

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Etické aspekty rozhodování o resuscitaci pacientů
v terminální fázi onemocnění v přednemocniční péči**

bakalářská práce

Autor práce: Lukáš Uher

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. et. Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D.

Datum odevzdání práce: 3. května 2013

Abstrakt

Jednou ze tří kontraindikací k zahájení kardiopulmonální resuscitace je stav, kdy se pacient nachází v terminálním stádiu základního onemocnění. (Bydžovský, 2008) Terminální stav pacientova nevyléčitelného onemocnění stanovuje lékař, nikoliv zdravotnický záchranář nebo jiný zdravotnický pracovník. (Sláma, 2009) *Zdravotnický záchranář (...) může (...) zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci.* (Vyhláška 55/2011 Sb., §17, písm. b) Zdravotničtí záchranáři, a někdy i lékaři, zahajují neodkladnou resuscitaci v kontraindikovaných případech ze strachu z právního napadení stran rodiny. „*Odnětím svobody na jeden rok až šest let bude pachatel potrestán, způsobí-li jinému smrt z nedbalosti proto, že porušil důležitou povinnost vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona.*” (Zákon č. 40/2009 Sb., §143, odst. 2) Díky optimisticky přehnané prezentaci neodkladné resuscitace roste i mezi lidmi přesvědčení, že je to jediný správný postup při oběhové zástavě v jakémkoliv stavu. Tím roste i tlak na záchranáře a lékaře v přednemocniční neodkladné péči, který je kladen blízkými a rodinnými příslušníky obětí náhlé oběhové zástavy. Záchranář i lékař reagují tak, že ze strachu před právním napadením rodinou za neposkytnutí adekvátní péče resuscitaci skutečně zahájí i u pacientů v terminálním stadiu onemocnění, ovšem s menším důrazem na frekvenci i hloubku stlačení hrudní kosti, navzdory svým znalostem a svému přesvědčení. Tomuto jevu říkáme „hollywood resuscitation“. (Sláma, 2009)

Cílem této práce je nastínit etickou problematiku resuscitace pacientů v terminální fázi onemocnění vnímanou pracovníky zdravotnické záchranné služby. Mým úkolem je zmapovat jejich zkušenosti s problematikou hollywood resuscitation a jejich postoje k dané problematice. Výzkumná otázka, kterou se zabývám, zní: “Jakým způsobem přistupují pracovníci posádek rychlé lékařské a rychlé zdravotnické pomoci k resuscitaci terminálně nemocných pacientů s ohledem na očekávání rodinných příslušníků?” V úvodu práce seznamuji čtenáře s charakteristikou povolání zdravotnického záchranáře, důležitostí neodkladné resuscitace a svým vztahem

k tématu. V teoretické části práce vymezují pojmy jako zdravotnická záchranná služba, neodkladná resuscitace a její indikace a kontraindikace, zdravotnické právo a terminální stav. Dále zmiňují etická dilemata urgentní medicíny, smrt z pohledu veřejnosti a etiku a důstojnost umírání. K získání výsledků jsem použil metodu kvalitativního výzkumného šetření, které jsem prováděl na Zdravotnické záchranné službě Jihomoravského kraje formou polostrukturovaných rozhovorů, nahrávaných na diktafon. Ty jsem následně přepsal formou otázka – odpověď. Ptal jsem se na deset základních otázek. Výzkumný soubor tvoří dva lékaři, čtyři lékařky a sedm záchranářů.

V průběhu výzkumu chci zmapovat zkušenosti pracovníků záchranné služby s problematikou hollywood resuscitation a jejich názor na tuto problematiku. Z rozhovorů vyplývá, že pojem hollywood resuscitation není známý, ale resuscitaci na rozhraní etiky a práva zažili všichni. Čtyři záchranáři hodnotí toto jednání jako neetické, není jim to příjemné. Cítí se do toho být nuceni legislativou. Zbylí tři záchranáři etiku na místě události buď neřeší, nebo převádějí odpovědnost na lékaře jeho přivoláním. Všichni lékaři si pod tímto pojmem představují přesně to, co ve skutečnosti znamená. Většině z nich se zpravidla nestává, že by zahajovali KPR proti svému etickému přesvědčení. Někteří proto, že si s rodinou citlivě promluví, jiní proto, že nejprve řeší pacientovy aktuální obtíže a až posléze pátrají po obecných informacích o něm. K výzkumné otázce jsem se z rozhovorů se záchranáři dozvěděl, že rodiny v těchto případech bývají buď smířené se situací, tedy jejich očekávání nejsou velká, nebo očekávají záchranu svého umírajícího blízkého. Psychický tlak na záchranáře ze strany rodiny bývá přímo úměrný její edukovanosti ošetřujícím nebo obvodním lékařem pacienta. Šest ze sedmi záchranářů uvádí, že nejsou kompetentní k rozhodování o nezahájení KPR u pacienta v terminálním stadiu onemocnění. Lékaři se snaží s rodinou promluvit, situaci jim vysvětlit a ve většině případů se setkávají s kladnou odezvou. Ke zlepšení této situace by přispělo kvalitní poučení rodiny v rámci zařízení, kde je pacient sledován pro svoji základní diagnózu. Dalším řešením by mohly být specifické dokumenty nebo kartičky, na kterých by bylo jasně dáno, že konkrétní člověk již nebude resuscitován. Podle takových specifických dokumentů by pak měly být dány

standardy pro postup zdravotnické záchranné služby, aby záchranáři cítili větší právní jistotu. Posledním návrhem řešení je navýšení kompetencí zdravotnickým záchranářům.

Klíčová slova:

resuscitace, terminální stav, smrt, zdravotnický záchranář, hollywood resuscitation

Abstract

One of the three contraindications to initiation of cardiopulmonary resuscitation is a condition where the patient is in the terminal stage of the disease. (Bydžovský, 2008) The patient's terminal condition of incurable disease must be diagnosed by a doctor, not a paramedic or other health professional. (Sláma, 2009) *The paramedic can (...) initiate and perform cardiopulmonary resuscitation.* (Decree 55/2011 Coll., §17, letter. B) Paramedics and doctors sometimes begin resuscitation in contra indicated cases for fear of legal challenges from the family. Penalties from such challenges can be severe, „*Imprisonment for one year to six years, the offender who causes the death of another through negligence because it violated an important duty arising from his employment, profession, position or function or imposed on him by law.*“ (Law No. 40/2009 Sb., §143, paragraph 2). In an atmosphere where over-optimistic presentation of resuscitation protocol outcomes is growing, many people believe that it is the only correct procedure for circulatory arrest regardless of life stage or terminal conditions. This increases the pressure put on the rescuers and doctors in pre-hospital emergency care by loved ones and family members of victims of sudden circulatory arrest. A paramedic and a doctor may respond the fear of legal challenges for failure to provide heroic care by actually begining resuscitation on patients with end-stage disease, but with less emphasis on the frequency and depth of compression of the sternum against their knowledge and beliefs. This phenomenon is called "hollywood resuscitation." (Sláma, 2009)

The purpose of this thesis is to outline the ethical issues of resuscitation on patients in the terminal phase of illness as perceived by emergency workers. My task is to map their experiences with the „hollywood resuscitation“ and their attitude on the issue. The research question that I deal with is, „How do emergency medical rescue service staff access the decision to resuscitate terminally ill patients with particular regard to the expectations of family members?“ The introduction introduces the reader with the nature of the paramedic profession, the importance of resuscitation and my

relationship to the topic. In the theoretical part I define terms such as emergency medical service, resuscitation and its indications and contraindications, medical law and terminal condition. Further I outline the ethical dilemmas of emergency medicine, death from public view and ethics and dignity of dying. To get the results I used qualitative research that I realized at Emergency Medical Service South Moravian Region by semi-structured interviews, recorded on a dictaphone. These I then rewrote to the form of a question - answer. I asked ten basic questions. The research group consists of two male doctors, four female doctors and seven paramedics.

The aim is to map the experiences of the emergency service's staff with the issue of hollywood resuscitation and their opinion on this issue. The interviews show that the notion of hollywood resuscitation is not known, but resuscitation at the interface of ethics and justice is experienced by all. Four paramedics rate their actions as unethical, this leaves them with the feeling of disappointment in themselves and their profession. They feel forced into this bind by the legislation. For the other three paramedics ethics at the place of the event were either do not perceive or they transferred responsibility to the doctor by calling him. All of these doctors were fully qualified and most of them have not launched the resuscitation against their ethical beliefs. Some doctors avoid the issue by speaking with sensitivity to the family, others by solving the patient's current difficulties and they get the general information about him later. Regarding the research question, I can say that from interviews with paramedics, that families in these cases are either resigned to the situation and therefore their expectations are not high, or they expect a full heroic rescue of their dying relative. Psychological pressure on the paramedics from the family is directly proportional education family or general practitioner treating the patient. Six of the seven responders stated that they are not competent to decide to withhold resuscitation on patients with end stage of disease. Doctors try to talk with the family, explain the situation to them and in most cases, they meet with a positive response. To improve this situation by contributing quality education to families in the facility where the patient is monitored for his primary diagnosis. Another solution could be specific document outlining end of life choices as

desired by the patient or card on which “Do Not Resuscitate” direction is clearly given. According to these specific documents pre-event direction is given that will direct amendment the standard procedure for emergency medical services. The rescue workers will feel greater legal certainty. This final designation document solution will increase paramedic’s competences.

Key words:

resuscitation, end stage condition, death, paramedic, hollywood resuscitation

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem 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 mé bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3.května

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Děkuji Mgr. et. Mgr. Ondřeji Doskočilovi Th.D., vedoucímu bakalářské práce, za vstřícný osobní přístup a cenné rady při její tvorbě. Děkuji záchranářům a lékařům Zdravotnické záchranné služby Jihomoravského kraje za poskytnutí rozhovorů. Závěrem děkuji příbuzným, známým a dobrodincům za jejich pomoc, ochranu a podporu.

OBSAH

Úvod	13
1.1 Zdravotnická záchranná služba	14
1.2 Neodkladná resuscitace	15
1.2.1 Indikace KPR – kdy KPR zahajujeme	16
1.2.2 Kontraindikace KPR – kdy KPR nezahajujeme	16
1.2.3 Kdy lze KPR ukončit	16
1.2.4 Přítomnost rodiny u KPR	17
1.2.5 Historie neodkladné resuscitace	18
1.3 Zdravotnický záchranář	21
1.3.1 Kompetence zdravotnického záchranáře při KPR	21
1.4 Zdravotnické právo	22
1.4.1 DNR a dříve vyslovené přání	23
1.4.2 Pojem lege artis	25
1.4.3 Terminální stav	26
1.5 Etika	27
1.5.1 Principy moderní lékařské etiky	27
1.5.2 Etická dilemata urgentní medicíny	28
1.5.3 Etické aspekty KPR	28
1.5.4 Hollywood resuscitation	30
1.6 Smrt a umírání	32
1.6.1 Sociální rozměr smrti a umírání	32
1.6.2 Důstojné umírání	33

1.6.3 Eutanázie a dystanázie	35
2.1 Cíl práce, výzkumné otázky a metody	37
2.1.1 Cíl práce	37
2.1.2 Výzkumná otázka	37
2.1.3 Zkoumané oblasti	37
2.1.4 Metodika	38
3.1 Přepis rozhovorů	39
3.1.1 Zdravotničtí záchranáři	39
3.1.2 Lékaři a lékařky	53
3.2 Sumarizace podle témat	65
3.2.1 Cítí se ZZ a lékaři kompetentní k ne zahájení KPR u pacienta v TS?	65
3.2.2 Povinnosti ZZ a lékařů versus jejich etické hodnoty	66
3.2.3 Zkušenosti s HR	67
3.2.4 Pocity vyvolávané při HR	67
3.2.5 Akceptování přítomnosti rodiny u KPR	68
3.2.6 Očekávání rodiny z pohledu pracovníků ZZS	69
3.2.7 Edukovanost rodiny o stavu jejich blízkého	69
3.2.8 Lidé nemají na to, aby jim příbuzný zemřel doma	70
3.2.9 Vědí pracovníci ZZS co je DVP dle platné legislativy?	70
3.2.10 Návrhy na řešení situace	71
4.1 Diskuze	74
Závěr	78
Zdroje	80
Seznam příloh	84

Seznam zkratk

KPR – Kardiopulmonální resuscitace

ZZS – Zdravotnická záchranná služba

HR – Hollywood resuscitation

TS – Terminální stadium onemocnění

DVP – Dříve vyslovené přání

ZŽF – Základní životní funkce

NZO – Náhlá zástava oběhu

DNR – Do not resuscitate (Neresuscitovat)

RZP – Rychlá zdravotnické pomoc (posádka bez lékaře)

RLP - Rychlá lékařská pomoc (posádka s lékařem)

ZZ – Zdravotnický záchranář

Úvod

Při vykonávání profese zdravotnického záchranáře (ZZ) se člověk stýká s lidmi rozmanitého původu, z různých vrstev a v rozličných životních situacích. Stává se „chameleonem“ ve společnosti, protože každá situace a každý člověk si vyžaduje jiné chování a ZZ se pacientovi musí přizpůsobit. Poskytuje odbornou první pomoc vlivným občanům i bezdomovcům, gerontologickým pacientům s bolavými zády ale i lidem, jejichž život je vážně ohrožen. Setkává se s lidmi, kteří jsou zpravidla ve stresové situaci, protože mají pocit ohrožení vlastního života a ve všech těchto situacích musí ZZ jednat rychle, zodpovědně a profesionálně. Není pochyb o tom, že tato profese je nadměrně psychicky náročná. Rozšířená KPR je jádrem práce ZZ. Žádný úkon v přednemocniční neodkladné péči nepůsobí tak komplexně a odborně.

