi. Jak říkám, většinou to člověk potom uzná, pokud tedy nejde o ty psychiatrické pacienty.

Do jaké míry je podle Vás etické pacientovi mírně zalhat o jeho stavu, např. mu nastínit důsledky toho, že se nenechá ošetřit, přičemž tyto důsledky jsou vysoce nepravděpodobné, ale teoreticky možné?

Já se už ze svého přesvědčení vyhýbám tomu, abych jim lhala. Rozhodně nepoužívám věty typu: „Pojďte s námi, jen se pojedeme někam projet, pojedeme za vaším synem“, to určitě ne, já jim to podám takovým způsobem, abych jim neřekla: „Jedeme na psychiatrii a tam budete zavření“. Například řeknu: „Pojedeme někam, kde vám poskytnou odbornou pomoc“. Problematiku jim vysvětlím tak, abych nelhala.

Používáte někdy ostřejších výrazů, zvýšeného hlasu? Myslíte, že by použití těchto prostředků bylo v souladu s etikou?

To nepoužívám nikdy, já zachovávám takovou tu hladinu komunikace v klidnějším duchu, klidnější hlas, snažím se nenechat se vytočit, a i u těch opilých pacientů se prostě držím zásady, že je to pořád pacient, i když tedy v podnapilém stavu. Vykám mu, nepoužívám typu konverzace: „Hele ty ses tady opil, tak pojd“, to vůbec. Snažím se,

aby i lidi v okolí místa toho zásahu se chovali slušně a aby toho člověka ještě více nevyprovokovali. A proto si myslím, že se mi ještě nestalo, abych byla napadnuta.

Je podle Vás etické používání násilí?

V rámci etiky, podle mě, použití násilí vůbec nepřipadá v úvahu. Já když se cítím ohrožená, jdu pryč. Nepouštím se v žádném případě do nějakého konfliktu. Je zde možnost i zavolat policii, ale já s tím mám takové zvláštní zkušenosti. Policie totiž nemůže vždy přijet hned, takže tam pak tu situaci musíme řešit my sami. U nás platí, že nejlepší obranou je ústup. A snažíme se opravdu toho pacienta zvládnout verbálně. S tím už z hlediska etiky problém nemám. Kromě toho my nemáme statut veřejného činitele, takže nemůžeme nikde nikoho svazovat a ani by to nebylo etické, od toho jsou tu jiní.

Pokud bychom si zde nastínili dvě krajní teorie. Jedna by byla taková, že se pacient musí nechat za jakýchkoli podmínek ošetřit, bylo by to například dané zákonem. V té druhé teorii by se nemusel, pokud by byl způsobilý k rozhodování, nechat ošetřit pokud by sám nechtěl. Jsou to pouze teorie a ideální stav je asi někde uprostřed, ale přesto, k jaké variantě byste se přikláněla?

Pravda je asi někde uprostřed, ale kdybych se měla k jedné z těchto krajních teorií přiklonit, opět by záleželo na stavu pacienta, tak bych se přiklonila k tomu, donutit toho člověka k tomu ošetření. Protože je to vždycky pro jeho dobro. Jak jsem už řekla, záleželo by na konkrétním případě. Třeba staří lidé, někdy žijí opravdu v příšerných podmínkách, kdy jejich stav je standardní, ale my vidíme, že je třeba je dostat z toho prostředí kde žijí, tak v těchto případech opravdu je ošetřujeme i bez jejich vůle. Uvedu jeden příklad. Byli jsme u jedné babičky, která žila v nevytopené místnosti, neměla ani kamna, venku byl mráz, ona byla zabalená do několika vrstev obleku, ale byla svéprávná a odmítala ten převoz do nemocnice. Měla ale poranění, které vyžadovalo ošetření. Tak jsme v podstatě, dalo by se říci, použili násilí, i když to nebylo násilí v pravém slova smyslu. Prostě jsme paní vzali a dali do auta. Ona protestovala, ale nakonec byla ráda, že je v sanitce teplo a začala spolupracovat. Takže v takovýchto případech je prvořadé těmto lidem pomoci.

Byla jste, ať už ve škole, nebo v práci seznámena s některými etickými kodexy?

S etickými kodexy jsem se seznámila ve škole, kdy na to kladli velký důraz a poté při samostudiu, z vlastní iniciativy. Jinak etice je věnována na záchranné službě malá pozornost a myslím si, že je to chyba. Protože po několika letech člověk vyhoří a pořád bychom si měli opakovat, že pracujeme s lidmi a měli bychom se k nim chovat lidsky. To je důležité. A také jsem slyšela názory, že na záchranné službě není na etiku čas. Myslím si opak. Na výjezdech záchranné služby, pokud nejde o stav ohrožující život a pokud není vhodný urychlený transport, je čas na všechno. Od toho tu jsme, jsme tu pro ty pacienty a ten čas si na ně musíme udělat a ve většině případů to možné je. Všimla jsem si u začínajících záchranářů, že si myslí, že záchranná služba je o rychlosti, ale pokud má pacient zajištěné fyziologické funkce, tak je vhodné dbát na to, aby se pokud možno cítil co nejlépe. A myslím si, že je velká chyba, že vlastně neexistuje etický kodex záchranářů, kromě interního předpisu v Praze. Já to vidím i v praxi, že když přijdou záchranáři do praxe, tak pro ně není prvořadá komunikace s pacientem a i hloupému měření tlaku by mělo předcházet nějaké alespoň oslovení. Protože pacient třeba neví, co mu chceme udělat. Stačí opravdu alespoň říct: „Dobrý den, já jsem ten a ten a jdu vám změřit tlak.“ To že není čas, na etické jednání je pouze zaběhlý mýtus. Na záchranné službě je možná na pacienta víc času, protože vlastně celá posádka má na starosti a komunikuje v tu chvíli jen s jedním pacientem, kdežto na oddělení jsou třeba 2 sestry na 20 lidí. Tady ten výjezd je o tom pacientovi a veškerá pozornost se soustředí na toho jednoho.

Používáte v rámci záchranné služby informovaný souhlas? Samozřejmě pokud nejde o stav ohrožující život.

Sice jsem nyní uvedla, že by měl být při výjezdech čas na pacienta, ale vyloženě na informovaný souhlas tedy čas není, ten čas je věnován přímo pacientovi a komunikaci s ním, než vyplňováním formulářů a podepisováním papírů. V záchranné službě je tento souhlas spíš předpokládán, a pokud nastane, že pacient opravdu nechce ošetřit, tak je zde formulář na negativní revers. Ale každopádně by se mělo pacientovi říci, co se s ním bude dělat, jak bude ošetřen.

Mohla byste na závěr našeho rozhovoru vystihnout jednou, dvěma větami nějakou nejdůležitější myšlenku?

V zásadě tedy u nespolupracujících pacientů jde o to, pokusit se je přemluvit, nepoužívat žádného násilí. Myslím si ale, že by záchranná služba měla mít právo nutit pacienta ke spolupráci, protože tak dělá pro jeho dobro.

4.1.4. Zdravotnický záchranář číslo 4

Muž, 39 let

Na záchranné službě pracuje, kromě dvouleté přestávky v letech 1996,1997, kdy pracoval v zahraničí, od roku 1991. Vystudoval střední zdravotnickou školu, nyní si dodělává vysokoškolské vzdělání.

Setkáváte se při výkonu svého povolání s nespolupracujícím pacientem?

Ano, setkávám.

Jaké jsou nejčastější příčiny neochoty spolupracovat?

Alkohol, někdy drogy, což nebývá ale zas až tak časté a potom jsou to pacienti se somatickým onemocněním. Třeba diabetici v hypoglykémii, epileptické záchvaty, kdy jsou pacienti zmatení. A někdy prostě nechtějí spolupracovat bez zjevných příčin.

Jak se takoví pacienti projevují?

Alkoholici vám tykají, je jim všechno jedno. Ta agrese, že by vás vyloženě napadal fyzicky, bývá málokdy. Když už se projeví, tak verbálně.

Když bychom si to rozebrali postupně, jaké jsou příčiny agrese?

Hlavně tedy ten alkohol.

A jak se projevují lidé bránící se ošetření, kteří nejsou agresivní?

Ti lidé jsou celkově odmítaví, mají nechuť ke spolupráci. Často se to stává u onkologických pacientů, kteří chtějí být doma, ale rodina je chce více méně odstranit, aby se nemuseli o ně starat.

Jak přistupujete, jaké máte postupy u ošetřování nespolupracujících pacientů?

Tak např. u onkologických pacientů je to tak, že oni už nemají sílu vzdorovat, takže udělají přes počáteční nesouhlas, co se po nich vyžaduje. Jinak pokud opravdu nechce

pacient spolupracovat, je dobré snažit se pacienta nějak přesvědčit, zavolat lékaře, eventuelně policii. Nechat pacienta na místě, už z forenzních důvodů většinou nejde, i když by to bylo nejjednodušší. Důležité pro nás je, aby všechno sedělo papírově.

Do jaké míry je podle Vás etické pacientovi mírně zalhat o jeho stavu, např. mu nastínit důsledky toho, že se nenechá ošetřit, přičemž tyto důsledky jsou vysoce nepravděpodobné, ale teoreticky možné?

Účel světi prostředky, já mu ale spíše trošku zalžu pozitivně, že je vše v pořádku, a že ho nikdo nebude držet v nemocnici, že po ošetření na ambulanci nejspíše pojedou domů.

Je podle Vás etické používání násilí?

Tak násilí vůbec nepoužívám, pokud vyloženě nejsem napaden. Snažím se tomu vyhnout, jak jen to jde, nechávám to na policii. Myslím si, že násilí budí další násilí, poštvete ho proti sobě. Já jsem dříve pracoval i na oddělení ARO a vím, že když se poutali tito pacienti, tak to bylo kontraproduktivní. Pamatuji si na případ, kdy mladý muž byl přivázán k posteli, nadával, byl vulgární, neklidný, poté přišla jiná směna, která ho odvázala, a on se uklidnil a usnul. A nemyslím si, že by použití násilí bylo souladu s etickým přístupem k pacientovi. Něco jiného je, pokud vás někdo napadne. Zrovna nedávno jsme museli jednoho pacienta během transportu zpacifikovat tak, že jsme se s ním vyloženě prali. Ale byla to spíš moje chyba. Na místě zásahu byla totiž policie, já jsem se ale s pacientem úplně v pohodě domluvil, naložili jsme ho. Policisté se mě ještě ptali, jestli nechci doprovod, že by jeli s námi, já jsem ale nechtěl. Jel jsem s ním v zadní části vozu, on mě napadl, takže jsem se musel bránit. Pomohl mi i řidič, tak jsme ho zpacifikovali. Základ je tedy tomu předejít, ale když už jsem ohrožen a není úniku, tak použití násilí v pořádku. To byla ale opravdu výjimka.

Pokud bychom si zde nastínili dvě krajní teorie. Jedna by byla taková, že se pacient musí nechat za jakýchkoli podmínek ošetřit, bylo by to například dané zákonem. V té druhé teorii by se nemusel, pokud by byl způsobilý z rozhodování, nechat ošetřit pokud by sám nechtěl. Jsou to pouze teorie a ideální stav je asi někde uprostřed, ale přesto, k jaké variantě byste se přikláněl?

Rozhodně bych hledal kompromis, ale spíše bych to nechal na jeho rozhodnutí. Problém je ale v tom, že když bychom to nechali vždy na pacientovi, jestli se nechá ošetřit nebo

ne, je to potenciální další výjezd s horším koncem. Pro nás to je více práce a není to dobré ani pro toho pacienta. Důležité je řešit případ od případu. Jinak co se týká eticky vhodných způsobů ošetřování těchto lidí, je třeba brát v úvahu i terminální stádium u onkologických pacientů. U těchto pacientů bych určitě zohlednil jejich přání.

Byl jste, ať už ve škole, nebo v práci seznámen s některými etickými kodexy? Myslíte si, že jsou tyto kodexy aplikovatelné do praxe na ZZS?

Na záchranné službě je přímo ve standardech, aby se záchranář s problematikou etiky, etických kodexů seznámil. Tak já bych se těmito kodexy neřídil úplně, sice ty kodexy nás někam směřují, ale do důsledku bych to tak nebral, protože se stále mění. Například definice nemoci je nyní už asi osmá jen co já pamatuji. Myslím si, že by i bylo vhodné vytvořit etický kodex zdravotnických záchranářů, který by nebyl ale příliš konkrétní, spíše jen obecný, který by neřešil jednotlivé situace z hlediska etiky, ale nastavil jen určité meze, abychom tam měli prostor na specifika ZZS.