Rozšířená KPR člověka v terminálním stádiu (TS) nevléčitelného onemocnění staví ZZ pod nadměrný psychický tlak. Jedna ze tří kontraindikací KPR je i TS základního onemocnění. Záchranáři tuto kontraindikaci opomíjejí z důvodu své ochrany před právním napadením tím, že zahajují neplnohodnotnou KPR. Ve své práci chci zmapovat názory pracovníků zdravotnické záchranné služby na tuto problematiku. Téma je mi blízké z pohledu člověka, který se staví odmítavě k eutanázii a dystanázii, z pohledu člověka, který touží po povolání zdravotnického záchranáře, a tedy předpokládá vysokou pravděpodobnost, že se s touto situací v praxi setká. Až se tak stane, chci být připraven, chci mít jistotu, že rozhodnutí, které učiním, je správné. Chci umět citlivě, vhodně a přece brilantně komunikovat s rodinou umírajícího pacienta o etice umírání a důstojné smrti.

Práce má část teoretickou a výzkumnou. V teoretické části vymezuji pojmy potřebné k pochopení zkoumané problematiky a ve výzkumné části uvádím přepis a analýzu rozhovorů nazvanou „Sumarizace“ současně s přehlednými tabulkami č. 1 a č. 2. Rozhovory zde člením do deseti oblastí týkajících se zkoumané problematiky. Následuje část „Diskuze“, kde konfrontuji odbornou literaturu s názory pracovníků Zdravotnické záchranné služby (ZZS) a doplňuji ji o vlastní názor. V části „Závěr“ pak celkově shrnuji výsledky zkoumané problematiky a vyvozuji důsledky pro mě a moji profesi.

1.1 Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnická záchranná služba (ZZS) je zdravotní službou, která poskytuje především přednemocniční neodkladnou péči pacientům s náhlou poruchou zdraví. (Zákon č. 374/2011 Sb., §2, odst.1)

Náhlou poruchou zdraví se rozumí náhle vzniklé onemocnění, úraz, nebo takové zhoršení zdravotního stavu, které by bez zásahu ZZS mohlo vést k prohlubování chorobných změn, selhání životních funkcí pacienta, náhlé smrti, případně vzniku trvalých následků. Náhlou poruchou zdraví se též rozumí náhle vzniklá intenzivní bolest nebo změny v chování a jednání vedoucí k ohrožení na zdraví nebo životě jiného člověka nebo pacienta samotného. (Zákon č. 374/2011 Sb., §3, odst. a)

ZZS drží nepřetržitý kvalifikovaný příjem tísňového volání na národní lince 155, vyhodnocuje naléhavost tísňového volání, rozhoduje o vyslání konkrétní posádky a organizaci přednemocniční neodkladné péče na místě události, komunikuje s cílovým nemocničním zařízením, poskytuje telefonicky asistovanou první pomoc do příjezdu výjezdové skupiny v případech k tomu určených. Dále ZZS poskytuje zdravotní péči prostřednictvím neodkladných, život zachraňujících výkonů přímo na místě události, transport pacienta do cílového nemocničního zařízení a soustavné sledování životních funkcí až do předání pacienta zdravotnickému pracovníkovi v cílovém zařízení. ZZS také poskytuje transport leteckými prostředky mezi poskytovateli akutní lůžkové péče a to jak pacientů, tak i tkání a orgánů k transplantaci v případech, kdy nelze transport zajistit jinak a hrozí-li nebezpečí z prodlení. Při hromadném neštěstí ZZS zajišťuje třídění raněných dle odborných poznatků urgentní medicíny. (Zákon č. 374/2011 Sb., §4)

Urgentní medicína je poměrně mladý medicínský obor. Jeho zaměřením je primární diagnostika neurčitých obtíží pacienta a stabilizace jeho stavu na místě události. Řeší akutní stavy všech věkových skupin obyvatel a všech medicínských oborů. Její složku přednemocniční naplňuje ZZS a její složka nemocniční obsahuje diagnosticko-léčebnou péči na úrovni urgentního příjmu. (Šeblová, J. In: Bartůněk, Ptáček a kol., 2011)

1.2 Neodkladná resuscitace

Kardiopulmonální resuscitace (KPR) je soubor postupů, použitých k co nejrychlejšímu obnovení dostatečného spontánního oběhu okysličené krve v organismus při jeho zástavě. V průběhu této zástavy se snažíme co nejefektivněji zabránit orgánovému poškození způsobeného hypoxií. (Mucha, J., Urbánek P., 2004)

KPR dělíme na základní tzv. BLS (Basic life support) a rozšířenou tzv. ALS (Advanced life support). (Bydžovský, 2008)

Základní KPR je poskytována bez zdravotnických pomůcek či léků, a proto ji mohou poskytovat ti, kteří jako první naleznou postiženého (svědci události, rodinní příslušníci, zdravotníci). Patří sem uvolnění dýchacích cest, umělé dýchání a nepřímá srdeční masáž. Cílem základní KPR je co nejrychlejší obnovení perfuze okysličené krve životně důležitými orgány (srdce a mozek). Kvalita a včasnost jejího poskytnutí hrají důležitou roli a jsou významné pro celkový úspěch KPR. (Mucha, J., Urbánek P., 2004)

Kvalitou rozumíme dostatečné stlačení hrudní kosti do hloubky 5 – 6 cm a dostatečnou frekvenci stlačení >100/min. (Franěk, 2011)

Rozšířená KPR zpravidla navazuje na základní KPR a provádí ji odborný zdravotnický pracovník, nejčastěji lékař nebo zdravotnický záchranář. Sem patří zajištění dýchacích cest pomůckami (nejčastěji endotracheální intubace), monitorování srdeční činnosti (EKG), elektroimpulsoterapie (zevní kardiostimulace, elektrická defibrilace) a aplikace příslušných léků. Následuje transport do nemocničního zařízení připraveného na poresuscitační péči o nemocného. Cílem rozšířené KPR je obnovení spontánní dechové a srdeční činnosti a krevního oběhu. (Mucha, J., Urbánek P., 2004)

Na hranici mezi základní a rozšířenou KPR se nachází defibrilace pomocí automatického externího defibrilátoru (AED), která sice vyžaduje použití přístroje, ale jeho obsluhu bezpečně zvládne i neškolený laik. (Franěk, 2011)

1.2.1 Indikace KPR – kdy KPR zahajujeme

KPR zahajujeme při náhlé zástavě oběhu, kdy krev přestane cirkulovat v oběhu ze dvou příčin: primárně kardiální a hypoxické. Primárně kardiální zástavy oběhu vznikají nejčastěji na podkladě maligní srdeční arytmie. Hypoxické zástavy bývají způsobeny obstrukcí dýchacích cest nebo intoxikací. (Franěk, 2011)

KPR také zahajujeme v případě, kdy pacient nereaguje na žádné podněty, nedýchá normálně nebo nedýchá vůbec a nejeví známky spontánní aktivity. (Šeblová, J. In: Bartůněk, Ptáček a kol., 2011)

1.2.2 Kontraindikace KPR – kdy KPR nezahajujeme

KPR nezahajujeme jestliže:

- od náhlé zástavy oběhu prokazatelně uběhlo více než 15 minut u dospělých (více než 20 minut u dětí) v případě normotermie, nebo více než 40 minut při hypotermii
- pacient má poranění neslučitelná se životem (dekapitace, výhřez mozkové tkáně)
- pacient se nachází v terminálním stadiu základního onemocnění
- pacient má jisté známky smrti (posmrtné skvrny, posmrtná ztuhlost, mrtvolný chlad, mrtvolný rozklad). (Bydžovský, 2008)

1.2.3 Kdy lze KPR ukončit

KPR lze ukončit pokud:

- došlo k úspěšnému obnovení základních životních funkcí
- během neodkladné resuscitace trvající minimálně 20 minut nedošlo ke známkám okysličení organismu jako např. zúžení zornic, měřitelná SpO₂, obnovení laryngeálních reflexů

- během KPR trvající minimálně 30 minut při rytmu jiném než je komorová fibrilace nedošlo k obnově základních životních funkcí. V případě komorové fibrilace se KPR prodlužuje na 60 minut, v případě podání trombololytika (podezření na plicní embolii) se prodlužuje až na 90 minut
- během KPR došlo k totálnímu vyčerpání zachránců.

Rozšířenou KPR může ukončit pouze lékař. (Franěk, 2011)

Bydžovský (2008), Franěk (2011) a Sláma (2009) mají stejné názory na ukončení a nezahájení KPR. Pokorný (2010) s nimi souhlasí v nezahájení KPR v případě jistých známek smrti, uplynutí krajní doby od zástavy oběhu do zahájení KPR a zranění neslučitelných se životem. Přidává však, že kontraindikací ke KPR je dříve učiněné rozhodnutí neresuscitovat v případě náhlé zástavy oběhu a vyčerpání všech možností KPR bez efektu. Ve svém díle Lékařská první pomoc (2010) neuvádí jako kontraindikaci „terminální stav nevléčitelného onemocnění“, jak se můžeme dočíst v publikacích jiných autorů, nýbrž podle Pokorného je kontraindikací ke KPR „závažná polymorbidita“ pacienta. Při ukončení KPR Pokorný souhlasí s Bydžovským, Franěkem a Slámou v totálním vyčerpání zachránců a obnovení spontánního dechu a oběhu. Navíc uvádí, že KPR též ukončujeme, když postupně zjistíme rozvíjející se známky smrti, když se okolní prostředí stane pro zachránce nebezpečné a když je zachránce v práci vystřídán týmem zdravotnické záchranné služby. (Pokorný, 2010)

1.2.4 Přítomnost rodiny u KPR

Přítomností rodiny u KPR svého blízkého se společnost zabývá už od 80. let minulého století. Příbuzní by rádi byli přítomni resuscitačnímu úsilí a 90% z těch, kteří již tuto zkušenost mají za sebou, by to udělali znovu. Dle jejich názorů se svojí přítomností lépe vyrovnají s úmrtím svého blízkého. Tato volba je zcela na straně příbuzných. Navíc v případě mimonemocniční srdeční zástavy už mohou být příbuzní dávno přítomni a poskytovat KPR. Měla by jim tedy být nabídnuta ta samá možnost. Tím, že je necháme dívat se na naši práci zároveň oceníme jejich předešlé úsilí. (Lippert a kol., 2010)

Není třeba hovořit o tom, zda rodina má nebo nemá být přítomná KPR rodinného příslušníka v domácím prostředí, jelikož tehdy je přítomna téměř vždy. Pro jejich nepřítomnost nahrává názor možných traumatizujících psychických následků v souvislosti s invazivními výkony učiněnými na jejich blízkém během KPR. Pro jejich přítomnost pak jasně hovoří naprostá informovanost a nemožnost pochybovat o tom, že pro záchranu jejich blízkého bylo uděláno maximum. (Šeblová, J. In: Bartůněk, Ptáček a kol., 2011)

1.2.5 Historie neodkladné resuscitace

Už od samého úsvitu civilizace je mezi lidmi snaha o vzkříšení náhle zemřelých osob. Toto myšlení je zakořeněno někde hluboko v nás, protože kdykoliv je člověk svědkem náhlé ztráty svého blízkého, je v jeho povaze tuto skutečnost negovat a snažit se o jeho vzkříšení. Z psychologického hlediska k sobě mají laické snahy o vzkříšení a moderní odborné resuscitační algoritmy velice blízko. Řeční filosofové se domnívali, že lidský mozek je jakousi vyšší formou bytí, ve které je ukryt obrovský potenciál. Oživování člověka tedy pro ně nemělo valného významu, nedošlo-li k obnově funkce mozku. Toto je velice zajímavá a důležitá myšlenka, která se zachovala až dodnes. Navrácení bytí člověku je dnes také akceptovatelné pouze tehdy, dovede-li člověk vnímat a vést aktivní život i po KPR. Středověkému křesťanskému myšlení ak byly resuscitační postupy cizí a chápalo je jako protivení se Boží vůli, a jako takové byly i trestány. (Dvořáček, 2009)

Změnu přineslo až osvícenství a sekularizace spolu s vírou ve vědecký pokrok. Objevila se i oficiální nařízení o KPR, první například v zaplavovaném Amsterdamu, kde se často stávalo, že někdo utonul. Principem KPR bylo, že utonulého pověsili za nohy na lano, tak vytekla voda z dýchacích cest a následně utonulého spouštěli hrudníkem k zemi, přičemž ho za paže držel druhý člověk. Tak mělo docházet k obnově dýchání. Metoda byla zdokonalována pomocí sudu, po kterém byl utonulý „válen“, čímž docházelo k opětovnému stlačování hrudníku a vylití vody z těla, nebo později přehozením utonulého přes sedlo koně, se kterým se potom cválalo. (Šín, 2011)