Pořádá ZZS nějaké semináře na toto téma?

Tak ZZS pořádá semináře postupně na všechny problematiky a myslím si, že i na problematiku etiky co nejdříve dojde.

Používáte v rámci záchranné služby informovaný souhlas? Samozřejmě pokud nejde o stav ohrožující život.

Pokud by se používal na záchranné službě informovaný souhlas, bylo by to hrozně zdlouhavé. Existují ve světě 2 systémy. Jeden, užívaný hlavně v USA je „scoop and run“ (nalož a jed) a druhý, který se uplatňuje u nás „stay and play“ (zůstaň a hraj si). Tak i v tom našem systému „stay and play“ na to čas není. Informovaný souhlas jako takový bych nechal na ambulancích a na cílové hospitalizaci. Víceméně se souhlas předpokládá. Pokud nechce péči, lékař vypíše negativní revers, který ale nemá absolutně žádnou právní hodnotu.

Mohl byste na závěr našeho rozhovoru vystihnout jednou, dvěma větami nějakou nejdůležitější myšlenku?

Nejdůležitější je konsenzus, domluva, vyhnout se násilí a chránit sám sebe.

4.1.5. Zdravotnický záchranář číslo 5

Žena, 25 let

Na záchranné službě pracuje dva roky. Jeden rok pracovala na operačním středisku, rok pracuje ve výjezdové skupině. Vystudovala vyšší odbornou školu. Ke studiu tohoto oboru ji přesvědčil kamarád. Během studia ji začal obor více zajímat a po skončení se rozhodla právě pro profesi zdravotnického záchranáře.

Setkáváte se při výkonu svého povolání s nespolupracujícím pacientem?

Ano setkávám, poměrně často.

Jaké jsou nejčastější příčiny neochoty spolupracovat?

Jednoznačně alkohol a občas drogy. Víím, že mohou pacienti odmítat spolupráci například z důvodu psychiatrického onemocnění, ale s tím jsem se ještě nesetkala. Občas se taky stane, např. že někdo na ulici vidí člověka s rozbitou hlavou, zavolá záchrannou službu a samotný postižený o tu péči nestojí.

Jak se takoví pacienti projevují?

Projevují se hlavně odtažitostí, odmítáním péče, odmítají jakýkoli kontakt. Někdy začnou křičet, napadat vás. Naštěstí jsem zatím u žádného velkého napadení nebyla. Spíše jde o nadávání.

Když bychom si to rozebrali postupně, jak se projevuje agrese?

Kromě toho, že odmítají cokoli, nechtějí, abychom se jim vůbec věnovali, pokud jim přesto chceme pomoci, tak většinou začnou nadávat, chovat se nepříjemně a to nadávání může přerůst v agresi.

A jak se projevují lidé bránící se ošetření, kteří nejsou agresivní?

Jak jsem už uvedla, tak takovou tou odtažitostí, nechtějí nikam odvést z různých důvodů. Častým důvodem jsou zvířata. Lidé se je bojí nechat doma, neví, kdy se vrátí zpět a není, kdo by se o ně postaral.

Jak přistupujete, jaké máte postupy u ošetřování nespolupracujících pacientů?

Pokud vidíme, že opravdu potřebují pomoc, tak se snažíme na ně v klidu mluvit, snažíme se s nimi domluvit, přesvědčit je o nutnosti ošetření a naklonit si je na svoji

stranu. Nejdůležitější je přesvědčit tyto pacienty, aby alespoň nastoupili do sanitky, protože tam většinou už ta jejich ochota spolupracovat se zvýší. Pokud se objeví známky agrese, zvýší se pravděpodobnost, že byste mohl být napaden, tak je dobré poodejít a zavolat na pomoc Policii ČR. Hlavní ale je komunikace a opravdu snaha přesvědčit je. To se mi zatím myslím daří, ještě se mi nestalo, abychom odjeli bez pacienta, vždy nakonec souhlasil.

Do jaké míry je podle Vás etické pacientovi mírně zalhat o jeho stavu, např. mu nastínit důsledky toho, že se nenechá ošetřit, přičemž tyto důsledky jsou vysoce nepravděpodobné, ale teoreticky možné?

Tak určitě lehce ano, přesvědčit pacienta např. o tom, že v té nemocnici, kam je vezeme, nezůstanou, že se jen přesvědčí, že jim opravdu nic není a půjdou domu. To samozřejmě v tu chvíli ale nevíme. Nic jim ale neslibuji, spíše jim řeknu, že to tak nejspíš může být. Lhát by se asi nemělo, ale někdy je to potřeba, a když to pacientům pomůže, tak proč ne?

Používáte někdy ostřejších výrazů, zvýšeného hlasu? Myslíte, že by použití těchto prostředků bylo v souladu s etikou?

Tak je to podobné jako s tím lhaním, pokud je to pro dobro pacienta, tak je to asi v pořádku. Já ale osobně těchto metod nevyužívám. Snažím se s nimi opravdu jednat v klidu.

Je podle Vás etické používání násilí?

Tak záleží, co se považuje za násilí. Takové to lehké chycení za ruku a nasměrování pacienta do vozu, to ano, to i používám, ale jakmile zjistím, že na to pacient reaguje negativně, tak ustupuji. Jinak nějakého většího násilí nepoužívám a rozhodně to není vhodné, už jen proto, že si tím pak toho pacienta proti sobě poštvu. Já jsem obecně proti násilí, nepřijde mi etické tímto způsobem přesvědčovat pacienty a hlavně je to riziko vzniku nějakého konfliktu. Nechávám násilí na policii.

Pokud bychom si zde nastínili dvě krajní teorie. Jedna by byla taková, že se pacient musí nechat za jakýchkoli podmínek ošetřit, bylo by to například dané zákonem. V té druhé teorii by se nemusel, pokud by byl způsobit z rozhodování, nechat ošetřit pokud

by sám nechtěl. Jsou to pouze teorie a ideální stav je asi někde uprostřed, ale přesto, k jaké variantě byste se přikláněla?

Pokud by byla ta možnost, tak by bylo podle mě dobré nechat to na pacientovi a jakmile by odmítal ošetření, tak ho nechat být, odjet. Pokud by stav byl takový, že by si svoje rozhodnutí plně uvědomoval a byl schopný se sám rozhodnout tak ho nechat být. Je to jeho zdraví.

Byla jste, ať už ve škole, nebo v práci seznámena s některými etickými kodexy?

Ano, ve škole, i tady na záchranné službě. Existují zde nějaké dokumenty týkající se eticky správných přístupů, spíš ale jak bychom se měli chovat, jaké máme pravomoci, než nějaké přímé doporučení např. pro ošetřování nespolupracujících pacientů. Přímě ale etický kodex záchranářů nemáme. Jinak záchranná služba nedávno pro záchranáře pořádala nějaký seminář ohledně etiky, ale nevím přesně, já jsem na něm nebyla.

Používáte v rámci záchranné služby informovaný souhlas? Samozřejmě pokud nejde o stav ohrožující život.

Tak pacienta bychom měli informovat o všem, co děláme, že mu jdeme změřit tlak, že mu budeme zajišťovat žílu a proč to tak děláme. Jaké léky mu budeme dávat atd. Měl by to rozhodně vědět. Žádný dokument podobný těm, které jsou v nemocnici o informovaném souhlasu, však nepodepisuje.

Mohla byste na závěr našeho rozhovoru vystihnout jednou, dvěma větami nějakou nejdůležitější myšlenku?

Základem by měla být komunikace, prostřednictvím které bychom si měli pacienta přiklonit na svoji stranu. Pokud by se nám to nedařilo, tak bychom měli zavolat lékaře. Takový postup je z mého hlediska etický a jak poté bude postupovat lékař je na jeho zodpovědnosti i z pohledu etiky.

4.1.6. Zdravotnický záchranář číslo 6

Žena, 25 let

Na záchranné službě pracuje půl roku. Po vystudování gymnázia se rozhodla pro studium na medicíně. Po nějakém čase studium ukončila a vystudovala vyšší odbornou školu, obor zdravotnický záchranář.

Setkáváte se při výkonu svého povolání s nespolupracujícím pacientem?

Určitě, docela bych řekla, že často. Vlastně téměř každý alkoholik odmítá spolupracovat.

Jaké jsou nejčastější příčiny neochoty spolupracovat?

Je to ovlivnění různými látkami, převážně alkoholem. U lidí, kteří nejsou ovlivnění nějakými látkami je to strach z nemocnice. Nechtějí být v nemocnici, mají nějakou fobii z nemocničního prostředí.

Jak se takoví pacienti projevují?

Vyloženě odmítáním léčby, někdy agresivitou. Klasické jsou věty: „Já s vámi nikam nepojedu, nechte mě doma.“

Když bychom si to rozebrali postupně, jak se projevuje agrese?

Pokud se agrese objeví, tak je to ve formě slovního napadání, nadávají nám.

A jak se projevují lidé bránící se ošetření, kteří nejsou agresivní?

Nechutí cokoli dělat, odmítají nás někdy i vyslechnout.

Jak přistupujete, jaké máte postupy u ošetřování nespolupracujících pacientů?

Tak pokud jste součástí posádky RZP, tak i přes žádost lidí, abyste je nechal doma, tak je nechat nemůžete, takže se snažíte toho člověka přesvědčit, že se není čeho bát. Snažit se mu vysvětlit, že tu léčbu opravdu potřebuje, popřípadě zavolat lékaře, který vyplní s pacientem negativní revers. U lidí ovlivněných alkoholem si přivolat asistenci policie, která podle potřeby pacienta zpacifikuje. Na nějaké slovní útoky je nejlepší vůbec nereagovat. Nemá vůbec význam napomínat ty lidi, aby toho nechali, protože oni jsou pak ještě více agresivní.

Do jaké míry je podle Vás etické pacientovi mírně zalhat o jeho stavu, např. mu nastínit důsledky toho, že se nenechá ošetřit, přičemž tyto důsledky jsou vysoce nepravděpodobné, ale teoreticky možné?

Samozřejmě je to někdy vhodné, tedy podle mého názoru. Takové ty věty, určitě to nic nebude, nenechají si vás v nemocnici. To vy vědět nemůžete, ale přesto, abyste pacienta přesvědčili, je použijete. Takovým těm lžím z milosti se vyhnout asi nedá. Pokud to pomůže utěšit pacienta tak je to v pořádku.

Používáte někdy ostřejších výrazů, zvýšeného hlasu? Myslíte, že by použití těchto prostředků bylo v souladu s etikou?

Ne, to vůbec, spíše naopak, jednat v klidu je lepší.

Je podle Vás etické používání násilí?

V žádném případě není v pořádku používat násilí. Odmítání ošetření je jeho svobodné rozhodnutí, a jestliže on nechce např. léky, tak je to jen a jen jeho věc. Já tu nejsem od toho, abych někoho někam manipulovala, pokud o to nemá zájem. Záleží samozřejmě na stavu pacienta.

Pokud bychom si zde nastínili dvě krajní teorie. Jedna by byla taková, že se pacient musí nechat za jakýchkoli podmínek ošetřit, bylo by to například dané zákonem. V té druhé teorii by se nemusel, pokud by byl způsobilý z rozhodování, nechat ošetřit pokud by sám nechtěl. Jsou to pouze teorie a ideální stav je asi někde uprostřed, ale přesto, k jaké variantě byste se přiklápěla?

Myslím si, že by bylo dobré nechat lidi, ať si rozhodují sami o sobě, pokud ovšem jsou v takovém stavu, že o sobě rozhodovat můžou. Ale podle mého názoru my nemáme právo někoho tlačit ke spolupráci. Každý si za své zdraví odpovídá sám. Jednoznačně neošetřovat. Je to pacientovo právo na to, aby se sám o sobě rozhodl.

Byla jste, ať už ve škole, nebo v práci seznámena s některými etickými kodexy?

Já se snažím řídit lékařským kodexem, který vlastně platí i pro nás. A bylo by možná vhodné vytvořit i etický kodex pro záchranáře. Vycházíme z takových těch všeobecných věcí, ale nebylo by špatné aplikovat tu lékařskou etiku na specifika práce zdravotnického záchranáře. Nyní záleží na každém člověku zvlášť, jak se k pacientům chová. Každý má nějaké své svědomí a podle něj se řídí. Je to individuální.

Používáte v rámci záchranné služby informovaný souhlas? Samozřejmě pokud nejde o stav ohrožující život.

Já pacienty informuji, co jim budu dělat, kam je povezeme, ale to že jsem jim to řekla, nikde nepodepisují.

Mohla byste na závěr našeho rozhovoru vystihnout jednou, dvěma větami nějakou nejdůležitější myšlenku?

Podle mě je každý člověk odpovědný sám za sebe, je individualita, proto bychom měli k němu tak přistupovat.

4.1.7. Zdravotnický záchranář číslo 7

Muž 26 let

Na záchranné službě pracuje 2 roky. Po vystudování střední ekonomické školy se rozhodl pro studium vyšší odborné školy, obor zdravotnický záchranář. Motivací pro studium tohoto oboru bylo několik zážitků v jeho životě, kdy byl např. účastníkem dopravní nehody a nevěděl, jak se má zachovat. Jako další důvod byla možnost pracovat i na Letecké záchranné službě, protože jeho velkým koníčkem je letectví.

Setkáváte se při výkonu svého povolání s nespolupracujícím pacientem?

Setkávám se s tímto problémem dost často.

Jaké jsou nejčastější příčiny neochoty spolupracovat?

Nejčastěji jsou to lidé ovlivnění alkoholem nebo jinou návykovou látkou. Dále to jsou stavy, kdy má pacient stavy zmatenosti, jako například hypoglykémie, epileptické záchvaty, poúrazové komoční stavy, nebo některé psychiatrické stavy.

Jak se takoví pacienti projevují?

Nejsou v klidu, je obtížné s nimi navázat kontakt, odmítají se nechat ošetřit, popřípadě jsou i agresivní.

Když bychom si to rozebrali postupně, jak se projevuje agrese?

Základem je, že s pacientem začnu komunikovat a mám na něj nějaké požadavky. To už může být problém, pacient začne mé pokyny odmítat, postupně verbálně útočit a může to přerůst až ve fyzický nátlak.

A jak se projevují lidé bránící se ošetření, kteří nejsou agresivní?

Tito pacienti nereagují na naše požadavky, je s nimi obtížná komunikace, odmítají péči. Hlavně je to tedy utlumená komunikace.

Jak přistupujete, jaké máte postupy u ošetřování nespolupracujících pacientů?

Především je nejdůležitější trpělivost. Snažím se porozumět jejich problému, snažím se k nim být maximálně empatický, nedávám jim najevo v tu chvíli svou výhodnější pozici. Poměrně důležité je i nedávat jim najevo, že když jsou např. pod vlivem alkoholu, tak je mám v hrsti. Musíme si uvědomovat, že je to člověk stejně jako my a měli bychom se chovat tak, jak bychom si přáli, aby se jiní chovali k nám. K dalším postupům patří dodržování správné vzdálenosti, pokud to není potřeba, tak z počátku nenarušovat jeho osobní prostor, ponechat si odstup. U agresivních pacientů pak využívám metodu, při které ztlumím hlas. Pacient poté neslyší, co říkám, znejistí a snaží se zjistit, co říkám, tím se ta agresivita sníží. Kromě toho je důležitá i neverbální komunikace. Je nutné se snažit takovému pacientovi vysvětlit jeho i mojí situaci. Chtěl bych také uvést, že podle mého názoru minimálně 90 % napadení posádky záchranné služby je chybou zdravotníků, kteří danou situaci nezvládli. Pokud by zdravotníci k agresivním pacientům přistupovali správně, asi by se to nestalo.

Do jaké míry je podle Vás etické pacientovi mírně zalhat o jeho stavu, např. mu nastínit důsledky toho, že se nenechá ošetřit, přičemž tyto důsledky jsou vysoce nepravděpodobné, ale teoreticky možné?

Zcela jednoznačně si myslím, že ano. Ne za každou cenu jim lhát, např. že je vezeme někam jinam, ale vysvětlit jim danou situaci i s použitím mírné lži.

Je podle Vás etické používání násilí?

Násilí vhodné není, nemáme na použití násilí právo, kompetence, i když u některých pacientů, záleží tedy na věku, na typu pacienta na situaci, bych mírné násilí, jako opravdu poslední možnost přesvědčení ke spolupráci úplně neodsuzoval.

Pokud bychom si zde nastínili dvě krajní teorie. Jedna by byla taková, že se pacient musí nechat za jakýchkoli podmínek ošetřit, bylo by to například dané zákonem. V té druhé teorii by se nemusel, pokud by byl způsobit z rozhodování, nechat ošetřit pokud

by sám nechtěl. Jsou to pouze teorie a ideální stav je asi někde uprostřed, ale přesto, k jaké variantě byste se přikláněl?

Já bych inklinoval spíše k tomu, pokud tedy nejsou ve stavu, kdy o sobě nemůžou sami rozhodnout, že bych jim dával větší svobodu se rozhodnout o sobě, protože je to právo každého člověka (pokud to právo má) rozhodnout se o svém životě. Asi bych pacientům tu pravomoc dal. Je to jejich zdraví a svou péči bych jim nevnucoval.

Byl jste, ať už ve škole, nebo v práci seznámen s některými etickými kodexy? Myslíte si, že jsou tyto kodexy aplikovatelné do praxe na ZZS?

Ano na vyšší odborné škole v Plzni jsme byli s etikou poměrně hodně seznámeni a byl na ni kladen velký důraz a etika se objevovala v mnoha předmětech. A na záchranné službě funguje systém školících akcí, za jejichž absolvování získáváme kreditní body. V rámci těchto školení se objevují i témata spojená s etikou, etickými kodexy. Žádný velký přínos však ve školení ohledně etiky neshledávám, myslím si, že je to o individuálním přístupu každého pracovníka záchranné služby. Já osobně se snažím řídit etickým kodexem sester a lékařů, protože etický kodex záchranářů, kromě nějakého předpisu v Praze, neexistuje. A ani si nemyslím, že by bylo nutné podobný kodex vytvořit, protože etika je především o individuálním přístupu každého člověka. Když někdo vyznává jiné hodnoty, tak se jeho přístup zcela jistě nezmění, i když bude etický kodex sepsán. Rozhodně by měl ale každý znát práva, které pacient má.

Používáte v rámci záchranné služby informovaný souhlas? Samozřejmě pokud nejde o stav ohrožující život.

Informovaný souhlas více méně v záchranné službě nefunguje. Pacientovi je vysvětlen stav, ve kterém se nachází, je informován se všemi možnými alternativami, které mohou nastat, abychom měli čistí svědomí, že pacient byl informován. To, že byl pacient informován, však už podpisem nestvrzuje. Pokud nesouhlasí s postupem, tak lékař vypíše revers, popřípadě odmítnutí reversu, který podepisují i svědci.

Mohl byste na závěr našeho rozhovoru vystihnout jednou, dvěma větami nějakou nejdůležitější myšlenku?

Zásada je chovat se k nespolupracujícím pacientům jako rovný k rovným, nedávat najevo nějakou nadřazenost, nevyužívat svého postavení. A chovat se empaticky.

4.2. Vyhodnocení rozhovorů

V této podkapitole jsem vyhodnotil názory dotázaných zdravotnických záchranářů na jednotlivá témata. Vyzdvihl jsem společné odpovědi na dané otázky a upozornil i na odlišnosti, které se v jednotlivých rozhovorech objevily. Ve vzorku reprezentující zdravotnické záchranáře se objevují muži i ženy, od 25 do 39 let, kdy někteří pracují na záchranné službě krátkou dobu (0,5 roku) a někteří více než 15 let

4.2.1. *Obecné příčiny neochoty spolupracovat*

V rámci záchranné služby se neochota spolupracovat projevuje nejčastěji ve spojitosti s alkoholem a návykovými látkami. Alkohol na prvním místě uvedli všichni dotazovaní zdravotničtí záchranáři. Dále k příčinám patří psychiatrické indikace (*Zdravotnický záchranář č.3 a č.2*) a některá somatická onemocnění, jako je například hypoglykémie, epilepsie (*Záchranář č. 4 a č.7*). Jako další důvody uvádějí někteří dotazovaní (*Zdravotnický záchranář č.2, č.3, č.5*) určité rodinné důvody, ke kterým patří obava z opuštění některého rodinného příslušníka nebo domácího zvířete. Mezi důvody objevující se méně často patří strach z ošetření (*Záchranář č.2 a č.6*). Někteří pacienti uvádějí také důvod, že si nikoho nevolali, proto nebudou spolupracovat (*Záchranář č.1 a č.5*). „*Někdy prostě nechtějí spolupracovat bez zjevných příčin*“ (*Záchranář č.4*).

4.2.2. *Obecné projevy jednání nespolupracujících pacientů*

Obecně se dá rozdělit chování nespolupracujících pacientů na agresivní a odmítavé k zájmu pracovníků záchranné služby pomoci jim. „*Nespolupracující pacienti se vyznačují takovou netečností, která je na prvním místě, nezáměrně komunikovat, odmítavostí*“ (*Záchranář č.3*). Kromě toho jsou odtažití, odmítající jakýkoliv kontakt, někdy vulgární, přičemž vulgarita může přerůst ve slovní napadání, posléze k fyzickému útoku (*Záchranář č.5*).

4.2.3. Projevy a příčiny agrese

S agresí v přednemocniční péči se zdravotničtí záchranáři setkávají nejčastěji ve spojitosti s ošetřováním pacienta pod vlivem alkoholu, nebo jiné návykové látky. Tuto příčinu uvádějí na prvním místě všichni dotazovaní. Dále se vyskytují agresivní pacienti ovlivnění psychiatrickým onemocněním (*Záchranář č.1, č.2, č.5*). Tři zdravotničtí záchranáři (*Záchranář č.1, č.4, č.7*) vidí za příčinami agrese také somatická onemocnění spojená se stavy zmatenosti, jako je hypoglykémie nebo epileptický záchvat. Z dalších příčin, které mohou vyvolat agresi, je to například strach z nemocničního zařízení (*Záchranář č.6*) nebo sociální situace pacienta: „*Taky jsem se s agresivitou setkala u sociálně slabých lidí, kteří se bojí, hlavně nyní, že je to něco bude stát*“ (*Zdravotnický záchranář č.3*).

Projevy agrese jsou podobné ve většině případů. Jako první formu agrese uvádí jedna zdravotnická záchranářka (*Záchranář č.3*) reakci na fyzický kontakt: „*položím mu ruku na rameno a už vidím, že ten kontakt pro něj není příjemný*“. Téměř vždy, pokud se agrese objeví, jde nejprve o slovní napadání, kdy pacient nadává posádce, která mu přijela na pomoc. V některých případech verbální agrese se projevuje již před samotným kontaktem s pacientem. „*Někdy už na nás křičí z okna, aniž bychom do toho bytu přišli*“ (*Záchranář č.2*). Ve většině případů se pacient neuchyluje k fyzickému útoku, někdy ovšem k přeměně verbální agrese ve fyzickou dojít může (*Záchranář č.1, č.2, č.5*). Zajímavý názor má na problematiku agresivních pacientů záchranář č.7: „*minimálně 90 % napadení posádky záchranné služby je chybou zdravotníků, kteří danou situaci nezvládli. Pokud by zdravotníci k agresivním pacientům přistupovali správně, asi by se to nestalo*“

4.2.4. Projevy a příčiny neochoty spolupracovat u neagresivních pacientů

Kromě pacientů, kteří dávají najevo neochotu spolupracovat agresivním chováním, se objevují i lidé odmítající péči záchranné služby, kteří svou neochotu spolupracovat projevují odtážitostí, odmítavostí, neochotou vyslechnout si zdravotníky (*Záchranář č.6*), neochotou komunikovat (*Záchranář č.3, č.7*).