Roku 1543 Vesalius poprvé popsal komorovou fibrilaci u zvířat a roku 1555 je ventiloval přerušovaným přetlakem. Mnohem lépe a odborněji pak popsal komorovou fibrilaci Hofe a Ludwig roku 1850. První lékařskou zprávu o úspěšném oživení podal Tosach roku 1744. Roku 1858 se objevila metoda nepřímého dýchání dle Silvestra. Spočívala v přitlačování horních končetin na hrudník. Metoda pak v té samé podobě přežila dalších sto dvacet let, a to bez uvolňování dýchacích cest. Metodiky o ožívování vzniklé na začátku 20. století se vztahovaly především na utonulé a oběti zasažené elektrickým proudem. Ve své době byly zaznamenávány ojedinělé případy úspěšných KPR. (Dvořáček, 2009)

Roku 1947 byla provedena první defibrilace a byly vypracovány postupy patofyziologie vedoucí ke KPR. Skutečnou podobu dnešní KPR dal v roce 1960 profesor Peter Safar. Společně s Rubenem zjistili, že jediná účinná podpora dechu je dýchání z úst do úst. Nezávisle na nich Kouwenhoven, Knickerbocker a Jude uveřejnili v roce 1961 rozsáhlou práci o výsledcích zevní srdeční masáže u psů. Profesor Safar obě tyto metody pohotově spojil a roku 1961 tak položil základy dnešní KPR. V roce 1966 vyšly první metodické pokyny ke KPR. Safarova resuscitační abeceda od počátku spojuje laické resuscitační postupy s těmi odbornými. Postupně se tato Safarova metodika prosadila v celém civilizovaném světě. U nás se tak stalo roku 1974 prostřednictvím metodického opatření ministerstva zdravotnictví. (Franěk, 2011)

Autor KPR tuto metodu indikoval především pro pacienty, u nichž došlo k náhlé zástavě oběhu z plného zdraví, k zástavě oběhu během celkové anestezie, utonulé a pro oběti zásahu elektrickým proudem. Kontraindikoval ji tam, kde selhání oběhu ani smrt nebyly neočekávané, tedy u pacientů ve stavech nevratného terminálního onemocnění. (Sláma, 2009)

Roku 1993 se v Norsku setkali zástupci odborných společností – American Heart Association, European Resuscitation Council, Heart and Stroke Foundation in Canada a Australian Resuscitation Council. Jejich cílem bylo postavit KPR na odborných základech. Vypracovali zde tzv. Utsteinský protokol týkající se KPR. Světově uznávanou autoritou v oboru KPR je ILCOR – International Liaison Committee on Resuscitation

(Mezinárodní styčná komise pro resuscitaci). Ta vydala v Dallasu roku 2000 první celosvětové Guidelines. Proběhlo jejich zpracování Evropskou resuscitační radou (European Resuscitation Council) pro evropské podmínky. Aktuální změny v algoritmech přinesly Guidelines 2005 a naposledy 2010. (Dvořáček, 2009)

1.3 Zdravotnický záchranář

Zdravotnický záchranář získá kompetence k výkonu svého povolání buď vysokoškolským studiem akreditovaného tříletého bakalářského oboru Zdravotnický záchranář nebo absolvováním denního tříletého (příp. tři a půl letého kombinovaného) studia oboru Diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšší odborné škole.

Školní rok 1998/1999 byl poslední, kdy bylo možné nastoupit studium Zdravotnický záchranář na střední zdravotnické škole. (Zákon č. 96/2004 Sb., §18)

1.3.1 Kompetence zdravotnického záchranáře při KPR

Zdravotnický záchranář během KPR může bez indikace lékaře monitorovat a hodnotit vitální funkce, snímat elektrokardiografický záznam a tím průběžně sledovat a hodnotit poruchy rytmu. Dále může monitorovat pacienta pulsním oxymetrem, může také zahajovat a provádět KPR s použitím ručních křísicích vaků, včetně elektrické defibrilace srdce po natočení elektrokardiografického záznamu. Dále pak může během KPR zajišťovat periferní žilní vstup a nitrožilně aplikovat krystaloidní roztoky.

Na základě indikace lékaře pak může zdravotnický záchranář během KPR zajistit intraoseální vstup, podávat léčivé přípravky, zajišťovat dýchací cesty dostupnými pomůckami, aplikovat kyslíkovou terapii, nastavit přístrojovou ventilaci na parametry určené lékařem a provádět hygienu dýchacích cest pacientů na umělé plicní ventilaci. (Vyhláška 55/2011 Sb., §17)

1.4 Zdravotnické právo

Během svého života několikrát vstupujeme do právních vztahů s medicínou. Když se narodíme, když jdeme na preventivní prohlídku, vstoupíme-li do ordinace lékaře, přijede-li k nám ZZS, tím vším vstupujeme do právních vztahů se zdravotnictvím. Zpravidla očekáváme od zdravotníků profesionální chování na vysoké úrovni a často si správně neuvědomujeme všechna svá práva a povinnosti. (Mach, 2006)

Každý z nás se může dostat do situace, kdy bude potřebovat první pomoc a urgentní lékařskou péči, bez které by byl buď ohrožen smrtí, nebo vážným poškozením zdraví. Tyto situace bývají většinou vyhrocené a každý občan České republiky má ze zákona danou povinnost v těchto případech jednat. (Mach, 2006)

Každý občan je povinen poskytnout první pomoc člověku, který jeví známky vážné poruchy zdraví, nebo jiného vážného onemocnění. Kdo by tak neučinil, hrozí mu trest odnětí svobody až na dvě léta.

„Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.“ (Zákon č. 40/2009 Sb., §150, odst. 1)

Účastníci dopravní nehody jsou povinni poskytnout potřebnou pomoc pod pohrůžkou trestu odnětí svobody dokonce až na pět let nebo zákazu činnosti.

„Řidič dopravního prostředku, který po dopravní nehodě, na níž měl účast, neposkytne osobě, která při nehodě utrpěla újmu na zdraví, potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na pět let nebo zákazem činnosti.“ (Zákon č. 40/2009 Sb., §151)

Lidé vykonávající povolání ve zdravotnictví jsou touto povinností svázáni o to víc.

„Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zamě-

stnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.“ (Zákon č. 40/2009 Sb., §150, odst. 2)

Kdyby snad zdravotník zanedbal některou ze svých kompetencí, špatně rozeznal stav pacienta a nezahájil adekvátní péči, jinak taky péči lege artis, a tím způsobil smrt jinému člověku, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až šest let.

„Odnětím svobody na jeden rok až šest let bude pachatel potrestán, způsobil-li jinému smrt z nedbalosti proto, že porušil důležitou povinnost vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona.“ (Zákon č. 40/2009 Sb., §143, odst. 2)

Podobně je to i v případě, pokud by zdravotník svým nedbalým jednáním způsobil člověku ublížení na zdraví, kde je trest mírnější.

„Kdo jinému z nedbalosti ublíží na zdraví tím, že poruší důležitou povinnost vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok nebo zákazem činnosti.“ (Zákon č. 40/2009 Sb., §148, odst. 1)

Dalším trestným činem proti životu a zdraví je těžké ublížení na zdraví z nedbalosti.

„Odnětím svobody na šest měsíců až čtyři léta nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán, způsobil-li z nedbalosti jinému těžkou újmu na zdraví proto, že porušil důležitou povinnost vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona.“ (Zákon č. 40/2009 Sb., §147, odst. 2)

1.4.1 DNR a dříve vyslovené přání

Statut DNR (neresuscitovat) je vyjádřením buď pacientovy autonomie, kdy dává najevo, že v případě náhlé zástavy oběhu si nepřeje být resuscitován, nebo vyjádřením lékařovy direktivy, kdy zavede statut DNR u pacienta, který se nachází v TS nevyléčitelné nemoci neschopen vyjádřit souhlas či nesouhlas. V druhém případě se ale jedná o pacientem nevyžádaný postup. (Drábková, J. In: Bartůněk, Ptáček a kolektiv, 2011)

Český právní řád pojem DNR dlouho neznal. Opřít se mohl teprve o Úmluvu o ochraně lidských práv a biomedicině, jež se u nás do zákona včlenila roku 2001 pod číslem 96/2001 Sb. m.s., kde se v článku 9. hovoří o tzv. dříve vysloveném přání. (Sláma, 2009)

„Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.“ (Zákon č. 96/2001 Sb., II. kapitola, čl.9)

Dále však není definováno, kdy je toto „dříve vyslovené přání“ (DVP) možné učinit a jakou podobu by mělo mít. To v naší legislativě ukotvuje až zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, konkrétně §36 odst. 1 ho definuje takto:

„Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas předem vyslovit (dále jen „dříve vyslovené přání“).“ (Zákon č. 372/2011 Sb., §36, odst. 1)

Dále jsou charakterizovány podmínky, za kterých je možné DVP učinit a jeho podoba. Protože se autor práce zaměřuje na přednemocniční neodkladnou péči, zvláštní pozornost si zaslouží odst. 5 písm. c v §36. Ten definuje, kdy není třeba DVP respektovat.

„Dříve vyslovené přání nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušeni by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.“ (Zákon č. 372/2011 Sb., §36, odst. 5 písm. c)

„Dříve vyslovené přání není třeba respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím; rozhodnutí o nerespektování dříve vysloveného přání pacienta a důvody, které k němu vedly, se zaznamenají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.“ (Zákon č. 372/2011 Sb., §36, odst. 5 písm. a)

Přednemocniční neodkladné péče se také úzce týká §36, odst. 4 zákona, z něhož vyplývá, že například pacient v terminálním stadiu onemocnění se selhávajícími životními funkcemi, k němuž přijede ZZS, může učinit přání nebýt resuscitován, které se zaznamená do výjezdové karty a pod něj se podepíše záchranář, pacient a svědek (většinou člen rodiny).

„Pacient může učinit dříve vyslovené přání též při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace, a to pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem. Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek.“ (Zákon č. 372/2011 Sb., §36, odst.4)

1.4.2 Pojem lege artis

Pojem *lege artis* v překladu z latiny znamená *podle pravidel vědy*. (Kraus, 2007, str.476) Před rokem 2011 jsme se pojmem *lege artis* mohli opřít pouze o §11 odst. 1. zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, jež tvrdil, že zdravotnická zařízení poskytují péči v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. (Zákon č. 20/1966 Sb., §11, odst. 1)

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách nově pojem *lege artis* upravuje, a to konkrétně §28 odst. 2, který říká, že pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni. Význam náležité odborné úrovně pak vysvětluje §4 odst.5 téhož zákona.

„Náležitou odbornou úrovní se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.“ (Zákon č. 372/2011 Sb., §4, odst. 5)

1.4.3 Terminální stav

Terminální stav bývá lékaři nejčastěji označován jako klinický stav pacienta těsně před smrtí, kdy se postupně snižuje stav vědomí pacienta a již dochází k postupnému oběhovému i respiračnímu selhávání (tzv. terminální agonie). Takto jsou označováni také pacienti s onkologickým onemocněním v pokročilém stadiu, u kterých již byly vyčerpány veškeré možnosti onkologické léčby, u kterých se často objevují nepříjemné symptomy a kteří jsou taktéž klinicky velmi nestabilní a dá se u nich předpokládat vstup do fáze „terminální agonie“ během dnů nebo týdnů. Terminální stav je též určován nevratností a léčebnou neovlivnitelností patologických změn probíhajícího onemocnění. (Sláma, 2009)

Terminální stav onemocnění je konečné stadium onemocnění, které již není léčebně ovlivnitelné a není slučitelné se životem. (Ševčík, 2010)

Kutnohorská mluví o terminální péči u pacientů, u kterých už není možné dojít ke zlepšení smrtelné prognózy dostupnými léčebnými metodami a stejně tak o péči při samotném příchodu smrti. (Kutnohorská, 2007)

Pro tuto práci je důležitá skutečnost, kterou uvádí Sláma, a sice, že terminální stav pacientova nevléčitelného onemocnění stanovuje lékař, nikoliv zdravotnický záchranář nebo jiný zdravotnický pracovník. (Sláma, 2009)

1.5 Etika

Etika je nauka o morálce. Zkoumá morální obsahy našich činů, předpokládá, že jsme mravní bytosti odpovědné za své činy a schopné rozhodovat se, co je správné a co je špatné. Při tomto rozhodování obvykle vycházíme ze své morální tradice nebo náboženské víry. (Kutnohorská, 2007)

Aristotelovo učení říká, že mravním člověkem se nestaneme pouhým tupým plněním povinností (např. legislativy), nýbrž udržováním určité rovnováhy ve svém jednání mezi extrémní pomocí vzájemného srovnávání potřeb, přání a povinností. (Šimek, 2012)