Podle názorů oslovených zdravotnických záchranářů bývá příčinou tohoto chování strach z nemocnice (*Záchranář č.1 a č.6*). Jeden záchranář (*Záchranář č.1*) uvádí i další příčinu strachu z ošetření: „*Ten důvod může být např. strach z ošetření, z pobytu v nemocnici, strach z toho, že se budou muset podívat na realitu, že jim doopravdy „něco je“*“. Neméně podstatné jsou důvody sociální, mezi které dotazovaní řadili neochotu spolupracovat pacientů, kteří se starají doma o zvířata (*Záchranář č.5*), nebo jim blízké osoby o které se musejí postarat. Dále pak jsou to lidé, kteří chtějí nabudit dojem, že je jim ubližováno (*Záchranář č.3*). Někdy dokonce nastává situace, kdy např. onkologicky nemocný pacient odmítá ošetření, odmítá transport do nemocničního zařízení, přeje si zůstat doma, ale rodina se o něj nechce postarat a žádá odvoz do nemocnice (*Záchranář č.4*). To je z pohledu etiky pro zdravotnického záchranáře velice problematická záležitost, která bývá vyřešena často tím, že takto nemocný pacient nemá sílu na odpor a poslechne svou rodinu a souhlasí s ošetřením.

4.2.5. Přístup k ošetřování nespolupracujících pacientů

Pracovníci záchranné zdravotnické služby se setkávají s rozličnými případy, ke kterým je nutno přistupovat individuálně. Přesto lze podle odpovědí zdravotnických záchranářů určit postup, který je při ošetřování nespolupracujících pacientů nejvhodnější. Nejprve je vhodné uvést, že zdravotnický záchranář nemá kompetence k rozhodnutí ponechat pacienta na místě zásahu. Pokud není u této situace lékař, musí záchranář pacienta transportovat do nemocnice vždy. Pokud je situace taková, že to možné není, je nutné zavolat lékaře, čímž se kompetence a zodpovědnost k danému případu přenesou na něj. Kromě těchto postupů je důležitá i trpělivost, empatie, nedávat najevo svou nadřazenost, a chovat se k lidem stejně, jak bychom chtěli, aby bylo zacházeno s námi (*Záchranář č.7*)

První věcí, kterou záchranář udělá na místě zásahu je vyhodnocení situace. Už z prvního kontaktu může usoudit, zda pacient bude spolupracovat či nikoliv. Pokud pacient nespolupracuje, je vhodné s pacientem začít nejprve komunikovat. Komunikaci na prvním místě, jako tu nejdůležitější věc uvedli všichni dotazovaní záchranáři. „*Pokud vidíme, že opravdu potřebují pomoc, tak se snažíme na ně v klidu mluvit,*

snážíme se s nimi domluvit, přesvědčit je o nutnosti ošetření a naklonit si je na svoji stranu“ (Záchranář č.5). Další postup se odvíjí od toho, jestli je nespolupracující pacient agresivní. Pokud je pacient agresivní, je nejvhodnější postup ustoupit (Záchranář č.1 a č.3), zavolat Policii ČR (Záchranář č. 1, č.2, č.3, č.5) a informovat o dané situaci dispečink záchranné služby.

Pokud pacient nespolupracuje a není agresivní, tak základem je opět komunikace a pokus pacienta přesvědčit o nutnosti léčby. „Samozřejmě to stojí čas, musím si k tomu člověku sednout. Opravdu je důležitý osobní přístup, kdy já se k tomu člověku posadím a vysvětlím mu, jako malému dítěti, co by mohlo všechno nastat, když dál nebude ochoten se nechat ošetřit“ (Zdravotnický záchranář č.3).

4.2.6. Je lhaní pacientovi o jeho stavu vhodný prostředek pro spolupráci?

V předchozí části jsem uvedl nejvhodnější postupy při ošetřování nespolupracujících pacientů. Jako nejdůležitější nástroj při ošetřování uvádějí záchranáři metodu přesvědčování pacientů o nutnosti ošetření. V tom se shodují všichni. Ve způsobech přesvědčování a komunikace se již však některé odpovědi liší. V zásadě se objevují dva názory. Podle některých záchranářů (Záchranář č.1 a č.3) není z etického hlediska vhodné pacientům lhát, ani i když by se jednalo o tzv. milosrdnou lež a bylo by to ve prospěch pacienta. „*Já lidem nelžu a myslím si, že je na místě lidem jako zdravotník říkat pravdu“ (Záchranář č.1). Jiní záchranáři (Záchranář č.2, č.4, č.5, č.6, č.7) nepovažují mírné zalhání, pokud to přinese pacientovi prospěch jako eticky problematické. Jde o uklidnění pacienta, o povzbuzení ke spolupráci, kdy pacienta záchranáři uklidní, že to bude v pořádku, přičemž to samozřejmě vědět v tu chvíli nemohou (Záchranář č.4, č.5, č.6). „Nic jim ale neslibuji, spíše jim řeknu, že to tak nejspíš může být“ (Záchranář č.5). Nebo může jít o nastínění těch nejhorších možných scénářů a situací, které by mohly nastat, i když to záchranář nepředpokládá (Záchranář č.2). Pokud nastane situace, kdy zdravotničtí záchranáři jsou nuceni lehce zalhat, je to vždy pro dobro pacienta.*

4.2.7. Je etické použít fyzického násilí při péči o nespolupracující pacienty?

Po položení této otázky reagovali všichni záchranáři ihned a shodně. Násilí jako prostředek pro přesvědčení pacienta ke spolupráci je neúčinný a z pohledu etiky nevhodný. Pokud musí záchranář použít násilí, tak jen v případě sebeobrany. Jeden zdravotnický záchranář (*Záchranář č.1*) však uvedl, že někdy se pokusí použít mírného násilí, aby pacient zjistil, že si nemůže všechno dovolit, ale jak sám uvádí: „*To je ale pouze mé osobní řešení dané situace*“ (*Záchranář č.1*). Podobnou poznámku uvedl i další záchranář (*Záchranář č.7*), který uvedl, že v krajních případech ve specifické situaci, podle věku a typu pacienta by mírné násilí jako etický problém neviděl. Jinak se všichni řídí zásadou, že pokud se zdravotnický záchranář cítí být ohrožen, neošetřuje. Záchranáři pomoci chtějí, ale ne za cenu ohrožení vlastního zdraví.

4.2.8. Ošetřovat pacienta vždy, nebo ponechat právo na svobodné rozhodnutí?

Nastínil jsem dotazovaným záchranářům dvě krajní teorie. Jedna respektuje autonomii pacienta kdy, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje, má pacient právo na rozhodnutí, zda bude ošetřen. Tuto teorii zastává i Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny. Druhá teorie by byla taková, že pacient se musí nechat vždy ošetřit, i když sám o to nemá zájem. Většina záchranářů (*Záchranář č.1, č.2, č.4, č.5, č.6, č.7*) se spíše přiklání k zachování autonomie pacienta. „*Já bych se osobně přikláněl k osobnímu rozhodnutí každého o jeho životě, jeho zdravotním stavu za předpokladu, že by byl řádně informován*“ (*Záchranář č.1*). Záchranář č.4 uvádí, že je spíše pro ponechání rozhodnutí na pacientovi, zároveň však dodává: „*Problém je ale v tom, že když bychom to nechali vždy na pacientovi, jestli se nechá ošetřit nebo ne, je to potenciální další výjezd s horším koncem.*“ Objevil se i názor, že pracovníci záchranné služby dokonce nemají právo nutit pacienta ke spolupráci. (*Záchranář č.6*). Na problematiku zachování autonomie se objevil i odlišný názor než zastává většina zdravotnických záchranářů. Zdravotnický záchranář by měl donutit pacienta ke spolupráci, protože je to pro jeho dobro. „*Třeba staří lidé, někdy žijí opravdu v příšerných podmínkách, kdy jejich stav je standardní, ale my vidíme, že je třeba je dostat z prostředí kde žijí, tak v těchto případech je opravdu*

ošetřujeme i bez jejich vůle“ (Záchranář č.3). Ideální řešení je mezi těmito protipóly a vždy záleží na dané situaci, hlavně musí být k jakémukoli rozhodnutí pacient kompetentní.

4.2.9. Využití etiky a etických kodexů v rámci záchranné služby

Etice je v přednemocniční péči věnována malá pozornost. Záchranná služba sice pořádá semináře s tematikou etiky, ale informace jak se správně zachovat v určité situaci získávají záchranáři ze zkušeností (Záchranář č.1), nebo od starších kolegů (Záchranář č.2). Někteří záchranáři (Záchranář č.2) zastávají názor, že na řešení etických problémů není během zásahu příliš mnoho času. Je tomu však opravdu tak? *„Na výjezdech záchranné služby, pokud nejde o stav ohrožující život a pokud není vhodný urychlený transport, je čas na všechno. Od toho tu jsme, jsme tu pro ty pacienty a ten čas si na ně musíme udělat a ve většině případů to možné je“ (Záchranář č.3).* Etika je sice věcí vlastního svědomí a přesvědčení, ale pokud to situace umožňuje, měly by se alespoň základní etické normy dodržovat.(Záchranář č.3).

Jsou dodržovány etické kodexy na záchranné službě? Zdravotničtí záchranáři, oproti jiným oborům, nemají k dispozici svůj vlastní etický kodex. Řídí se proto většinou lékařským kodexem (Záchranář č.6, č.7), popřípadě etickým kodexem Práva pacientů. V jednotlivých situacích se však musí rozhodnout, jestli dodržení etických kodexů bude ve prospěch pacienta. Většina dotázaných, kromě záchranáře č.7 by uvítala existenci vlastního kodexu, který by byl oproti jiným zdravotnickým oborům uplatněn. *„Myslím si, že by i bylo vhodné vytvořit etický kodex zdravotnických záchranářů, který by nebyl ale příliš konkrétní, spíše jen obecný, který by neřešil jednotlivé situace z hlediska etiky, ale nastavil jen určité meze, abychom tam měli prostor na specifika ZZS“ (Záchranář č.4).* Záchranář č.7 má na etický kodex zdravotnických záchranářů odlišný pohled: *„nemyslím si, že by bylo nutné podobný kodex vytvořit, protože etika je především o individuálním přístupu každého člověka. Když někdo vyznává jiné hodnoty, tak se jeho přístup zcela jistě nezmění, i když bude etický kodex sepsán“ (Záchranář č.7).*

4.2.10. Informovaný souhlas v rámci záchranné služby

Informovaný souhlas, tak jak ho známe z nemocnic, kdy je pacient seznámen s výkonem a všemi možnými následky a toto seznámení potvrdí podpisem, v rámci záchranné služby nefunguje. Při ošetřování pacientů v přednemocniční péči, je podle názorů některých záchranářů (*Záchranář č.1, č.3, č.4*) souhlas předpokládán. A pokud dojde k situaci, že pacient odmítá ošetření, vypisuje lékař negativní revers, který už pacient podepsat musí. Pokud i to odmítá, vypisuje se tzv. odmítnutí negativního reversu, kdy musí lékař uvést svědky, kteří doloží, že si pacient nepřeje ošetření, ani podepsat revers. Jedná se samozřejmě o stavy a situace, ve kterých se pacient může rozhodnout sám. Ve voze záchranné služby se dokumenty týkající se informovaného souhlasu nevozí a i podle názoru jednoho záchranáře (*Záchranář č.4*) nemá informovaný souhlas či negativní revers příliš právní hodnotu. Většina oslovených vyjádřila názor, že na informovaný souhlas v rámci záchranné služby není čas. Jak jsem již uvedl, pacient sice informovaný souhlas nepodepisuje, nicméně o výkonech a dalších záležitostech týkající se pacienta by měl být informován (*Záchranář č.3, č.5, č.6, č.7*). „pacienta bychom měli informovat o všem, co děláme, že mu jdeme změřit tlak, že mu budeme zajišťovat žílu a proč to tak děláme“ (*Záchranář č.5*)

5. Diskuze

Nejprve bych chtěl uvést, že se tato bakalářská práce týká ošetřování nespolupracujících pacientů, kteří spolupracovat mohou, ale odmítají. Tato práce tedy nevěnuje pozornost situacím, při nichž se pacient sám rozhodnout o tom, zda bude spolupracovat, nemůže, jako je např. bezvědomí, ošetřování dětí atd. Výsledky výzkumu poukazují na skutečnost, že zdravotničtí záchranáři při ošetřování nespolupracujících pacientů postupují konstantně. Vždy se pokusí pacienta, pokud není ochotný spolupracovat, přesvědčit o nutnosti léčby. Nutno dodat, že se jim přesvědčování pacienta, dle jejich názoru, poměrně daří. Existují však i případy, kdy se komunikace s pacientem nezdaří a v této situaci je nutné přivolat lékaře, který má kompetence k ponechání pacienta na místě zásahu. Pokud jde o agresivního pacienta, je vhodné k zásahu přivolat Policii ČR. Toto je postup, který většina oslovených záchranářů uvádí jako nejlepší možný. Přesvědčovací prostředky se již však liší. Pro některé záchranáře je z etického hlediska nepřijatelné pacientovi o jeho stavu lhát. Více dotázaných záchranářů bere mírnou lež pro dobro pacienta jako možný a eticky vhodný prostředek při přesvědčování pacienta o nutnosti ošetření. Z tohoto vyplývá hypotéza: **Zdravotnický záchranář využívá mírnou lež jako prostředek pro přesvědčení pacienta ke spolupráci.** Tato hypotéza může být v budoucnu ověřena kvantitativním výzkumem. Další problematikou je použití násilí při přesvědčování pacientů ke spolupráci. Dotazovaní jsou proti používání násilí ze strany zdravotníků, pokud nejde o nutnou sebeobranu. Násilí přenechávají na represivní složky, jako je Policie ČR. Prameny, ze kterých bylo v této práci čerpáno, se rovněž shodují, že použití násilí v souladu s etikou není. Já s tímto názorem také souhlasím, nutno však podotknout, že jako nejkrajnější možnost to někteří dotazovaní uvedli. Vždy záleží na individuálnosti záchranáře, pacienta a na situaci. U některých pacientů, v některé situaci, může být použití lehkého násilí, například přidržení za ruku vhodné a účinné. Záleží to ale na posouzení daného pacienta a situace samotným zdravotnickým záchranářem. Já osobně násilí odmítám, ale pokud ho někdo použije ve specifických situacích, neodsuzoval bych ho.

Etické aspekty ošetřování pacientů v přednemocniční péči jsou často spojovány s časovou tísní. Podle Šimka urgentní medicína řeší situace, které jsou neodkladné, při kterých jde o život a o vážné postižení zdraví osoby a je zde časová naléhavost, která nedovoluje příliš možností přemýšlet nad danou situací (25). Samozřejmě jsou případy, při kterých toto platí bezvýhradně. Ze strany zdravotnických záchranářů se však objevuje i názor, že těchto situací není mnoho. Daleko více situací snese menší časový odklad. „Na výjezdech záchranné služby, pokud nejde o stav ohrožující život a pokud není vhodný urychlený transport, je čas na všechno. Od toho tu jsme, jsme tu pro ty pacienty a ten čas si na ně musíme udělat a ve většině případů to možné je“ (Záchranář č.3). Stává se, že se někteří záchranáři, kteří se nechtějí etickými aspekty zabývat, se schovávají právě za tuto časovou naléhavost. V současné době zdravotnická záchranná služba vyjíždí k případům ohrožující život, ve srovnání s případy, které nejsou akutní, poměrně málo. Ve většině situací, do kterých se zdravotnický záchranář dostane, je čas a prostor na zhodnocení postupu i z hlediska etiky. Často nezkušenost, nebo vůbec neochota přesvědčovat pacienty odmítající péči, vede k jednání zdravotníků, které není v souladu s etikou. Myslím si ale, že jednotlivé chování jednotlivých zdravotníků je hodně individuální a každý má své určité charakterové vlastnosti, jsme osobností, která se v podobných případech vlastním způsobem projevuje. Nicméně podle nevhodných způsobů chování jednotlivce nelze posuzovat všechny.

Podle názoru Tatiany Rapčíkové není možné svázat etiku v přednemocniční neodkladné péči do předem daných jasných pravidel. Je důležité postupovat velmi individuálně, podle daných okolností. (21). Tento názor sdílí i oslovení zdravotničtí záchranáři a záchranář č.4 k tomu ještě uvádí, že právě tato skutečnost má za následek, že není v současné době k dispozici etický kodex zdravotnických záchranářů. Já k tomu dodám, že podle mých informací etický kodex zdravotnických záchranářů existuje na Záchranné službě hl. města Prahy, ale jen jako jejich vnitřní předpis. Je tedy nutné zhotovit etický kodex zdravotnických záchranářů? Oslovení záchranáři se v odpovědi na tuto otázku rozcházejí. Jedni by přivítali etický kodex jako určitou linii, kterou se mají nechat vést, jiní považují etický kodex zdravotnických záchranářů jako nepotřebný. Poukazují na jiné kodexy, jako etický kodex sester, nebo lékařů, podle

kterého, i když v nich nejsou zohledněna specifika přednemocniční neodkladné péče, se mohou řídit. Dalším aspektem této problematiky je i skutečnost, že se někteří pracovníci ve zdravotnictví těmito kodexy neřídí. Může být sepsáno mnoho etických norem, pokud některým lidem nejsou zásady sepsané v kodexech vlastní, stejně se jimi řídit nebudou.

Několikrát jsem během své studentské praxe byl přítomen u případů chování zdravotnického personálu vůči pacientům, které odporovaly jakýmkoli zásadám slušného zacházení a přístupu zdravotníků k pacientům. Uvedu jeden příklad, který poměrně dobře reprezentuje nedodržování veškerých kodexů. Během praxe na porodnici jsem byl přítomen u následující situace. Na porodnici byla přijímána paní, které odtekla plodová voda. Zdravotní sestra, která stála asi jeden metr od pacientky, křičela přes celé oddělení na kolegyni: „*Aleno, prosím tě, přijmeš si tu plodovou vodu?*“ Pokud se sestry baví o pacientech někde v soukromí takovýmto stylem, není to vůbec profesionální, ale je to omluvitelné. Pokud takto oslovují pacienty před nimi, je to naprosto neomluvitelné a já jsem byl z této věty docela znechucen. Každý pacient by měl být nazýván jménem, nikoli diagnózou. Nebyl by problém, pokud si dotyčná nepamatovala jméno, říci: „*Přijmeš si tady paní, které odtekla plodová voda?*“ Touto situací bych chtěl nastínit, že i když mají sestry etický kodex, podle kterého se mají chovat, najdou se případy, kdy tomu tak není. Dalo by se říci, že etický kodex záchranářů není v současné době příliš potřebný, protože většina zdravotníků se stejně chová podle svého svědomí. To však neznamená, že problematice etiky měla být na záchranné službě věnována menší pozornost, právě naopak.

V poslední době se poměrně často diskutují práva pacientů, speciálně jedno z práv, a to právo na informovaný souhlas. Informovaný souhlas v nemocniční péči je již poměrně dobře zavedené a fungující právo pacienta na poskytnutí informací a možnost svobodné volby, zda léčbu podstoupit či nikoliv. Informovaný souhlas je jedním ze základních pilířů autonomie pacienta. V Konvenci o ochraně lidských práv a svobod je uvedeno, že žádný zásah do zdraví nesmí být proveden bez informování a souhlasu pacienta, který tento souhlas podepíše (33). V této konvenci je uveden i případ, kdy není potřeba informovaný souhlas získat: „*Jestliže v naléhavých případech není možné získat odpovídající souhlas, musí být každý lékařský zásah proveden v zájmu*

zdraví dané osoby bezodkladně.“ (33). Naléhavé situace nejsou z etického pohledu problematické a jednání je jasně dané. Tato práce je více zaměřena na případy, které naléhavé nejsou a je zde několik možností, jak se v dané situaci zachovat. Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny platí pro všechny obory zabývající se medicínou. Je však aplikovatelná a dodržuje se při výjezdech záchranné zdravotnické služby? Určitě zásady přístupu zdravotnických záchranářů k pacientům splňují podmínky uvedené v této konvenci. Zde však nastává problém s aplikací jednoho z bodů konvence: *„žádný zásah do zdraví nesmí být proveden bez informování a souhlasu pacienta, který tento souhlas podepíše“ (33).* Záchraná služba je velice specifickou součástí zdravotnické péče, kdy samotný kontakt s pacientem trvá krátkou dobu. Výše jsem uvedl, že ve většině případů má zdravotnický záchranář čas na etické zamyšlení o dané situaci. Dotázaní záchranáři však jedním dechem dodávají, že na informovaný souhlas, tak jak ho známe z prostředí nemocnic, čas není. Neznamená to však, že by pacient při zásahu záchranné služby nebyl informován o jeho stavu, či výkonech, které budou prováděny, avšak toto seznámení s danou situací nikde nestvrzují svým podpisem. (*Záchranář č.6*). Záchranář č. 4 uvádí, že podle jeho názoru informovaný souhlas v záchranné službě nemá opodstatnění už jen z toho důvodu, že nemá příliš velkou právní hodnotu. Uhlíř uvádí možnost zdokumentování souhlasu přes nahrávanou radiovou relaci. (24). Je to jedno z možných řešení problému, ale zdravotničtí záchranáři přistupují k pacientovi s tím, že souhlas předpokládají a tudíž ho nemusí doložit. Zaznamenává se pouze nesouhlas pacienta s ošetřením a to formou negativního reversu, který musí vyplnit lékař. Lze předpokládat, že systém předpokládaného souhlasu funguje v rámci záchranné služby dobře a rozhodně není na místě ho měnit. Je vhodné pacienta informovat, vysvětlit mu danou situaci, ale jeho souhlas nevyžadovat. Nastíním dva základní principy. První je princip vyžadující souhlas pacienta, druhý je princip předpokládaného souhlasu. V prvním případě, pokud pacient váhá, není si jistý, jestli s péčí souhlasit a stojí před rozhodnutím výslovně říci léčbě ano, může se mnohdy rozhodnout špatně a později litovat. V druhém případě, odmítnutí léčby a vypsání následného negativního reversu, bývá pacient opravdu přesvědčen, že si péči nežadá.

Při ošetřování nespolupracujících pacientů nastupuje i etické dilema poskytnutí péče pacientovi, který si to nepřeje. Podle Uhlíře systémy přednemocniční péče v zemích s vysokou kulturou informování pacienta staví pacientovo právo odmítnout léčbu natolik vysoko, že je tento projev vůle, po splnění prokazatelnosti, možné respektovat i v těch případech, kdy je jednoznačně v zájmu pacienta se léčbě podrobit. (24). Je však Česká republika zemí s natolik informovanou společností, co se týče zdravotnictví, aby byl tento přístup reálný? Těžko soudit, nicméně většina zdravotnických záchranářů se vyslovila pro teorii, aby každému pacientovi byla ponechána svobodná vůle pro rozhodnutí o jeho životě a zdraví, i když by mohlo jít o ohrožení jeho života. Zdravotnický záchranář č.1 uvedl, že pro něj neposkytnutí péče nespolupracujícímu pacientovi není v rozporu s jeho svědomím, protože on nabízí pomoc, nabízí ji rád, ale lidem, kteří o ni stojí. Je zde však i opačný názor, podle něhož by měla být autonomie pacienta v některých případech omezena, protože si někteří lidé, kteří odmítají ošetření, neuvědomují, že je to pro jejich dobro (*Záchranář č.3*). Důležité je však zmínit, že by pacient musel být k rozhodnutí odmítnutí léčby kompetentní a musím se přiznat, že by podle mého názoru bylo velice těžké určovat právě onu míru, kdy je pacient způsobilý a dostatečně poučený o rizicích svého jednání. Z výpovědí záchranářů lze uvést následující hypotézu. **Podle zdravotnických záchranářů je nutné zachovávat autonomii pacienta.** Já osobně se také přikláním k zachování autonomie pacienta a k ponechání rozhodnutí o jeho zdraví na něm. Zdravotnická záchranná služba nabízí pomoc, a pokud ji někdo odmítá, neměl by být ke spolupráci nucen. Důležité je ovšem citlivé posouzení dané situace a okolností výjezdu, kdy zdravotníci musí být opravdu přesvědčeni, že je to přání pacienta, který není ničím v jeho rozhodnutí ovlivněn, ať už např. některými léky, nebo i svým okolím.

Jiná situace, která však již není z etického hlediska konfliktní, je agresivní chování vůči posádce záchranné služby. Mucha ve svém článku *Etika zdravotníka v přednemocniční péči* uvádí, že v přednemocniční neodkladné péči je více než v jiných oborech diskutováno téma odmítnutí poskytnutí péče v zájmu vlastní ochrany (15). Podle jeho názorů i názoru zdravotnických záchranářů nemusí být poskytnuta péče, pokud se cítí být pracovníci záchranné služby ohroženi.