Vysoké etické nároky jsou kladeny na pracovníky především v povoláních, kde je v centru pozornosti člověk. Jedním z významnějších povolání je v tomto směru zdravotnictví. V dnešní době, kdy se nelékařské zdravotnické profese formují do vysokoškolských oborů, je třeba vymezit pojmy etiky pro tyto profese. Dlouhou dobu se používal pojem *lékařská etika*, který ovšem silně zdůrazňuje roli lékaře. Naší generaci se vžil pojem *zdravotnická etika*, překlad anglického *health care ethics*, která je jakousi odnoží lékařské etiky. (Doskočil, Dolista, 2007)

1.5.1 Principy moderní lékařské etiky

Zásady lékařské etiky vycházejí z Hippokratovské tradice a odrážejí do jisté míry i tradice velkých monoteistických náboženství. V průběhu času byly rozšiřovány o nové povinnosti aniž by byly v rozporu s těmi původními. Princip nonmaleficence zakazuje poškodit, ublížit či dokonce usmrtit druhého. Princip beneficence přikazuje činit druhým dobro, předcházet poškození a pečovat o tělesnou i duševní pohodu pacienta. Princip autonomie pacienta nás nabádá k respektování pacientova názoru na léčbu, která se jej týká, jeho souhlas nebo nesouhlas s ní. Poslední je princip spravedlnosti. Toho užíváme při srovnávání potřeb jednotlivců v případě omezených zdrojů. Principy lékařské etiky jsou nastaveny volně, ale pokud se dva nebo více z nich dostanou do konfliktu, nevíme, jak takové dilema řešit. (Vácha, M. In: Vácha a kol., 2012)

1.5.2 Etická dilemata urgentní medicíny

Pro lékaře i záchranáře nastane etické dilema tehdy, neexistuje-li na náhle vzniklou situaci jednoznačné řešení, a na něm spočine morální odpovědnost provedení mravního rozhodnutí. V medicíně se v souvislosti s etickými problémy hovoří o tématech od eutanázie po problematiku klonování. Urgentní medicína je však poměrně specifický obor se specifickými etickými problémy. Těmi mohou být právě otázky spojené s indikací a kontraindikací KPR, přítomnost rodiny na místě KPR či needukovanost rodiny o postupech KPR a její následná traumatizace. (Šeblová, J. In: Bartůněk, Ptáček a kol., 2011)

1.5.3 Etické aspekty KPR

Po svém zavedení do praxe byla KPR přijata odbornou i laickou veřejností jako standardní postup u všech osob s oběhovou nebo dechovou zástavou. (Sláma, 2009)

Některé resuscitační pokusy končí úspěšně, většina z nich bohužel úspěchem nekončí. (Lippert a kol., 2010)

Řada etiků i kliniků připomíná, že KPR nebyla nikdy zamýšlena jako univerzální léčba, ale jako postup mající své indikace a kontraindikace. Vyšlo totiž najevo, že KPR u polymorbidních a pokročile nemocných pacientů bývá zpravidla neúspěšná. (Sláma, 2009)

Pro resuscitační péči platí, že KPR nebude prováděna v případech, kdy život očividně nelze zachránit a když selhání základních životních funkcí způsobil terminální stav nevléčitelného onemocnění. (Mach, 2006)

Zajištění adekvátní léčby při oběhové zástavě vyžaduje často použití mnoha prostředků a vysokých nákladů, které jsou čerpány zpravidla z velmi omezených zdrojů. Princip spravedlnosti dohlíží mimo jiné na to, aby byla KPR k dispozici všem, kteří z ní mohou mít benefit. Etické úvahy o rozhodování na konci života by měly být diskutovány napříč celou společností, aby usnadnily práci zdravotnickým pracovníkům, kteří se pak

s touto situací setkávají tváří v tvář, a to v silně specifickém prostředí urgentní medicíny. Ve všech případech NZO je záchranář konfrontován se dvěma otázkami: kdy začít a kdy ukončit resuscitační pokusy? V jednotlivých případech je rozhodování začít, pokračovat nebo ukončit resuscitační pokusy založeno na rovnováze mezi benefity a riziky pro pacienta a cenou těchto intervencí, které použijeme. KPR je nevhodná a neměla by být poskytována tam, kde je jasné, že toto úsilí bude marné nebo v rozporu s vyjádřeným přáním pacienta. V nemocnici je rozhodnutí nezahájit KPR obvykle učiněno starším zkušenějším ošetřujícím lékařem po jeho vhodné konzultaci s pacientem nebo vedoucím přivolaného resuscitačního týmu. V přednemocničních podmínkách v nepřítomnosti lékaře může být rozhodnutí učiněno na základě standardního protokolu nebo po konzultaci s lékařem. Mnoho případů NZO vzniklých mimo nemocnici je v rukou záchranářů, kteří pak čelí těmto dilematům, jako stanovit, kdy je KPR marná a kdy by od ní mělo být upuštěno. Marnost léčby spočívá v nepřijatelnosti kvality života po KPR a prodloužení takového života. Obecně lze říci, že KPR nebude zahájena, pokud je zde platné předem vyslovené přání, které by odporovalo zahájení KPR, pokud je jasné, že KPR by byla marná, a v případech smrtelného zranění. V takových případech pak nelékařský zdravotnický pracovník stanovuje suspektní diagnózu smrti. Smrt následně konstatuje lékař. (Lippert a kol., 2010)

Šeblová tvrdí, že rozhodování zdravotnických profesionálů týkající se marné léčby je velmi náročné. Odkazuje se při tom na doporučení České lékařské komory z roku 2010. Kdybychom prodlužovali život pacienta bez jeho přijatelné kvality po KPR, je jasné, že by toto jednání bylo neetické. V prostředí přednemocniční neodkladné péče je však čas na zvážení kontraindikací a marnosti léčby příliš krátký. Kvalifikované rozhodnutí o marnosti léčby ve prospěch zachování důstojnosti pacienta je proto možné až v podmínkách nemocniční péče, kdy máme všechny dostupné informace a případně i dříve vyjádřené přání samotného pacienta. (Šeblová, J. In: Bartůněk, Ptáček a kol., 2011)

1.5.4 Hollywood resuscitation

KPR je laickou veřejností mylně považována za úspěšnou intervenci v 80-90%. Hlavní příčina se přikládá médiím a televizním seriálům typu Nemocnice Chicago Hope, kde je tato metoda prezentována jako akční a většinou úspěšná. (Sláma, 2009)

Televizní seriály ze zdravotnického prostředí nikdy medicínu neukazují v jejím pravém světle, kterým jsou střízlivost a rutina, nýbrž ji zpravidla zkreslují do podoby heroických výkonů. Tím ve veřejnosti vyvolávají dojem, že medicína je všehoschopná a že zdravotnická záchranná služba je dostupná okamžitě a kdekoliv. (Šeblová, J. In: Bartůněk, Ptáček a kol., 2011)

Díky takto optimisticky přehnané prezentaci KPR roste i mezi lidmi přesvědčení, že je to jediný správný postup při oběhové zástavě v jakémkoliv stavu. Tím samozřejmě roste i tlak na záchranáře a lékaře v přednemocniční neodkladné péči, který je kladen blízkými a rodinnými příslušníky obětí náhlé oběhové zástavy. Záchranář i lékař reagují tak, že ze strachu před právním napadením rodinou za neposkytnutí adekvátní péče KPR skutečně zahájí i u pacientů v terminálním stadiu onemocnění, ovšem s menším důrazem na frekvenci i hloubku stlačení hrudní kosti. Zkušenosti zahraničních kolegů ale ukazují, že citlivá edukace pacienta, rodiny a veřejnosti o nízké úspěšnosti KPR umírajícího pacienta může jejich pohled na věc modifikovat. První články o nedůstojném umírání terminálně nemocných pacientů, kteří byli před smrtí několikrát resuscitováni, se v odborné literatuře objevily koncem 60. let 20. století. Z té doby je dokumentovaná praxe z prostředí amerických nemocnic, kdy u těchto pacientů docházelo, do jisté míry, k předstírané KPR, která byla ve výsledku samozřejmě neúspěšná. Cílem bylo předejít stížnostem stran rodinných příslušníků kvůli zanedbání péče. Rozhodování o zahájení této nekompletní KPR si bral za své lékařský tým, zpravidla bez vědomí rodiny. Toto rozhodnutí bylo zaznamenáno v dokumentaci zkratkou SC nebo HC („Show code“ nebo „Hollywood code“). Odtud pochází pojem hollywood resuscitation, neboli resuscitace „pro forma“. (Sláma, 2009)

O skutečnosti, že pojem hollywood resuscitation se netýká pouze nemocničních zařízení v USA potvrzují dokonce i Mucha a Urbánek v knize Urgentní medicína (2004),

kteří mluví o tzv. „alibistické“ KPR právě v případech, kdy si je lékař jist, že se pacient nachází v TS nevléčitelného onemocnění. Kvůli uklidnění přítomných příbuzných a jejich ujištění, že pro umírajícího bylo učiněno maximum, lékař nebo záchranář KPR zahájí, avšak s menším důrazem. (Mucha, J., Urbánek, P., 2004)

Podle Slámy (2009) rostoucí respekt k autonomii pacienta a narůstající volání rodiny či blízkých po právní odpovědnosti lékaře v případech negativních léčebných výsledků způsobuje, že lékaři i zdravotníci cítí právní nejistotu. Odkazuje se při tom na průzkumy učiněné v roce 2005 v USA. Zmiňovanou právní nejistotu podle Slámy někteří z lékařů řeší tzv. „defenzivní medicínou“, tedy ordinováním léčebných postupů, které oni sami považují za zbytečné vzhledem k pacientovu stavu. Činí tak jen proto, aby je rodina nemohla napadnout za neposkytnutí dostatečné péče. Sláma tvrdí, že podle jistých náznaků se tento trend přesouvá z USA i do střední Evropy. (Sláma, 2009)

1.6 Smrt a umírání

Smrt je přirozenou součástí našeho života, nikdo se jí nemůže vyhnout. Smrt je zároveň tabuizované téma, o kterém lidé neradi slyší, mluví, ba dokonce přemýšlí. (Vorlíček In: Haškovcová, 2007)

Kutnohorská uvádí, že smrt je jedinou jistotou, která je člověku dána již v okamžiku zrození. Mnoho věřících lidí má naději v myšlence, že smrt není zničením osobnosti, nýbrž pouze jakousi transformací duše ve věčný život. Skeptici tento názor vnímají jako výmysl. (Kutnohorská, 2007)

Bydžovský rozlišuje smrt klinickou a biologickou. Smrt klinická je reverzibilní stav, který se projevuje zástavou oběhu, dechu a bezvědomím. Smrt biologická je oproti tomu stav irreverzibilní a je dán smrtí mozku. (Bydžovský, 2008)

Smrt dále dělíme na sociální, psychickou a fyzickou. Sociální smrtí rozumíme stav, kdy je člověk izolován od společnosti ať už ze svého přesvědčení, nebo z vnějších příčin např. nemoci. Sociální smrt tedy může prožít i člověk zdravý. Psychická smrt je stav totální beznaděje a zoufalství, který usnadňuje příchod smrti fyzické. Tou pak rozumíme ztrátu funkce mozku, se kterou trvale odchází i vědomí. Smrt je fenomén, na který je třeba nahlížet z hlediska psychologického, sociálního, filosofického, medicínského a etického. (Kutnohorská, 2007)

Lidé dříve umírali tzv. přirozenou smrtí, jinak také označenou jako sešlost věkem. Dnes smrt způsobují zpravidla konečná stadia onemocnění. (Haškovcová, 2007)

1.6.1 Sociální rozměr smrti a umírání

Bývalo pravidlem, že lidé umírali doma v kruhu rodiny a blízkých. V dnešní době však příbuzní umírajícího člověka věří tomu, že nejlepším, co pro něj mohou udělat, je poskytnout mu kvalitní péči v nemocničním zařízení. (Kutnohorská, 2007)

Stejný názor zastává i Sláma. Popisuje fenomén 50.-70. let minulého století, kdy lidé masově umírali v nemocničních zařízeních a léčebnách dlouhodobě nemocných, zatímco 100 let dříve bylo normální umírat v domácím prostředí v kruhu rodiny. Britský sociolog David Clark zavedl pro tento fenomén termín „hospitalizace umírání“. Jako příčiny této proměny péče o umírající vidí Sláma proměny modelu rodiny, kdy dochází k rozvolnění tradičního vícegeneračního soužití, mladí lidé se často stěhují za prací, zvyšuje se i zaměstnanost žen, a tím ubývá ochoty i času postarat se o své blízké v době, kdy to nejvíce potřebují. (Sláma, 2009)

Tak jako byl dříve v centrech vesnic kostel a hřbitov, tak byla i smrt v centru života. Smrt působila jako tmelící prvek rodinného života. Zkušenosti péče o umírajícího přecházely z generace na generaci a smrt se postupně stala součástí rituálů. Jejich součástí bylo i urovnání vztahů, sepsání poslední vůle, rozloučení se s rodinou, přáteli a známými, kteří si kladli za povinnost dostavit se k lůžku umírajícího. (Kutnohorská, 2007)