Závěrem diskuze bych chtěl uvést, že zdravotničtí záchranáři mají povědomí o etických kodexech a snaží se jimi řídit. Snaží se vyhovět právům pacienta, tak jak uvádí etický kodex Práva pacientů, v některých případech, jako je např. informovaný souhlas, však práva pacientů vzhledem ke specifičnosti činnosti záchranné služby nedodržují. Zdravotničtí záchranáři jsou o etice a etických aspektech jejich profese informováni, nicméně podle výpovědí některých záchranářů není v rámci jejich profese etika dostatečně diskutovaným tématem.

6. Závěr

Etika je na záchranné službě, zvláště pak ve spojitosti s ošetřováním nespolupracujících pacientů, aktuální problematikou. Jedním z témat, která jsou diskutována z pohledu etiky, je téma ošetřování nespolupracujících pacientů. Objevují se zde především otázky spojené s eticky vhodným způsobem přesvědčování pacienta ke spolupráci. Nejdůležitějším prvkem při péči o nespolupracujícího pacienta je komunikace. Mělo by se pacientům mírně zalhat, aby je zdravotníci přiměli ke spolupráci? Zastánci názoru „ano“ poukazují na jednání ve prospěch pacienta. Zastánci názoru „ne“ odmítají lhaní už většinou ze své vlastní podstaty a životních postojů. Podle mého názoru mírná lež, jako prostředek pomoci pro pacienta, neodporuje etickému přístupu k pacientovi. Dalším z aspektů je použití násilí. Násilí jako prostředek pro přesvědčení pacienta ke spolupráci není ve většině případů vhodný. I když se objevují názory, které považují mírnou formu násilí ve specifických případech jako vhodnou.

Etickým dilematem je aplikace Konvence o ochraně lidských práv a svobod, ve které se uvádí, že žádný zásah do zdraví nesmí být proveden bez informování a souhlasu pacienta, který tento souhlas podepíše. Použití tohoto bodu je v rámci záchranné služby značně problematické. Konvence zahrnuje i případy nouze, kdy tento bod dodržet nelze. Tato práce je však zaměřena na případy, které naléhavé a akutní nejsou. Tyto situace tvoří většinu výjezdů záchranné služby. Oproti péči o pacienta v nemocničním zařízení se však pracovníci záchranné služby dostávají do kontaktu s pacientem na poměrně krátkou dobu, a i když stav pacienta urgentní není, přesto mnoho prostoru pro rozsáhlé informování a poučení pacienta není. Přesto zdravotníci informují pacienta o jeho stavu i postupech, které jsou v rámci péče na pacientovi prováděny. Na souhlas k zahájení péče, i v méně naléhavých případech, záchranáři nečekají, avšak pokud by pacient péči odmítal, ošetřovat přestanou, protože i během výjezdů záchranné zdravotnické služby je autonomie pacienta zachována, a to díky formě vypsání negativního reversu. Přestože se právo na svobodné rozhodnutí pacienta respektuje, je povinností zdravotnického záchranáře pokusit se pacienta, i přes jeho odmítavý postoj ke spolupráci přimět.

Věřím, že tato bakalářská práce může být využita nejen pro potřeby fakulty a široké veřejnosti, ale i samotnou záchrannou zdravotnickou službou, i když třeba jen jako námět na diskuzi.

Vzhledem k tomu, že výzkum této práce je založen na kvalitativním výzkumu, bylo cílem práce posouzení názorů několika zdravotnických záchranářů na tuto problematiku a vyslovení několika hypotéz. Hypotézy uvádím v kapitole Diskuze. Cíl práce jsem proto splnil. Hypotézy však vyplývají z názorů pouze skupiny dotázaných zdravotnických záchranářů, proto by bylo vhodné je v budoucnu vyhodnotit pomocí většího množství dotázaných respondentů. Přestože byl vzorek dotázaných tvořen rozdílnými typy lidí, věkově i povahově, byl počet dotázaných limitován zásadami kvalitativního výzkumu. Nejde proto závěry této bakalářské práce zobecnit.

7. Seznam literatury

1. ADAMS, B., HAROLD, C. E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. Přel. Suchardová. Praha: Grada, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
2. BAŠTECKÁ, B., GOLDMAN, P. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. 436 s. ISBN 80-7178-550-4.
3. BAUDIŠ, P., LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén, 2002. 156 s. ISBN 80-7262-104-1.
4. BEER, M. D., PEREIRA, M. S., PATON, C. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Přel. M. Holý, K. Šoltysová. Praha: Grada, 2005. 287 s. ISBN 80-247-0363-7.
5. DOBIÁŠ, V. *Urgentná starostlivosť*. Martin: Osveta, 2006. 160 s. ISBN 80-8063-214-6.
6. ERTLOVÁ, F., MUCHA, J. *Přednemocniční neodkladná péče*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. 368 s. ISBN 80-7013-379-1.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Etický kodex práva pacientů* (online). Dostupné z http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/04_1999/recenze.html (cit. 2007-8-20).
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas, proč a jak*. Praha: Galén, 2007. 104 s. ISBN 80-7262-497-3.
9. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
10. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. 224 s. ISBN 80-7254-329-6.
11. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Acamedia, 2005. 260 s. ISBN 80-200-1307-5.
12. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2004. 240 s. ISBN 807254-538-8.
13. KŘÍŽOVÁ, V., KŘÍŽ, P. *Neklidný a agresivní pacient v přednemocniční péči* (online). Dostupné z <http://sestra.cz/scripts/detail.php?id=274000>. (cit. 2007-9-10).
14. KUHSE, H., SINGER, P. *Bioethics: an anthology*. Oxford: Blackwell publishing, 2006. 738 s. ISBN: 1-4051-2948-4.

15. MUCHA, J. *Etika zdravotníka v přednemocniční péči*. Urgentní medicína. České Budějovice. 2000, roč. 3, č. 2, s. 21-22. ISSN 1212-1924.
16. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.
17. NOVÁK, T., CAPPONI, V. *Sám proti agresi*. Praha: Grada, 1996. 123 s. 80-7169-253-0.
18. POKORNÝ, J. et al. *Urgentní medicína*. Praha: Galén, 2004. 547 s. ISBN 80-7262-259-5.
19. POKORNÝ, J. *Lékařská první pomoc*. Praha: Galén, 2005. 350 s. ISBN 80-7262-214-5.
20. PŘÍKASKÝ, V. J. *Učebnice základů etiky*. Kostelní Vydří: Karmelijnánské nakl., 2000. 136 s. ISBN 80-7192-505-5.
21. RAPČÍKOVÁ, T. *Etický rozmer práce zdravotnického záchranára*. Urgentní medicína. České Budějovice: 2007, roč. 10, č. 2, s. 26-30. ISSN 1212-1924.
22. ŠEBLOVÁ, N. *První pomoc při otravě alkoholem a toxickými látkami* (online). Dostupné z <http://www.zachranka.cz/index.php?mid=51&msid=39>. (cit.2007-11-29).
23. ŠIMEK, J. *Etické zamyšlení nad urgentní medicínou*. Urgentní medicína. České Budějovice. 2003, roč. 6, č. 1, s.35. ISSN 12-1924.
24. UHLÍŘ, M. *Informovaný souhlas v podmínkách PNP*. Urgentní medicína. České Budějovice: 2005, roč. 8, č.1, s. 32-36. ISSN 1212-1924.
25. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
26. VEATCH, M .R. *The basics of bioethics*. New Jersey: Library of congress catalog, Pearson Higher Education & Professional Group, 2003. 205 s. ISBN: 0-13-099161-9.
27. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie - teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. 229 s. ISBN 80-247-2068-5.

28. ZDRAVOTNICKÝ PORTÁL KRAJE VYSOČINA. *Práva pacientů v České republice* (online). Dostupné z <http://www.zdravi-vysociny.cz/cz/content/htmlpage.aspx?folderid=35> (cit. 2007-11-2).
29. ZELNÍČEK, P. *Etické problémy medicíny katastrof* (online). Dostupné z http://www.egozlin.cz/upload.cs/6/68f82244_0_zelnicek_un_brno_2002_a.pdf. (cit. 2007-10-2).
30. AGRESIVITA A NÁSILÍ (online). Dostupné z <http://www.kasin.kx.cz/word/agresivita.doc>. (cit. 2007-8-5).
31. APATIE (online). Dostupné z <http://www.encyklopedie.seznam.cz/heslo/23577-apatie>. (cit. 2007-8-17).
32. ETICKÝ KODEX A NORMY PROFESIONÁLNÍHO CHOVÁNÍ ZZS HL. M. PRAHY - ÚZEMNÍHO STŘEDISKA ZÁCHRANNÉ SLUŽBY (online). Dostupné z <http://www.zzshmp.cz/data/documents/58/ek.pdf>. (cit. 2007-7-15).
33. KONVENCE O OCHRANĚ LIDSKÝCH PRÁV A DŮSTOJNOSTI ČLOVĚKA S OHLEDEM NA APLIKACI BIOLOGIE A MEDICÍNY (online). Dostupné z <http://web.telecom.cz/AKKL/Konvence.html>. (cit. 2007-11-19).
34. ZÁPIS Z JEDNÁNÍ PŘEDSTAVENSTVA OS ČLK (online). Dostupné z http://www.clk.cz/zapisy/2006/zapis_os_2006_12.html. (cit. 2007-12-6).
35. VYHLÁŠKA 424/2004 Sb., *kerou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*
36. VYHLÁŠKA 434/1992 Sb., *o zdravotnické záchranné službě*.
37. ZÁKON č. 96/2004 Sb., *o nelékařských zdravotnických povoláních*.
38. ZÁKON č. 40/1964 Sb., *občanský zákoník*.

8. Klíčová slova

- **etika v přednemocniční péči**
- **neadaptivní chování**
- **informovaný souhlas**
- **nespolupracující pacient**
- **záchranná zdravotnická služba**
- **zdravotnický záchranář**

9. Přílohy

1. Etický kodex záchranářů
2. Etický kodex práva pacientů
3. Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny

Příloha č.1 - Etický kodex a normy profesionálního chování zaměstnanců Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy

ÚVOD

Účelem kodexu je stanovit žádoucí standardy profesionálního chování zaměstnanců ZZS HMP-ÚSZS a informovat veřejnost o formě a způsobu chování, jež je oprávněna od zaměstnanců ZZS HMP-ÚSZS, jako zdravotnického zařízení zřizovaného Hlavním městem Prahou a poskytujícím přednemocniční neodkladnou péči i zdravotní transporty, očekávat. Tento kodex vychází z Kodexu etiky zaměstnanců ve veřejné správě, který schválila vláda svým usnesením č. 270 ze dne 21.3.2001, a Kodexu zřizovatele, z Kodexu České lékařské komory a Kodexu zdravotních sester i Kodexů ostatních složek integrovaného záchranného systému.

Posláním ZZS HMP-ÚSZS, jako poskytovatele odborné přednemocniční neodkladné péče, zdravotní péče a zdravotně sociálních služeb, je profesionálně a hospodárně zajištěná péče z prostředků zdravotního pojištění, rozpočtu zřizovatele a přímých plateb - poplatků klientů, která zaručuje jejich účelné využití na straně jedné a komfort pacientů na straně druhé. Toto poslání vyžaduje profesionálně výkonné zaměstnance, vědomě respektující vnitřní etické hodnoty, pravidla a normy zaměstnanecké kultury, kteří dotvářejí pozitivní obraz organizace u pacientů a veřejnosti. ZZS HMP-ÚSZS jako zaměstnavatel, který si je vědom povinnosti pečovat o vytváření a rozvíjení pracovněprávních vztahů v souladu s dobrými mravy, tímto ve vztahu

k zaměstnancům veřejně deklaruje, že je zaměstnavatelem rovných příležitostí, který zamezuje jakékoliv diskriminaci. Etický kodex je v tomto smyslu základním dokumentem principů morálky a chování zaměstnanců ZZS HMP-ÚSZS. Etické normy v něm obsažené navazují na normy právní, předpokládají jejich plnění a stanoví požadavky náročnější, než jaké vyplývají z právního řádu.

Článek 1 - Základní ustanovení

1. Zaměstnanec ZZS HMP-ÚSZS vykonává svou práci ve shodě s mezinárodní Úmluvou o lidských právech a biomedicíně, Chartou práv pacientů, Ústavou České republiky, zákony, dalšími právními předpisy a vnitřními normami ZZS HMP-ÚSZS a se svým svědomím.

2. Zákonnost při rozhodování a rovný přístup ke všem fyzickým i právnickým osobám jsou základními zásadami, které každý zaměstnanec ZZS HMP-ÚSZS dodržuje a vytváří tak základ pro budování a udržení důvěry veřejnosti.

3. Základními hodnotami zaměstnanců ZZS HMP-ÚSZS jsou:

Profesionalita
Nestrannost
Odpovědnost
Ohleduplnost
Bezúhonnost
Zásada lidskosti

Úcta k životu
Důstojnost lidského jedince
Čestnost, slušnost, korektnost v chování
Respektování kompetencí

4. Základními úkoly ZZS HMP-ÚSZS jsou:

Ochrana zdraví a životů
Mírnění utrpení
Dodržování zákonnosti
Neodkladné poskytnutí pomoci
Zachování lékařského tajemství
Soustavné vzdělávání a zdokonalování
Vedení a uchování řádné dokumentace
Udržování a prohlubování důvěry pacientů v její péči
Dodržování kolegiality

Článek 2

Obecné zásady jednání

1. V pracovní době se zaměstnanec věnuje výlučně plnění pracovních úkolů a povinností s plným vynaložením svých sil a schopností. K výkonu své pracovní činnosti přistupuje tvořivě a iniciativně, s veškerou svojí invencí. V rámci své kompetence činí vše pro úplné, přesné a včasné plnění svěřených pracovních úkolů. Odpovídá za spolehlivost a správnost dokladů, které vytváří. Neprovede ani nepřipustí, aby jiná osoba provedla do dokumentu nesprávný nebo zavádějící údaj.
2. Zaměstnanec usiluje o zajištění maximálně efektivního a ekonomického spravování a využívání finančních zdrojů, zařízení a služeb, které mu byly svěřeny.
3. V případě, že by zaměstnanec zjistil ztrátu nebo újmu na majetku ZZS HMP-ÚSZS, oznámí neprodleně tuto skutečnost svému nadřízenému, popřípadě příslušnému orgánu činnému v trestním řízení.
4. Zaměstnanec se nezúčastní žádné činnosti, která se neslučuje s řádným výkonem jeho pracovních povinností nebo tento výkon omezuje. Při výkonu činnosti politické nebo veřejné dbá, aby tato činnost nenarušila důvěru občanů v jeho schopnost nestranně vykonávat své pracovní povinnosti.
5. Pokud si není zaměstnanec jist, zda jde o činnost slučitelnou s výkonem jeho zaměstnání, projedná záležitost se svým nadřízeným.
6. Zaměstnanec pečuje o úpravu svého zevnějšku a dbá, aby jeho oblečení odpovídalo postavení ZZS HMP-ÚSZS, kterou reprezentuje, jeho pracovnímu zařazení a místu výkonu práce.

7. Zaměstnanec i v mimopracovní době vystupuje tak, aby nesnižoval důvěru v ZZS HMP-ÚSZS v očích veřejnosti.

Článek 3

Jednání s pacienty

1. Hlavním úkolem ZZS HMP-ÚSZS je co nejefektivnější přednemocniční neodkladná péče poskytovaná veřejnosti. Společným cílem zaměstnanců výjezdových skupin je maximální uspokojení potřeb pacientů. Zaměstnanec proto své pracovní povinnosti vykonává na vysoké odborné úrovni odpovídající jeho kvalifikaci, kterou je nutné si studiem průběžně prohlubovat, s největší mírou slušnosti, porozumění, ochoty a bez jakýchkoli předsudků rasových, národnostních, náboženských, politických nebo jiných. Zaměstnanec jedná korektně, zdvořile a vstřícně s pacienty i jejich okolím. Každý člen výjezdové skupiny ZZS HMP-ÚSZS činí veškerá svá rozhodnutí a úkony vždy bez zbytečných průtahů s maximální snahou o jejich zkrácení ve prospěch pacientů. Jedná tak, aby nezpůsobil újmu jakékoliv osoby, skupiny osob nebo členů ostatních složek IZS a prosazuje práva a oprávněné zájmy pacientů i všech občanů.

2. Každý člen výjezdové skupiny ctí a respektuje práva pacientů, zejména právo na informace o jménu člena výjezdové skupiny, který mu poskytuje péči, informace o svém zdravotním stavu a následná opatření směřující k léčbě a informace o následné péči.

3. Žádný člen výjezdové skupiny nesmí podceňovat a znevažovat profesionální dovednosti, znalosti i poskytované služby ostatních kolegů. Nesmí používat ponižujících výrazů o jejich osobách, komentovat nevhodným způsobem činnost ostatních v přítomnosti pacienta a nelékařů.

4. Každý člen výjezdové skupiny kolegiálně spolupracuje s těmi zdravotníky a záchranáři, kteří současně nebo následně pečují o stejné pacienty. Předává-li pacienta jinému zdravotnickému zařízení nebo zdravotníkovi, musí mu odevzdat veškeré získané informace potřebné pro péči o pacienta a informovat ho o dosavadní péči.

5. Žádnému členu výjezdové skupiny není dovoleno vyšetřovat a poskytovat péči s osobou, která není zdravotníkem a nepatří ke zdravotnímu personálu. Tyto osoby nesmějí být přítomny ani jako diváci při lékařských výkonech. Výjimkou z uvedených zásad jsou osoby, které se u ZZS HMP-ÚSZS vzdělávají, stážují a další osoby, s jejichž přítomností pacient souhlasí.

Článek 4

Jednání s klienty

1. Úkolem ZZS HMP-ÚSZS je co nejefektivnější služba veřejnosti. Společným cílem všech zaměstnanců je maximální uspokojení potřeb klientů. Zaměstnanec proto své pracovní povinnosti vykonává na vysoké odborné úrovni, kterou je nutné si studiem

průběžně prohlubovat, s největší mírou slušnosti, porozumění, ochoty a bez jakýchkoliv předsudků rasových, národnostních, náboženských, politických nebo jiných. Zaměstnanec jedná korektně, zdvořile a vstřícně s klienty, s ostatními zaměstnanci organizace, se zaměstnanci jiných zdravotnických zařízení a orgánů veřejné správy i jinými vnějšími partnery ZZS HMP-ÚSZS.

2. Zaměstnanec činí rozhodnutí a řeší záležitosti objektivně na základě jejich skutkové podstaty, přihlížející pouze k právně relevantním skutečnostem, a bez zbytečných průtahů. Pokud mu to právní předpisy umožňují, usiluje o urychlení a zjednodušení úředních postupů, dodržování termínů a maximální zkrácení zákonných lhůt ve prospěch klientů. Jedná tak, aby nezpůsobil jakoukoliv újmu a prosazuje práva a oprávněné zájmy organizace.

Článek 5

Jednání se spolupracovníky

1. Společným úsilím vytvářejí zaměstnanci v pracovních týmech atmosféru spolupráce a důvěry. Rozdílnost v názorech neřeší s osobní zaujatostí. Případné pracovní kolegiální spory řeší věcně, kultivovaně a otevřeně s přímým nadřízeným a jejich rozhodnutí respektují.

2. Vedoucí zaměstnanci uplatňují vůči zaměstnancům rovný přístup s důrazem na hodnocení dle odvedené práce. Jsou si vědomi nezbytnosti dobře připraveného a kvalifikovaného zaměstnaneckého potenciálu a umožňují zaměstnancům další vzdělávání odpovídající jejich kvalifikaci v závislosti na potřebách organizace. Dohlížejí na využití odborných znalostí všech podřízených pracovníků a na jejich plnoprávné začlenění do pracovního kolektivu.

Článek 6

Protikorupční jednání

1. Zaměstnanec nevyžaduje ani nepřijímá dary, služby, laskavosti, ani žádná jiná zvýhodnění, která by mohla ovlivnit nebo zdánlivě ovlivnit rozhodování ve věci, narušit profesionální přístup k věci, nebo taková, jež by bylo možno považovat za odměnu za práci, která je jeho povinností.

2. Zaměstnanec jedná tak, aby se v souvislosti se svým zaměstnáním u ZZS HMP-ÚSZS nedostal do postavení, ve kterém by byl zavázán oplácet prokázanou laskavost, nebo které by ho činilo přístupným nepatřičnému vlivu jiných osob.

3. Pokud by byla zaměstnanci v souvislosti s jeho zaměstnáním u ZZS HMP-ÚSZS nabídnuta jakákoli výhoda, odmítne ji a o nabídnuté výhodě informuje svého nadřízeného.

Článek 7

Zneužití postavení

1. Zaměstnanec ZZS HMP-ÚSZS nevyužívá výhody vyplývající z jeho postavení, ani informace získané při výkonu zaměstnání pro svůj soukromý zájem. Soukromým zájmem se rozumí snaha o získání jakékoliv výhody pro něj, jeho rodinu, blízké a příbuzné osoby a právnické nebo fyzické osoby, se kterými měl nebo má obchodní nebo politické vztahy. Je jeho povinností vyhnout se konfliktům jeho soukromého zájmu s jeho postavením jako zaměstnance ZZS HMP-ÚSZS a předcházet takovým situacím, které mohou podezření z konfliktu zájmů vyvolat.

2. Zaměstnanec nenabízí ani neposkytuje žádnou výhodu jakýmkoli způsobem spojenou s jeho postavením v ZZS HMP-ÚSZS, pokud mu to neumožňuje zákon.

3. V případě, že by byl zaměstnanec požádán, aby jednal v rozporu s právní úpravou, nebo způsobem, který by představoval možnost zneužití úřední moci, takové jednání odmítne a tuto skutečnost oznámí svému nadřízenému.

4. Informace získané při výkonu zaměstnání je třeba pokládat za důvěrné a poskytovat jim příslušnou ochranu při respektování práva veřejnosti na přístup k informacím v rozsahu daném příslušnými zákony.

5. Zaměstnanec neuvádí vědomě v omyl veřejnost, ani ostatní zaměstnance organizace. Informace, které poskytuje pacientům nebo jejich okolí a nebo jiným vnějším partnerům ZZS HMP-ÚSZS v zákonném rozsahu, musí být úplné, nezkreslené, pravdivé a srozumitelné. Ve veřejném vystupování dbá zaměstnanec vždy zájmů ZZS HMP-ÚSZS. Pokud k tomu není oprávněn z titulu své funkce, podává jakékoli informace týkající se ZZS HMP-ÚSZS veřejným sdělovacím prostředkům pouze prostřednictvím tiskové mluvčí ZZS HMP-ÚSZS.

Článek 8

Profesionalita členů VS

1. Informovat nadřízené o všech důležitých událostech z provozu, které mohou mít vliv na organizaci a společnost.

2. Odmítat jakýkoliv nátlak na zveřejnění informací týkajících se provozu.

3. Nést osobní zodpovědnost za veškerou svou činnost a vyjádření.

4. Vyloučit všechny činnosti, které by mohly členy výjezdových skupin kompromitovat nebo vést ke konfliktu zájmů.

5. Nepřijímat žádné dary nebo výhody.

6. Nezneužívat své povolání k činnosti reklamního pracovníka a odmítnout podílet se na skryté reklamě.

7. Nezneužívat výsad a výhod, plynoucích ze zaměstnání u ZZS HMP-ÚSZS k prezentování svých osobních postojů a uspokojování soukromých potřeb.

8. Považovat pomluvy, neprokázaná obvinění, účelové pozměňování faktů a lži za jedny z nejzávažnějších profesionálních chyb.

Článek 9

Závaznost etického kodexu

Zaměstnavatel a zaměstnanci ctí zásady zakotvené v tomto kodexu, souhlasí s nimi, považují je za závazné a dodržují je.

Tento Etický kodex se dnem vydání stává součástí vnitřních norem ZZS HMP-ÚSZS. Lékaři ZZS HMP-ÚSZS se dále řídí Etickým kodexem ČLK (Stavovský předpis č.10), zdravotničtí záchranáři a zdravotní sestry (operátorky ZOS) se řídí Etickým kodexem sester.

Příloha č.2 - Úplný text etického kodexu Práva pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré správy a záznamy týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních následcích takového rozhodnutí.

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen

Příloha č.3 - Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny

KAPITOLA I - Všeobecná ustanovení

Článek 1 - Návrh a cíl

Smluvní strany budou chránit důstojnost a identitu všech lidí a v souvislosti s aplikací biologie a medicíny zaručí každému, bez diskriminace, respektování jeho integrity, ostatních práv a základních svobod.