1.6.2 Důstojné umírání

Slovo důstojnost pochází z latinského „*dignus*“ (hodnota, cena) a můžeme ho chápat jako vážnost chování. (Haškovcová, 2007)

Důstojnost, coby úctu k druhým lidem a k sobě samému, může každý z nás vnímat trochu jinak. Proč tomu tak je? Názory na to, co je vlastně důstojnost se totiž „tak trochu“ liší i u různých významných osobností světových dějin. V Bartůňkovi, Ptáčkovi a spol. (2011) čteme nejprv názor římského řečníka a filosofa Marca Tullia Cicera. Ten za důstojnost považuje autoritu osoby, jejíž pozitivní vlastnosti by měly být spojeny s postavením a pověstí dané osoby. Člověk by se měl v průběhu svého života o svoji důstojnost zasloužit svým chováním, jednáním a vystupováním před lidmi. Určitou důstojnost také předpokládá pro každého člověka. Dále čteme názor anglického filosofa Thomase Hobbesa. Důstojnost definuje jako tržní cenu, kterou uděluje společnost dané osobě na základě jejího původu, postavení, moci nebo talentu. Jako posledního zmiňují německého filosofa Immanuela Kanta. Ten odmítá názor, že by důstojnost měla být pouze

tržní cenou a zdůvodňuje to tím, že neexistuje žádný ekvivalent, za který by bylo možné tuto hodnotu vyměnit. Jeho názor je patrný z jeho citátu: „*Jednej tak, abys používal lidství jak ve své osobě, tak i v osobě každého druhého vždy zároveň jako účel a nikdy pouze jako prostředek.*“ (Munzarová, M., In: Bartůněk, Ptáček a kol., 2011, s. 51)

Mezi dokumenty ukotvující pojem důstojnosti do legislativy počítáme v první řadě Univerzální deklaraci lidských práv, vydanou Organizací spojených národů v roce 1948. V článku 1 se zde píše: „*Všichni lidé rodí se svobodní a sobě rovni v důstojnosti i právech. Jsou nadáni rozumem a svědomím a mají spolu jednat v duchu bratrství.*“ (Všeobecná deklarace lidských práv, 1948)

Dalším dokumentem je Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a biomedicíny, vydaná Radou Evropy roku 1997. Její článek 1 uvádí toto: „*Smluvní strany budou chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez rozdílu zaručí úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny.*“ (Úmluva o lidských právech a biomedicině, 2000)

Slovo důstojnost ve spojení se smrtí může znít dnes poněkud zvláště možná proto, že se oproti minulosti změnila okolnosti umírání. Důstojnou smrtí dnes rozumíme pozitivní estetickou stránku procesu umírání. Spatřujeme ji v důsledné a obětavé ošetrovatelské péči o člověka, který ji potřebuje. (Haškovcová, 2007)

V dnešní době je fenomén smrti silně tabuizován. Stankušová tvrdí, že je na čase téma aktualizovat, a tak o umírání a smrti uvažovat jako o něčem, co nás jednou čeká. Ošetřující personál by měl nejprve rodině poskytnout vědomí, že pro jejich blízkého bylo uděláno vše k odvrácení smrti, a když se jeho stav stane nevratným, je třeba, aby rodinní příslušníci měli možnost vnímat, že jejich blízký netrpí a že je mu umožněno důstojně odejít z tohoto světa. (Stankušová, H., In: Bartůněk, Ptáček a kol., 2011)

„*Jestliže si člověk bude opakovaně připomínat konečnost svého života, bude pak zcela jistě jinak odpovědně zacházet s drahocenným časem, který je mu pro pobyt na tomto světě dán. Nepochybně bude vnímavější k potřebám občanů, kteří už stojí na prahu smrti.*“ (Haškovcová, 2007, s. 15)

1.6.3 Eutanázie a dystanázie

Eutanázií rozumíme dvě věci: dobrou krásnou smrt nebo usmrcení z útrpnosti, soucitu a milosrdenství. (Haškovcová, 2002)

Staří Řekové takto označovali ukončení vlastního nebo cizího života v souvislosti se zachováním cti a důstojnosti v umírání. (Kutnohorská, 2007)

Podíváme-li se na výklad pojmu eutanázie paní Munzarové, okamžitě se odkáže na ostatní autory, kteří tvrdí, že „*eutanázie je úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (= lékařem) na jeho vlastní žádost.*“ Dále však můžem vyčíst její osobní názor. Hodlá-li pacient ukončit svůj život skrze lékaře, jedná se o asistovanou sebevraždu. (Munzarová, 2005, s. 122)

Tradičně se eutanázie dělí na aktivní (strategie přeplněné stříkačky, tzv. killing - vražda) a pasivní (strategie odkloněné stříkačky, tzv. letting die – nechání umřít). (Haškovcová, 2002)

Aktivní vyžádaná eutanázie byla za přísné kontroly uzákoněna v Nizozemí roku 1994, Belgii roku 2002 a Lucembursku roku 2008. Na přechodnou dobu byla přijata v severním regionu Austrálie roku 1995. Asistovaná sebevražda je legální v některých státech USA od roku 1998. (Vácha a kol., 2012)

Eutanázie je v ČR legislativně zakázána a je klasifikována jako trestný čin. (Haškovcová, 2007) Děje se tak na základě následujících zákonů.

O dvojím významu pasivní eutanázie se dosud vedou spory. Jedním z nich je vysazení léčby u pacienta v terminálním stádiu onemocnění s úmyslem zabít, tím druhým je naše pokorné ustoupení smrti, před kterou jsme tak bezmocní, že by naše další snažení o záchranu života jen prodlužovalo pacientovo utrpení v umírání. Je vždy nutné zachraňovat umírajícího i za cenu způsobení nedůstojného umírání a prodlužování jeho utrpení? (Munzarová, 2005)

Opakovanými pokusy záchranu života pacienta v terminálním stádiu onemocnění bychom se taky mohli dostat až k problému, který je stejně závažný jako eutanázie, a tím je dystanázie, jinak taky zdržování příchodu smrti. (Munzarová, 2005)

Trvání na prodlužování léčby může pocházet jak od zdravotníků, tak od laiků a mít různé motivy, od náboženských přes osobní po politické. Příklad takové zbytečné léčby je pokus o KPR pacienta v TS onkologického onemocnění, trpícího krutými bolestmi. Zdravotníci se tehdy musí rozhodnout o dalším postupu na základě uvážení benefitů (několik hodin nebo dní na život udržujících přístrojích v nemocnici) oproti poškozením (zlomená žebra, invazivní intubace) pro pacienta. Je dáno, že lékaři a zdravotníci mají dělat vše, co pacientovi zajistí pohodlí a důstojnost, pokud není prodlužování života rozumné. Hippokratovský model medicíny spočívá v ustoupení od takové léčby, kdy je zřejmé, že nemoc „zvítězila“. V dnešní době se zdravotnické týmy naneštěstí upínají k prodlužování života pacienta a ignorují povinnost péče o pacienty z hlediska zajištění jejich důstojnosti a pohodlí. Léčba sice může být zbytečná, avšak péče o pacienty a jejich blízké nebude zbytečná nikdy. Nezapomínejme na to. (Jeckerová, Schneiderman, 2000)

2.1 Cíl práce, výzkumné otázky a metody

2.1.1 Cíl práce

Zmapovat zkušenosti pracovníků RZP a RLP posádek s problematikou hollywood resuscitation a zjistit jejich postoje k dané problematice.

2.1.2 Výzkumná otázka

Jakým způsobem přistupují pracovníci RZP a RLP posádek k resuscitaci terminálně nemocných pacientů s ohledem na očekávání rodinných příslušníků?

2.1.3 Zkoumané oblasti

Na základě stanoveného cíle jsem si vytyčil deset oblastí:

- *Cítí se ZZ a lékaři kompetentní k ne zahájení KPR u pacienta v TS?*
- *Povinnosti ZZ a lékařů versus jejich etické hodnoty*
- *Zkušenosti s HR*
- *Pocity vyvolávané při HR*
- *Akceptování přítomnosti rodiny u KPR*
- *Očekávání rodiny z pohledu pracovníků ZZS*
- *Edukovanost rodiny o stavu jejich blízkého*
- *Lidé nemají na to, aby jim příbuzný zemřel doma*
- *Vědí pracovníci ZZS co je to DVP dle platné legislativy?*
- *Návrhy na řešení situace*

2.1.4 Metodika

K získání výsledků jsem využil metodu kvalitativního výzkumného šetření, které jsem prováděl na Zdravotnické záchranné službě Jihomoravského kraje formou polostrukturovaných rozhovorů, nahrávaných na diktafon. Rozhovory jsem následně analyzoval a přepsal formou otázka – odpověď. Ptal jsem se na deset základních otázek, případně jsem otázky spontánně rozváděl vlastními podotázkami. Základními otázkami jsem sledoval nejen hlavní cíl mé práce, ale současně i deset oblastí, kterým se věnuji v části „Sumarizace“. Zde se soustřeďuji na podobnost výpovědí jednotlivých respondentů. Výzkumný soubor tvoří dva lékaři, čtyři lékařky a sedm záchranářů. Jejich věk se pohybuje v rozmezí 28 – 55 let a délka jejich praxe u ZZS je v rozmezí 2 – 18 let. Jedna z respondentek (v textu lékařka č. 3) byla tou dobou u ZZS pouze na dvoutýdenní praxi. Sběr dat byl prováděn 7. - 10. 3. 2013.

3.1 Přepis rozhovorů

3.1.1 Zdravotničtí záchranáři

Záchranář č. 1 (muž, 30 let, dosažený titul – Bc., délka praxe u ZZS – 7,5 roků)

1. Co se podle vás skrývá pod pojmem hollywoodská resuscitace?

Tento pojem jsem nikdy neslyšel. Předpokládám, že je to resuscitace, která má navodit dojem, že něco děláme, byť my víme, že to nebude mít perspektivní výsledek.

2. Už jste byl někdy zavolán k záchraně člena rodiny v TS nevyléčitelného onemocnění, kterému selhávaly ZŽF?

Tuto zkušenost v posádce RZP nemám. V posádce RLP se mi to stalo mockrát.

3. Co od vás rodina očekávala po vašem příjezdu, jak se chovala?

Jak kdy. Jsou dvě skupiny. První: rodina neví, co má dělat, nikdo je nepoučí. Před jejich očima umírá člověk, jim je to líto, přejí si ho zachránit. Druhá: rodina chce resuscitaci. Tam kdyby lékař neresuscitoval, tak skončí ve vězení. V 70% případů si lékař promluví s rodinou o tom, co přichází a co je podle jeho názoru pro pacienta nejlepší, a rodina to pochopí. V 10% případů se rodina nehodlá smířit s tím, co se blíží. A ve 20% případů rodina plně důvěřuje tomu, co děláme.

4. Jak v takovém případě postupujete, když jste v posádce RZP bez lékaře?

V naší organizaci nejsem kompetentní k rozhodování o nezahájení resuscitace pacienta v terminálním stadiu onemocnění. V případě, že smrt nastala bezprostředně před naším příjezdem, zahájím KPR a volám lékaře, který je kompetentní k posouzení stavu pacienta. Lékařskou zprávu, kde je popsán terminální stav pacienta bych osobně bral jako validní zdroj informací k rozhodnutí nezahájit KPR, ale chci-li si udržet zaměstnání, KPR zahájím. Pokud má pacient srdeční akci, nebo není-li doba od zástavy oběhu do mého příchodu delší než 20 minut, zahajuji KPR a volám lékaře. Oficiálně nemohu nic nedělat. Pud sebezáchovy mi nedovolí nechat pacienta důstojně umřít.

5. Prováděl jste plnohodnotnou KPR?

Ano. Každá moje resuscitace je plnohodnotná.

6. Zkoušel jste s rodinou promluvit o marnosti resuscitace a etice umírání?

Mluvit o marnosti KPR a nemoci si dovolit neresuscitovat jsou dvě různé věci. Během KPR mohu rodinu připravovat na to, že to nedopadne dobře, ale nemohu mluvit o tom, co je podle mě dobře, když dělám to, co je z mého pohledu špatně. Kdybych byl lékař, s rodinou si sednu, řeknu jim, že jejich blízký na tom bude po resuscitaci jenom hůř a že stejně nejspíš zemře v bolestech. Ovšem přijedu-li jen já, záchranář, nejsem kompetentní k posouzení marnosti resuscitace. V takových případech by měly být stanoveny jasné postupy. Tito pacienti by měli mít od svého ošetřujícího lékaře specifický dokument nebo kartičku, na které bude jasně vyznačené, že už nebudou resuscitováni.

7. Co jste cítil, když jste resuscitoval člověka proti svému morálnímu přesvědčení?

Cítím, že to není správně a není mi to příjemné. Cítil jsem, že má smůlu, že se narodil ve špatné zemi. Kdyby byla uzákoněná eutanázie, mohl být dávno mrtvý. Těch lidí je mi líto.

8. Myslel jste na to, že mu prodlužujete bolestné umírání?

Vím o tom, ale z právního hlediska je KPR to správná intervence.

9. Jste raději, když rodina přihlíží KPR, nebo když je vedle v pokoji?

Lepší je, aby rodina byla vedle. Nemyslím si, že je to pro ni příjemné. S členem rodiny bych se nebral, kdyby chtěl být při resuscitaci. Na druhou stranu při KPR je každá další ruka dobrá a když nám někdo z nich pomůže, je to příjemné. Spíš je mi líto samotné rodiny. Stres před rodinou nepocítuji. Jejich přítomnost mi nevadí.

10. Setkal jste se s pojmem „DVP“? Jak byste v praxi postupoval?

O tom jsem nikdy neslyšel. Naše vedení mě s tím neseznámilo, a proto bych v praxi na takový dokument nebral zřetel. Může být snadno zfalšovatelný.

Záchranář č. 2 (muž, 28 let, dosažený titul – DiS., délka praxe u ZZS – 5 let)

1. Co se podle vás skrývá pod pojmem hollywoodská resuscitace?

V životě jsem tento pojem neslyšel. Mohla by to být resuscitace kvůli okolí, aby bylo klidné, že jsme udělali maximum, přitom my jsme věděli, že to stejně nemá cenu, protože byly viditelné jisté známky smrti.

2. Už jste byl někdy zavolán k záchraně člena rodiny v TS nevyléčitelného onemocnění, kterému selhávaly ZŽF?

Určitě ano. Většinou to bylo tak, že KPR byla neúspěšná. Později jsme procházeli dokumentaci pacienta a zjistili jsme chronické onemocnění se špatnou prognózou. Nikdy jsem nezažil nezahájení KPR kvůli TS, to jsem zatím pouze slyšel. K terminálním stavům onemocnění tu vyjíždíme zpravidla v posádce RLP.

3. Co od vás rodina očekávala po vašem příjezdu, jak se chovala?

Abychom ho oživili a on mohl fungovat dál. Pokud ti lidé nejsou dostatečně poučení v rámci zařízení, kde je pacient sledován pro svoji základní diagnózu, tak neví co je smrt, jak to vypadá a kdy to přijde. Oni si pořád myslí, že přijede záchranka, oživí ho, odvezou a hotovo. Většinou člověk ani neposoudí očekávání rodiny, protože v tu chvíli se zabývá hlavně pacientem. Úmrtí posléze rodina přisuzuje chybě lékaře nebo personálu spíše než okolnostem, jako jsou věk a diagnóza.

4. Jak v takovém případě postupujete, když jste v posádce RZP bez lékaře?

Začneme se starat o pacienta, zahájíme KPR, natáčíme EKG, hodnotíme přítomnost jistých známek smrti. Až během KPR nebo po ní zjišťujeme pacientovu anamnézu. V případě, že by lékař nemohl dojet ani do 20 minut, konzultoval bych s ním alespoň po telefonu, i když to není ono. Naštěstí se člověk do takové situace nedostane moc často, takže to neřeší, ale pak když to přijde, tak je to o průšvih, protože sám neví, jak je to vlastně doopravdy správně. Něco sice říká legislativa, něco říkají standardy, ale jsou tu i jiné věci. I kdybych od rodiny věděl, že se jedná o TS, tak kvůli vlastnímu strachu, aby mě někdo právně nenapadl, bych KPR zahájil. Když zahájím a bude to neúspěšné, nic se nestane, ale když nezahájím, může mě někdo právně napadnout. Přání rodiny

neresuscitovat s ohledem na TS bych nebral v úvahu. Dovolit si ne zahájit KPR bych eventuálně mohl podle stavu pacienta a lékařské zprávy o TS. TS je strašně široký pojem. Všichni víme, že je to neetické, že je to - hnusně řečeno - „prznění mrtvoly“, ale legislativa je u nás nastavená na lékařský způsob péče a ne na způsob SZP (střední zdravotnický personál) a to je hlavní nedořešený problém. Kde je dané, kdo v konkrétních případech rozhoduje o ne zahájení KPR? Ne zahájit KPR v podstatě znamená konstatovat smrt, což je v kompetenci lékaře. Pro mě je jednodušší zahájit KPR, na místo si přivolat lékaře a tím na něj převést zodpovědnost rozhodování.

5. Prováděl jste plnohodnotnou KPR?

Když už se začne resuscitovat, mělo by to být kvalitní.

6. Zkoušel jste s rodinou promluvit o marnosti resuscitace a etice umírání?

Já určitě ne. Je to napadnutelné. To bych si hodně rozmyslel. Jejich názor bych jim nevyvracel. Oni by měli být poučeni předem, jak se stav jejich blízkého bude vyvíjet a jak to bude končit.

7. Co jste cítil, když jste resuscitoval člověka proti svému morálnímu přesvědčení?

Můj osobní etický názor jde stranou, protože člověk musí dělat naplno, snažit se dělat vše tak, jak to má být. U resuscitací je většinou doktor, který tomu dává impuls. Záleží to všechno na něm, a záchranář je tam v pozici toho, kdo koná a nepřemýšlí. Takovou situaci jsem v pozici posádky RZP ještě neřešil. Toto by byla potřeba vyřešit interními stanovami, přizpůsobenými počtu lékařů. Také by bylo vhodné navýšit záchranářům kompetence.

8. Myslel jste na to, že mu prodlužujete bolestné umírání?

Přiznám se, že tohle vůbec neřeším. Ke každému pacientovi bych se měl chovat jako ke svému nejbližšímu příbuznému bez ohledu na to, jestli něco cítí nebo vnímá. Člověk musí být nastavený tak, aby to, co dělá, bylo to nejlepší, co může udělat.

9. Jste raději, když rodina přihlíží KPR, nebo když je vedle v pokoji?

Člověk nejlépe pracuje v klidu, když rodina nekouká na to, co děláme a jak to

děláme. V záchranáři to vyvolává nervozitu, kterou nesmí dát najevo. Je lepší, když tam nikdo není. Většinou se to udělá tak, že se rodina zaúkoluje, kulantně se pošle pryč. Nebo když je to hodně citově vázaný příbuzný, tak ho případně zapojíme do aktivní pomoci při KPR, např. ho necháme podržet infuzi.

10. Setkal jste se s pojmem "DVP"? Jak byste v praxi postupoval?

Pouze v tom smyslu, že něco takového existuje, ale v praxi ještě ne. Takovému přání bych přikládal stejnou váhu, jako přání rodiny. Všechno se dá dnes zfalšovat, a když se bude chtít rodina zbavit babičky, tak si vyrobí takový kus papíru, budou ho mít nachystaný a budou mě nutit ji nechat umřít. Řídil bych se stavem pacienta. Dokud nebude lépe nastavený právní systém, nebudu jako záchranář brát DVP na zřetel, protože se to dá napadnout. V tom jsem alibista. Také by podle toho měly být nastavené standardy, aby záchranář nemusel přemýšlet, ale jenom dělal. Práce ZZS je o drilu, ne o improvizaci, což se málo říká. Improvizovat se musí až v krajních situacích a toho by měl záchranář být schopný. Improvizace však není součástí běžné práce záchranáře.

Záchranář č. 3 (muž, 40 let, dosažený titul – mechanik elektronik + 2 roky nástavby ZZ, délka praxe u ZZS – 15 let)

1. Co se podle vás skrývá pod pojmem hollywoodská resuscitace?

V životě jsem tento pojem neslyšel. Představuji si pod tím hranou resuscitaci.

2. Už jste byl někdy zavolán k záchraně člena rodiny v TS nevyлéčitelného onemocnění, kterému selhávaly ZŽF?

Ano, už se mi to stalo. Bylo to na výjezdu s lékařem.

3. Co od vás rodina očekávala po vašem příjezdu, jak se chovala?

Jejich očekáváním bylo, že jim příbuzného zachráníme. Rodina byla poučena o stavu pacienta, přesto chtěli, abychom jej zachránili.

4. Jak v takovém případě postupujete, když jste v posádce RZP bez lékaře?

Monitoruji pacienta, provádím základní ošetření v kompetencích ZZ, eventuálně

konzultuji s lékařem další postup a čekám na jeho dojezd. Nezahajuji KPR, protože k takovému pacientovi jsem se ještě nedostal.

5. Prováděl jste plnohodnotnou KPR?

Ano, určitě. Pokud lékař řekne „resuscitujeme“, tak je to KPR se vším všudy.

6. Zkoušel jste s rodinou promluvit o marnosti resuscitace a etice umírání?

Toto není v kompetenci ZZ ale lékaře. Já jsem zahájil KPR a zavolal lékaře, který určil další postup.

7. Co jste cítil, když jste resuscitoval člověka proti svému morálnímu přesvědčení?

Mojí morální povinností je uživit rodinu. Pokud lékař řekne, že budeme resuscitovat, tak budeme resuscitovat. To je věc rozhodnutí lékaře, ne ZZ. Víc vám nemohu říct.

8. Myslel jste na to, že mu prodlužujete bolestné umírání?

Já jsem v pozici, kdy lékař je můj nadřízený a já plním jeho pokyny.

9. Jste raději, když rodina přihlíží KPR, nebo když je vedle v pokoji?

Určitě jsem proti přítomnosti rodiny u KPR. Myslím si, že pro obě strany je to lepší. Na svoji práci potřebuji klid a když vám někdo stojí za zády a pozoruje vás, komentuje vaši činnost, určitě vám to klidu nepřidá.

10. Setkal jste se s pojmem "DVP"? Jak byste v praxi postupoval?

Ještě ne. Je to právně v pořádku? Předpokládám, že to musí být notářsky ověřeno. Eventuálně bych takový dokument respektoval, ale zatím jsem se s tím nesetkal.

Záchranář č. 4 (muž, 29 let, dosažený titul – Bc., délka praxe u ZZS – 6 let)

1. Co se podle vás skrývá pod pojmem hollywoodská resuscitace?

Nic mě to neříká, nedovedu si představit, co by to mohlo být. Resuscitace v Hollywoodu? Teoreticky by to mohla být resuscitace z USA.

2. Už jste byl někdy zavolán k záchraně člena rodiny v TS nevléčitelného onemocnění, kterému selhávaly ZZF?

Situaci bez lékaře jsem v takovém případě ještě nezažil, protože k těmto hlášením vyjíždí posádka s lékařem. Nicméně pakliže bych tam byl bez lékaře, KPR zahájit musím chtít nechtít, protože my jako ZZ se nemůžeme rozhodnout nezahájit, my zahájit musíme vždy. KPR pak může ukončit lékař po svém příjezdu.

3. Co od vás rodina očekávala po vašem příjezdu, jak se chovala?

Je to dvojsečné. Jsou případy, kdy jsme přijeli a rodina nám hlásila, že jejich blízký je v terminálním stadiu onkologického onemocnění, takže KPR zahájena nebyla. Lékař si s rodinou promluvil, vysvětlil jim situaci a ona to přijala. Zažil jsem taky dotaz přímo od paní doktorky: „Chcete abychom něco dělalí?“ a rodina řekla: „Ne, pan doktor v nemocnici nám říkal co bude následovat, ale spíš jsme nevěděli co máme dělat, tak jsme vás zavolali.“

4. Jak v takovém případě postupujete, když jste v posádce RZP bez lékaře?

Musíme zahájit KPR. Na tyto výjezdy ale primárně vyjíždí posádka RLP.

5. Prováděl jste plnohodnotnou KPR?

Kdybych se do takové situace v posádce RZP dostal, zahájil bych plnohodnotnou KPR. Když lékař řekne resuscitujeme, tak resuscitujeme plnohodnotně. Stalo se nám, že jsme přijeli do rodiny, která nebyla edukovaná. Tam jsme zahájili KPR a po 15 minutách jsme ji ukončili jako neúspěšnou. Probíhalo to plnohodnotně, ale ten člověk už byl ve stavu ireverzibilním.

6. Zkoušel jste s rodinou promluvit o marnosti resuscitace a etice umírání?

Toto je opět většinou záležitost lékaře. Rodina bývá dost často edukovaná, že tento stav nastane, a tak nevyžadovala KPR. Nebo byla KPR záhy ukončena, protože v průběhu KPR to lékař rodině vysvětlil a rodina to pochopila a přijala. Já osobně nevidím důvod proč těžce nemocného člověka v TS trápit takovými věcmi jako je intubace, zajištění žíly, masáž hrudníku, když už dopředu víme, že to nemá cenu. I v případě, že by KPR byla „úspěšná“, tak to vůbec nikam nepovede a nemá to smysl. Etika umírání je kapitola sama pro sebe.

7. Co jste cítil, když jste resuscitoval člověka proti svému morálnímu přesvědčení?

Je mi to nepříjemné, ale vzhledem k tomu, že nejsem lékař, nepřísluší mi o tom rozhodovat. V hlavě si můžu myslet svoje, ale dělám to, co vyplývá z mých povinností a není třeba blíže o tom přemýšlet. To, že mi to přijde amorální, je moje vnitřní záležitost, kterou není třeba dále reprodukovat.

8. Myslel jste na to, že mu prodlužujete bolestné umírání?

Samozřejmě, to je ten nejzásadnější aspekt. Podle mého osobního názoru by se měl člověk nechat v klidu umřít. Tělo se KPR dostatečně zhuntuje a je to zbytečné.