Každá smluvní strana zařadí do svého právního řádu potřebná opatření k realizaci ustanovení této konvence.

Článek 2 - Priorita zájmů člověka

Zájmy a blaho člověka (lidské bytosti) musejí být nadřazeny všem ostatním zájmům společnosti a vědy.

Článek 3 - Spravedlivý přístup

Smluvní strany učiní - v rámci své jurisdikce - veškerá příslušná opatření k zajištění spravedlivého přístupu k péči o zdraví, přičemž budou brát v úvahu jak její dostupnost, tak její kvalitu.

Článek 4 - Profesionální úroveň

Každý zásah do sféry zdraví, včetně výzkumu, musí být prováděn v souladu s profesními závazky a na odpovídající odborné úrovni.

KAPITOLA II - Souhlas

Článek 5 - Všeobecné principy

Žádný zásah do sféry zdraví nesmí být proveden bez potřebného informování osoby, která jej podstupuje, a bez jejího souhlasu.

Informace poskytnutá dané osobě se musí týkat jak účelu a charakteru zásahu, tak jeho důsledků a s ním spojených rizik.

Příslušná osoby se může kdykoli svobodně rozhodnout, že svůj souhlas odvolá.

Článek 6 - Ochrana nezpůsobilých osob

1. V souladu se články 17 a 20, uvedenými dále, lze u osob, jež nejsou právně způsobilé dávat souhlas, provádět zásahy sloužící výhradně k jejich prospěchu.

2. Jestliže nezletilý občan není ještě právně způsobilý dát souhlas k zásahu, musí být

zásah proveden jedině se svolením jeho zástupce nebo zákonem určeného orgánu či osoby.

Na souhlas nezletilých osob nutno - vzhledem k jejich věku a soudnosti - nahlížet jako na relevantně rozhodující faktor.

3. Pokud z právního hlediska není dospělá osoba způsobilá dát svůj souhlas vzhledem k duševní poruše, chorobě nebo z jiných důvodů - může být zásah proveden jedině se svolením jejího zástupce nebo zákonem ustanoveného orgánu či osoby. Pokud je to možné, má se příslušná osoba zúčastnit právního řízení.

4. Pro zákonem stanoveného zástupce, orgánu či osoby zmiňované v odstavci 2 a 3 platí stejné podmínky, jako jsou uvedeny v článku 5.

5. Svolení zmiňované v odstavcích 2 a 3 může být v zájmu příslušné osoby kdykoli odepřeno.

Článek 7 - Ochrana osob s duševní chorobou

Pacienti, kteří trpí závažnou duševní chorobou mohou být - bez svého souhlasu - a při dodržení zákonem stanovených ochranných podmínek - podrobeni zásahu zaměřenému na léčbu jejich duševní choroby v případě, že by bez takové léčby pravděpodobně došlo k vážnému poškození jejich zdraví. V zákonem stanovených ochranných podmínkách by měl být zahrnut dozor lékaře, kontrolní opatření a možnost odvolání.

Článek 8 - Naléhavé případy

Jestliže v naléhavých případech není možné získat odpovídající souhlas, musí být každý lékařský zásah proveden v zájmu zdraví dané osoby bezodkladně.

Článek 9 - Dříve vyslovené přání

U pacienta, jež v době zásahu není v takovém stavu, aby mohl vyslovit své přání, nutno pohlížet k přáním, která pacient v souvislosti s provedením zásahu vyslovil dříve.

KAPITOLA III - Soukromí a právo získat informace

Článek 10 - Soukromí a právo získat informace

1. Každý má právo na to, aby i v oblasti informací o jeho zdraví byl respektován jeho soukromý život.

2. Každý je oprávněn znát všechny informace o svém zdraví. Pokud si však někdo informován o svém zdraví být informován nepřeje, je to třeba respektovat.

3. Ve výjimečných případech mohou být práva uvedená v odstavci 2 omezena zákonem, je-li to v zájmu pacienta.

KAPITOLA IV - Lidský genom

Článek 11 - Žádná diskriminace

Jakákoli diskriminace kvůli genetické výbavě je u všech osob zakázána.

Článek 12 - Testy k ověření podezření na genetické onemocnění.

Testy, jejichž pomocí lze zjistit, zda příslušná osoba je nositelem genu odpovědného za nemoc, nebo jejichž pomocí se má zjistit genetická predispozice k onemocnění, smějí být prováděny jedině s cílem péče o zdraví nebo k účelům vědeckého výzkumu zaměřeného na péči o zdraví a genetické poradenství.

Článek 13 - Zásahy do lidského genomu

Zásah na lidském genomu smí být prováděn pouze z preventivních, diagnostických a terapeutických důvodů, a jen v tom případě, že jeho cílem nebude změna genomu dalších generací.

Článek 14 - Selektce pohlaví

Použití technik lékařské asistované reprodukce za účelem volby pohlaví budoucího dítěte je zakázáno, s výjimkou případů, kdy má být zabráněno vážným dědičným onemocněním vyskytujícím se u určitého pohlaví.

KAPITOLA V - Vědecký výzkum

Článek 15 - Všeobecné směrnice

Vědecký výzkum v oblasti biologie a medicíny může být prováděn bez omezení, pokud to je ve shodě s touto konvencí a ostatními právními ustanoveními zajišťujícími ochranu člověka.

Článek 16 - Ochrana osob, na nichž se výzkum provádí

Výzkum na lidském jedinci smí být prováděn jedině tehdy, jsou-li dodrženy veškeré následující podmínky:

- I. jestliže neexistuje jiná, srovnatelně účinná alternativa než výzkum na lidech;
- II. jestliže rizika, která mohou vzniknout jedinci, na němž je prováděn výzkum, nejsou v nepoměru k potenciálnímu prospěchu z tohoto výzkumu.
- III. jestliže výzkumný projekt byl schválen příslušným orgánem, jeho vědecká hodnota včetně důležitosti cíle výzkumu byla ověřena nezávislou institucí a jeho etická přijatelnost posouzena odborníky z více disciplín;
- IV. jestliže osoby, na nichž se bude výzkum provádět, byly informovány o svých právech a zárukách zákonně stanovených na jejich ochranu;

V. jestliže potřebný souhlas uvedený v článku 5, byl dán výslovně a s konečnou platností a jestliže je to doloženo příslušnou dokumentací. Tento souhlas však může být na základě svobodného rozhodnutí kdykoli odvolán.

Článek 17 - Ochrana osob nezpůsobilých dát souhlas k výzkumu

1. Výzkum na jedinci nezpůsobilém dát souhlas, jak je uvedeno v článku 5, smí být prováděn jedině tehdy, jsou-li splněny veškeré následující podmínky:

I. jestliže jsou splněny podmínky uvedené v článku 16, pododstavec I a IV ;

II. jestliže daná osoba může mít z výsledků výzkumu reálný a přímý pozitivní efekt na zdraví;

III. Jestliže srovnatelně účinný výzkum nemůže být prováděn na osobách způsobilých dát k němu souhlas;

IV. jestliže potřebné svolení uvedené v článku 6 bylo dáno výslovně a písemnou formou;

V. jestliže příslušná osoba nemá proti realizaci výzkumu námitky.

2. Výjimečně a při dodržení zákonem předepsaných ochranných opatření, v případě, že by výsledky výzkumu neměly mít přímý a pozitivní efekt na zdraví dané osoby, smí se tento výzkum provádět v souladu s podmínkami uvedenými v odstavci 1, pododstavce I, III, IV a V a za následujících dodatečných podmínek;

I. jestliže výzkum přispěje - v důsledku důkladnějšího vědeckého poznání celkového stavu dané osoby, jejího onemocnění nebo poruchy - svými konečnými výsledky k tomu, že pozitivně ovlivní zdravotní stav dané osoby nebo jiných osob stejné věkové kategorie nebo postižených stejnou chorobou či poruchou nebo těch, jež se nacházejí ve stejné životní situaci;

II. jestliže s výzkumem je spojeno pouze minimální riziko a minimální zátěž pro danou osobu.

Článek 18 - Výzkum embryí in vitro

1. Tam, kde je výzkum embryí in vitro povolen zákonem, musí být zajištěna přiměřená ochrana embrya.

2. Dávat vzniknout lidským embryím výhradně k účelům výzkumu je zakázáno.

KAPITOLA VI - Vynětí orgánů a tkání od živých dárců za účelem transplantace

Článek 19 - Všeobecné směrnice

1. Vynětí orgánů a tkání za účelem transplantace ze živého člověka smí být prováděno výhradně s cílem terapeutického prospěchu pro příjemce, a jen tehdy, není-li možné získat potřebný orgán z osoby zemřelé a existuje-li žádná jiná terapeutická metoda, jež by měla srovnatelný účinek.

2. nezbytný souhlas dané osoby, jak je uvedeno v článku 5, se musí týkat výslovně

příslušného zásahu a musí být vyjádřen písemnou formou nebo před oficiálním orgánem.

Článek 20 - Ochrana osob nezpůsobilých vyjádřit souhlas s vynětím orgánu

1. Žádný orgán ani tkáň nesmějí být vyňaty osobě, která není způsobilá dát k tomu svůj souhlas podle článku 5.

2. Výjimečně a při dodržení zákonem předepsaných ochranných opatření smí být vynětí regenerujících tkání od osob nezpůsobilých dát svůj souhlas povoleno v případě, že budou dodrženy následující podmínky:

I. není k dispozici kompatibilní dárce způsobilý vyjádřit svůj souhlas;

II. příjemce je dárcův sourozenec;

III. musí být maximální pravděpodobnost, že dárcovstvím bude příjemci zachráněn život;

IV. svolení podle odstavců 2 a 3 článku 6 bylo dáno výhradně k příslušnému zásahu a písemnou formou v souladu se zákonem a schváleno kompetentním orgánem;

V. potenciální dárce nemá vůči provedení zásahu námitky.

KAPITOLA VII - Zákaz finančního prospěchu a nakládání s vyňatou částí lidského těla

Článek 21 - Zákaz finančního prospěchu

Lidské tělo jako takové, ani jeho části se nesmějí stát předmětem finančního prospěchu.

Článek 22 - Nakládání s vyňatou částí lidského těla

Jestliže je během lékařského zákroku vyňata některá část lidského těla, musí být uchována a smí být použita k jiným účelům, než pro který byla vyňata, jedině v tom případě, že to bude provedeno po příslušné informaci a se souhlasem dané osoby.

KAPITOLA VIII - Porušení ustanovení konvence

Článek 23 - Porušení práv nebo zásad

Smluvní strany jsou povinny zajistit odpovídající soudní ochranu, aby bylo možno předcházet nebo neprodleně zamezit nezákonnému porušování práv či zásad uvedených v této konvenci.

Článek 24 - Náhrada za nezaviněnou škodu

Osoba, která nezaviněně utrpěla škodu v důsledku lékařské intervence, je oprávněna obdržet spravedlivou náhradu podle zákonem stanovených podmínek a postupů.

Článek 25 - Sankce

Smluvní strany musejí zajistit příslušné sankce, jichž bude použito při porušení ustanovení uvedených v této konvenci.

KAPITOLA IX - Vztah mezi touto konvencí a jinými ustanoveními

Článek 26 - Restrikce při uplatňování práv

1. Při uplatňování práv a ochranných ustanovení obsažených v této konvenci nesmějí být prováděny žádné restrikce, kromě těch, jež jsou povoleny zákonem a jsou nezbytné v demokratické společnosti v zájmu veřejné bezpečnosti, předcházení zločinům, jakož i ochrany práv a svobod ostatních.
2. Restrikce uvedené v předchozím odstavci se netýkají článků 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20 a 21.

Článek 27 - Širší ochrana

Žádné z ustanovení této konvence nesmí být interpretováno jako limitující nebo jako nepříznivě ovlivňující možnosti některé smluvní strany přijmout v souvislosti s aplikací biologie a medicíny ještě další ochranná opatření než ta, která jsou smluvně dohodnuta v této konvenci.

KAPITOLA X - Veřejná diskuse

Článek 28 - Veřejná diskuse

Smluvní strany zařídí, aby základní otázky vyvstalé následkem pokroku v biologii a medicíně byly jako klíčové posuzovány v rámci veřejné diskuse, a to zejména z lékařského, sociálního, ekonomického, etického a právního aspektu, a aby každá aplikace biologie a medicíny se stala předmětem odpovídající konzultace