9. Jste raději, když rodina přihlíží KPR, nebo když je vedle v pokoji?

Určitě vedle v pokoji, protože zásahy do lidského těla nejsou designové skvosty. Když já provádím KPR, tak rodinu pošlu do vedlejšího pokoje, abych měl klid a prostor na práci. Zároveň rodina ne úplně dobře snáší pohled na nás, jak skáčíme po hrudníku jejich dědečkovi. A ve chvíli, kdy lékař konstatuje smrt, se snažím to tělo něčím přikrýt, prostěradlem nebo dekou, aby se rodina nemusela na zhuntovaného dědečka dívat.

10. Setkal jste se s pojmem "DVP"? Jak byste v praxi postupoval?

Vzhledem k tomu, že v těchto případech je rodina poučená nebo má lékařské zprávy, vyplývá z toho, že ten člověk už si přál umřít. Pamatuji si výjezd, kdy jsme přijeli do rodiny a dcera řekla, že tatínek už si půl roku přál umřít. Na to konto lékař KPR nezahájil. Vždycky jsem zastával názor, že je to o vyřešení situace na místě. My tu situaci na místě vidíme, jsme tam jako tým. To jsou věci, které nemůže dispečerka řešit po telefonu a které nemůže později nikdo řešit u soudu. Já tam fyzicky byl, viděl jsem ten stav a já se musel na místě rozhodnout a nést si za to zodpovědnost. Takže kdyby na mě někdo mával papírem, stejně začnu resuscitovat a třeba KPR ukončím jako neúspěšnou, ale mám čisté svědomí a krytá záda, protože mám natočenou křivku EKG.

Záchranář č. 5 (muž, 52 let, dosažený titul – Všeob. s. + ARIP, délka praxe u ZZS– 18 let)

1. Co se podle vás skrývá pod pojmem hollywoodská resuscitace?

Tenhle název slyším poprvé. Opravdu nevím co by to mohlo znamenat.

2. Už jste byl někdy zavolán k záchraně člena rodiny v TS nevléčitelného onemocnění, kterému selhávaly ZŽF?

V takovém případě na místo vyjíždí posádka s lékařem, takže o tomto vždycky rozhodoval on. V posádce RZP s touto situací nemám zkušenosti, ještě se mi to nestalo.

3. Co od vás rodina očekávala po vašem příjezdu, jak se chovala?

Většinou očekávají, že toho člověka vzkřísíme k životu, že si ho ještě budou moci užívat. Očekávají pomoc. Setkávám se i s případy, kdy pacient tají svoji základní onkologickou diagnózu před svými blízkými, aby je netrápil. Rakovina je nemoc, která je schopná vás „sežrat“ za týden ale i třeba za několik měsíců i let. Proto každý vždycky doufá, že se stane zázrak. Může se o tom dočíst nebo to může slyšet v okolí, že se už takový zázrak stal, člověk se z této nemoci otřepal a žil třeba ještě deset let.

4. Jak v takovém případě postupujete, když jste v posádce RZP bez lékaře?

Bez lékaře musíme zajistit vitální funkce pacienta. Lékař může zhodnotit stav pacienta a snaží se domluvit s rodinou. Ty stavy jsou různé. Lékař se snaží dávat na výběr možnosti odvozu jejich blízkého do nemocnice, nebo klidnou a důstojnou smrt doma. Ale když tam přijedu já jako ZZ, tak zajistím vitální funkce. V případě KPR si přivolám lékaře nebo se snažím pacienta dopravit do nemocnice. Pokud je tam zástava, pacient nedýchá, nereaguje, nevnímá, zavolal bych si lékaře a zahájil KPR. Nechat se zavřít nebo vyhodit kvůli nějaké hlouposti pro mě nemá cenu. Člověk už za ta léta pozná, kdy se jaký stav dá nebo nedá zvrátit.

5. Prováděl jste plnohodnotnou KPR?

Určitě ano. Ze zákona musím. Dělal bych to tak, aby mě nikdo nemohl napadnout. Vždycky jsem se snažil dělat svoji práci tak, abych nebyl napadnutelný, protože doba je zlá a do důchodu mám daleko.

6. *Zkoušel jste s rodinou promluvit o marnosti resuscitace a etice umírání?*

Ne. Jako sestra tu kompetenci nemám.

7. *Co jste cítil, když jste resuscitoval člověka proti svému morálnímu přesvědčení?*

Že mu způsobuji další bolest.

8. *Myslel jste na to, že mu prodlužujete bolestné umírání?*

Nevím jak to ten člověk cítí, protože sám bych to mohl pocítit teprve až bych se do takového stavu sám dostal, ale z mého hlediska v tom vidím další bolest pro pacienta. Není mi to příjemné.

9. *Jste raději, když rodina přihlíží KPR, nebo když je vedle v pokoji?*

Přítomnost rodiny u KPR nemám rád. Rodinní příslušníci zaprvé překáží a zadruhé si myslí, že tomu rozumí líp než my, protože vidí americké, ale i české filmy, takže je lepší, když je rodina vedle a nechá nás pracovat. Rodinu vyhodit nemůžu. Pod větším tlakem se necítím, ale osobně si myslím, že pro rodinného příslušníka je lepší být vedle. Mně je to relativně jedno.

10. *Setkal jste se s pojmem "DVP"? Jak byste v praxi postupoval?*

Nevím, jak bych si to představil. Je to v rámci zdravotnictví? Kdyby mi někdo mával před noseem nějakým dokumentem, i přesto bych KPR zahájil, kdyby to stav pacienta vyžadoval. Nechtěl bych strávit důchod v kriminále.

Záchranář č. 6 (muž, 33 let, dosažený titul – Bc., délka praxe u ZZS – 9 let)

1. *Co se podle vás skrývá pod pojmem hollywoodská resuscitace?*

Podle mě jsme jich tady už pár měli. Představím si pod tím KPR, kdy je kolem spousta lidí, kteří by chtěli radit. Akčně prováděná KPR na veřejném místě, v hromadné dopravě, v barech ... Kolikrát může být prováděná zbytečně dlouho, pouze aby okolí nemělo protestující poznámky.

2. Už jste byl někdy zavolán k záchraně člena rodiny v TS nevléčitelného onemocnění, kterému selhávaly ZZF?

Takový výjezd už jsem měl i v posádce bez lékaře. KPR jsme zahájili s tím, že lékař, jakmile přijel, KPR ukončil. Ukončil ji z důvodu terminálního stavu, což je postup lege artis.

3. Co od vás rodina očekávala po vašem příjezdu, jak se chovala?

Rodina už od začátku věděla, že to bude ukončené. Připravili jsme je na to, že my, jako posádka RZP KPR zahájit musíme, ale že ji budeme provádět se vší úctou k tomu nemocnému člověku.

4. Jak v takovém případě postupujete, když jste v posádce RZP bez lékaře?

V takovém případě KPR zahájíme a na místo si voláme lékaře, který KPR zpravidla ukončí.

5. Prováděl jste plnohodnotnou KPR?

Ne úplně plnohodnotně tzn. neprováděli jsme žádné invazivní zásahy.

6. Zkoušel jste s rodinou promluvit o marnosti resuscitace a etice umírání?

Rodina už na místě resuscitovala, probíhala tam telefonicky asistovaná resuscitace. My jsme KPR přebírali a už během ní jsme rodině dali najevo, že KPR vzhledem ke stavu pacienta je nerelevantní postup a pravděpodobně bude naprosto neúspěšná a že až přijede lékař, tak KPR ukončí. Rodina s tímto postupem celkem rozumně souhlasila. Tato KPR je de facto úplně zbytečná, ale posádka bez lékaře nemá pravomoc nezahájit KPR, protože by mohla být postížena za nezahájení, i když byla KPR v podstatě kontraindikovaná.

7. Co jste cítil, když jste resuscitoval člověka proti svému morálnímu přesvědčení?

Cítil jsem, že to, co dělám, je neetické a kontraindikované. Vyvolávalo to ve mně pocit zbytečnosti toho konání, že bych to dělat ani neměl. Právní předpisy mě k tomu donucují a ve vyhocených případech bych mohl být právně postihnutý za to, že jsem KPR nezahájil.

8. Myslel jste na to, že mu prodlužujete bolestné umírání?

V tu chvíli jsem přepnutý do zdravotnického modu a etické rozhodování na mě působí jen do té chvíle, než začnu něco dělat. Pak přijde na místo lékař, já mu svými slovy popíšu situaci a lékař uzná, že to sice není moc pěkné, že je zbytečné dělat něco takového, ale že jsem neměl jinou možnost. Bohužel legislativa nás do toho tlačí.

9. Jste raději, když rodina přihlíží KPR, nebo když je vedle v pokoji?

V ideálním případě se snažím, aby rodina byla ve vedlejší místnosti a neviděla, co děláme. Pro lepší pocit náš i jejich. Kolega zažil KPR svých rodičů a byla to pro něj neuvěřitelně stresová situace. Pro mě je lepší resuscitovat beze svědků, bez rodiny. S rodinou mluvíme až po zásahu. Myslím si, že pro většinu laiků jsou postupy při KPR dost neakceptovatelné, ať už se jedná o kanylaci žíly v rychlosti, intubaci nebo mechanickou KPR. Stres pod jejich očima necítím, spíš mi jde o pocit rodiny.

10. Setkal jste se s pojmem "DVP"? Jak byste v praxi postupoval?

Ano, při přednáškách zdravotnického práva. Ale v praxi ještě ne. V praxi v tom vidím problém. V tu chvíli, když jste na místě události, se rozhodujete, co budete dělat, a než ta rodina dokáže sehnat doklad, uteče nějaký čas a já stejně KPR zahájím. A když už KPR provádím, tak ji nemohu ukončit. Fungovat by to mohlo pouze tehdy, když rodina bude předem vybavena tímto dokumentem, ve dveřích nám ho ukáže a zabrání přístup k pacientovi. Je to čerstvá záležitost. V Brně jsme ještě takovou situaci neměli. Naše firma nám školení ohledně změn v novém zákoně ještě nepřipravila. Problém vidím hlavně v tom, že nám před devíti měsíci přestal fungovat starý systém vzdělávání a postupně najíždíme na nový systém, který se ovšem ještě nestačil rozjet. Možná se takové školení bude brzy konat.

Záchranář č. 7 (muž, 28 let, dosažený titul – Bc., délka praxe u ZZS – 5 let)

1. Co se podle vás skrývá pod pojmem hollywoodská resuscitace?

Nevím. Slyším to poprvé. Asi americký způsob resuscitace.

2. *Už jste byl někdy zavolán k záchraně člena rodiny v TS nevléčitelného onemocnění, kterému selhávaly ZZF?*

Ano, byl.

3. *Co od vás rodina očekávala po vašem příjezdu, jak se chovala?*

Rodina s tím v těchto případech většinou bývá smířená, v 80% ví, co se děje, takže po nás nevyžaduje zázraky. V těch zbylých procentech jsou to občané nižších sociálních vrstev, kteří nejsou poučení. Chování takové rodiny je individuální. Může vystupovat agresivně.

4. *Jak v takovém případě postupujete, když jste v posádce RZP bez lékaře?*

Je to individuální. Pokud přijedu do rodiny, kde je situace vyhrocená, tak pochopitelně musíme začít s KPR stůj co stůj. Stalo se nám, že jsme měli pistoli u hlavy, takže jsme „zatřepali s pádlama“, abychom přesvědčili lidi na místě, že jejich blízký musí do nemocnice, abychom se sami vůbec zachránili. Vzhledem ke špatné informovanosti rodiny dochází v takových situacích k agresi ze její strany. Mají pocit, že jsme udělali málo, nebo že to děláme špatně. Nicméně rodina, která je obeznámená, tak sama řekne: „tatínek nám umřel, je v terminálním stadiu, leží takhle už 15 minut.“ V takových případech KPR nezahajujeme i v nepřítomnosti lékaře. Pacienta napojím na monitor a natočím EKG.

5. *Prováděl jste plnohodnotnou KPR?*

Z naší strany je to vždycky plnohodnotná resuscitace. O „divadle“ se dá mluvit v případě, kdy víme, že ta resuscitace je zbytečná. Význam má pouze v případech, kdy to zachrání samotnou posádku jak už jsem zmiňoval ten případ s ozbrojeným okolím.

6. *Zkoušel jste s rodinou promluvit o marnosti resuscitace a etice umírání?*

Nikdy jsem to nezkoušel. Pokud už s tím rodina počítá a najde svého příbuzného s jasnými známkami smrti a nic nedělají, tak jim maximálně popřejeme upřímnou soustrast a pomůžeme jim s čím jde. Pokud je situace vyhrocená, tak si nikdo nedovolí nic říct a ještě se zapojí ta rodina např.: „podržte mi flašku.“ Takto se dá situace zvládnout, agrese ustoupí a rodina začne pomáhat. Rodina třeba zná z filmů to, že ZZS přijede, dá člověku

výboj, ten vstane a jde domů. Takže nás kolikrát nabádá k tomu, proč mu nezkusíme ten výboj dát.

7. Co jste cítil, když jste resuscitoval člověka proti svému morálnímu přesvědčení?

Nemám s tím problémy. Pomyslím na toho člověka, ať je mu země lehká a to je tak všechno, co nad ním mohu udělat. Pochopitelně stále provádíme plnohodnotnou KPR.

8. Myslel jste na to, že mu prodlužujete bolestné umírání?

Pokud je v terminálním stadiu, v 99% KPR skončí stejně smrtí, takže si myslím, že tam jsme nikomu utrpení neprodloužili. Záleží na lékaři, který k tomu přijede.

9. Jste raději, když rodina přihlíží KPR, nebo když je vedle v pokoji?

Přítomnost rodiny při KPR mi příjemná není. Rodinu se snažím něčím zaukolovat jako třeba: „běžte před dům čekat na další posádku, najděte lékařskou zprávu, udělejte seznam léků“, abychom měli prostor k práci a nebyli nikým rušeni. Být pod psychickým tlakem se necítím, pokud to není opravdu vyhrocená situace.

10. Setkal jste se s pojmem "DVP"? Jak byste v praxi postupoval?

Ano, ve škole, ale v terénu ještě ne. Víím, že to musí mít jisté náležitosti, ale v tu chvíli je to pro mě pasé, protože si to nemám jak ověřit. Je to nějaký papírek, který mi někdo podá do ruky, ale pro mě to v tu chvíli není plnohodnotná informace. Jak ověřím pravost? Je tam sice notářsky ověřený podpis, ale dnes si to může kde kdo vytisknout na tiskárně a kulaté razítko vám během čtyř hodin udělají na objednávku. Pokud si člověk něco nepřeje, tak to píšu do zprávy a nechám ho k tomu podepsat. V praxi bych postupoval dle situace. Pochopitelně bych ho rád respektoval, ale záleží na lidech okolo, jaké je to místo (obchodní centrum, plno lidí). Dnes je ta práce hodně o tom, že lidi chtějí vydělat na lidském utrpení. Stále jsou nějaké stížnosti, předvolání k soudu. Kdyby tam v tu chvíli byla např. manželka a ten dokument nám dala, tak pochopitelně nic dělat nebudeme.

3.1.2 Lékaři a lékařky

Lékař č. 1 (muž, 33 let, délka praxe u ZZS - 2 roky)

1. Co se podle vás skrývá pod pojmem hollywoodská resuscitace?

Tak to nemám ponětí, co to může být. Mohla by to být KPR u beznadějných stavů, kdy stojí příbuzní okolo a my potřebujeme vyvolat dojem, že dotyčného zachraňujeme, i když víme, že šance na oživení je nulová. Taková KPR se dělá jen tak, aby se dodržel postup 40 minut KPR a abychom dali naději příbuzným.

2. Už jste byl někdy zavolán k záchraně člena rodiny v TS nevléčitelného onemocnění, kterému selhávaly ZŽF?

Ano, byl.

3. Co od vás rodina očekávala po vašem příjezdu, jak se chovala?

Buď už tam bylo bezvědomí při terminální fázi a druhá umírající při vědomí, ale také v terminální fázi. V prvním případě byl pacient už vyřazen z onkologické léčby. Tehdy jen vypíšu úmrtní list a je to spíš potvrzení pro příbuzné, ujištění, že už je po všem. V druhém případě si příbuzní neví rady, a tak nás zavolají. Zde je možnost převozu do nemocnice, kterou může rodina i pacient odmítnout. Pacient tak zůstává doma bez další terapie. První verze je přijatelnější pro rodinu. V druhém případě, kdy pacient chce zůstat doma, je hůř stravitelná pro samotné příbuzné. Přístup se liší člověk od člověka.

4. Jak postupujete v případě, kdy rodina trvá na záchraně života jejího člena v TS nevléčitelného onemocnění, jemuž selhávají ZŽF?

Pacienta s ukončenou terapií maximálně nakládáme do auta a na kyslíku popř. s intubací se odváží do nemocnice umřít. Pacient, který má ještě probíhající onkologickou terapii se léčí naplno a odváží se do nemocnice. Má-li pacient v lékařské zprávě zaznamenán statut DNR, KPR zahajovat nebudu, protože je to kontraindikovaný postup. U pacienta bez DNR KPR zahájím. Pokud vidím jisté známky smrti, tak je to jasné. A když je doba od zástavy do našeho příjezdu 5-10 minut, tak zahajujeme KPR, která trvá 40 minut a následně ji ukončujeme jako neúspěšnou.

5. Indikoval a prováděl jste u takového pacienta plnohodnotnou KPR?

Zažil jsem situaci, kdy doba od zástavy oběhu pacienta do našeho příjezdu byla asi 5-10 minut a v lékařské zprávě bylo napsáno, že pacient má karcinom s metastázemi do různých orgánů, tehdy jsem KPR nezačal. Většinou přijíždíme ke stavům náhlé zástavy oběhu, kdy rodina nemá připravenou dokumentaci. Sice se ví, že pacient má nějakou chorobu, karcinom, ale na vyšetření byl před půl rokem a vyvstává otázka: „Je ten pacient na terapii? Léčí se? Neléčí?“. Taky je pro mě rozhodující, zda pacientovy aktuální obtíže jsou ještě nějakým způsobem odstranitelné, nebo je to vyloženě situace ante finem (*pozn.: těsně před smrtí*). Diagnostika v PNP je oproti nemocnici problémová. Je to asi trochu alibistické, zachraňujeme každého.

6. Zkoušel jste s rodinou promluvit o marnosti resuscitace a etice umírání? Jak na to rodina reagovala?

Jedna skupina příbuzných je s danou situací smířená a sami vyjadřují přání nezačít KPR, protože pacient je už po smrti. A druhá skupina jsou příbuzní, kteří jsou buď špatně informovaní o stavu svého příbuzného, nebo ho zkrátka jen chtějí zachránit za každou cenu. Záleží na tom, jak ten člověk vypadá.

7. Co jste cítil, když jste resuscitoval člověka proti svému morálnímu přesvědčení?

Ještě se mi nestalo, že bych resuscitoval člověka proti své vůli.

8. Myslel jste na to, že mu prodlužujete bolestné umírání?

Jedna otázka je prodloužení utrpení pacienta, zhoršení kvality jeho života, a druhá otázka je následné podávání stížností stran rodiny. Záleží na dokumentaci.

9. Jste raději, když rodina přihlíží KPR, nebo když je vedle v pokoji?

Většinou to v danou chvíli nevnímám a až následně si uvědomím, že jsou tam příbuzní, kteří jsou rozrušení. Během resuscitace přítomnost rodiny neřeším. Pokud rodina vyloženě nekřičí nebo nepřekáží, její přítomnost ani nevnímám.

10. Setkal jste se s pojmem "DVP"? Jak byste v praxi postupoval?

Spíš jen tím způsobem, že „on si tatínek už dlouho přál zemřít“. O pojmu DVP jsem

možná trochu slyšel na jedné přednášce z legislativy, ale ne moc. Kdybych dostal takový nějaký papír do ruky, je to na zvážení. Otázka je, zda pacient myslel na všechny okolnosti, za jakých se do takového stavu může dostat. A pokud by nebyly definovány všechny možnosti, KPR zahájím. Pokud by byly splněny všechny podmínky, nechal bych pacienta svému osudu. Pokud by byl ten dokument právně v pořádku, napadení bych se nebál.

Lékařka č. 2 (žena, 55 let, délka praxe u ZZS - 10 let)

1. Co se podle vás skrývá pod pojmem hollywoodská resuscitace?

Vybavím si Davida Hasselhoffa jak skáče po hrudníku.

2. Už jste byla někdy zavolána k záchraně člena rodiny v TS nevléčitelného onemocnění, kterému selhávaly ZŽF?

Ne. Stalo se to u mého příbuzného. Člověka v TS onkologického onemocnění bych neresuscitovala. Resuscitovat takového člověka je „prasárna“. V praxi jsem se s tím nesešla, ale umíral mi tak děda, umírala mi maminka a teď mi tak umírá i táta.

3. Co od vás rodina očekávala po vašem příjezdu, jak se chovala?

Reakce rodiny jsou individuální.

4. Jak postupujete v případě, kdy rodina trvá na záchraně života jejího člena v TS nevléčitelného onemocnění, jemuž selhávají ZŽF?

Snažím se jim vysvětlit, že záchrana je nesmyslná. Reakce rodiny jsou individuální. Snažím se jim vysvětlit, že prodloužit člověku v tomto stavu život být o týden, o hodinu nebo o měsíc je trápení člověka, a že jestli ho mají rádi, ať ho nechají v klidu umřít.

5. Indikovala a prováděla jste u takového pacienta plnohodnotnou KPR?

Ne. Pokud vím, že je v TS onkologického onemocnění, tak bych to neudělala. Validním zdrojem informací o stavu pacienta je podle mě zdravotnická dokumentace. Rodina většinou má lékařskou zprávu. Ale když vidím devadesátiletého dědečka, který váží 40 kg i s postelí, tak mi stačí informace od rodiny, že je v TS. Lámat starému člověku žebra považuji za hanobení mrtvol. On má právo na to, aby v klidu zesnul.

6. Zkoušela jste s rodinou promluvit o marnosti resuscitace a etice umírání? Jak na to rodina reagovala?

Ano. Většinou ta rodina je normální a ví, že když jejich příbuzný má onkologické onemocnění a ví, že i lékaři ho odmítli léčit, staví se k tomu tak, že souhlasí s naším postupem. Jenom nás prosí, abychom ho odvezli do nemocnice, protože nemají na to, aby jim umřel doma. Lidi na to v dnešní době nemají. V takových případech pacienta do nemocnice odvezu, i když je to nesmysl.

7. Co jste cítila, když jste resuscitovala člověka proti svému morálnímu přesvědčení?

Nedělám to, neresuscituji člověka v takovém stavu. Snažím se rodině vysvětlit, že je vhodné, nechat ho v klidu zemřít.

8. Myslela jste na to, že mu prodlužujete bolestné umírání?

Ano.

9. Jste raději, když rodina přihlíží KPR, nebo když je vedle v pokoji?

Ne. Lepší je, když jsou pryč. Poprosím je, jestli by mohli počkat venku. Přijde mi to lepší vůči nim, protože spoustu věcí, které nám připadají normální, oni vnímají drasticky nebo jsou hysteričtí a překáží. Ať se chovají tak či tak, jsem radši, když tam v tu chvíli nejsou. Mně osobně je to jedno, protože já přijdu k pacientovi a vypínám. Jediné, co by mi mohlo vadit, je to, že by naši práci špatně pochopili a potom ji nesprávně interpretovali.

10. Setkala jste se s pojmem "DVP"? Jak byste v praxi postupoval?

To ne a myslím, že to u nás ještě uzákoněné není, takové to DNR a podobně. A z toho důvodu si myslím, že kdybych se s tím v praxi setkala, tak bych na to zřetel nebrala. DNR není DVP, to je lékařské rozhodnutí. DVP si představuji jako rozhodnutí laika a to, co vím, ještě v našem zákoně právní podklad nemá. Jestli ano, tak mi něco uniklo. Nicméně v praxi jsem se s tím ještě neseťkala. Na druhou stranu to má něco do sebe, je to taková prognóza eutanázie. Až projdeme nějakým školením v rámci firmy, pak takový dokument budu respektovat.

Lékařka č. 3 (žena, 30 let, délka praxe u ZZS - 2 týdny, nyní atestace na obvodního lékaře a praxe 2,5 roku)

1. Co se podle vás skrývá pod pojmem hollywoodská resuscitace?

To nevím. Slyším to poprvé. Není to taková resuscitace pro diváky, pro okolí? Měli jsme takový výjezd, pacient už byl mrtvý, ale kolem stálo spousta lidí a my jsme KPR tak jako na efekt zahájili, aby to nebylo hloupé, že jsme na místě nic nedělali.

2. Už jste byla někdy zavolána k záchraně člena rodiny v TS nevléčitelného onemocnění, kterému selhávaly ZZF?

Vlastně ještě ne. Akorát u toho mrtvého člověka, o kterém jsem mluvila. Posádka po mně chtěla, abych si ho vyzkoušela zaintubovat. A musím říct, že mi to bylo proti srsti, přišlo mi to neetické. Ale samozřejmě jsem to zažila několikrát v nemocnici. Tam si rodina nepřipouštěla TS nemoci jejich blízkého a chtěli po nás, abychom prodlužovali jeho léčbu.

3. Co od vás rodina očekávala po vašem příjezdu, jak se chovala?

Nebyly to všechny rodiny, ale bylo jich hodně. Na stáří pacientů nezáleželo. Někdo přijal umírání svého relativně mladého příbuzného v kritickém stavu lépe, než umírání 95leté babičky, která měla svůj život už naplněný. Záleželo hodně na postoji rodiny a asi i na rodinných vztazích. Přijde mi, že když děti mají pocit viny vůči svým rodičům, tak mají tendence nutit zdravotnický personál k větší akci, než ti, kteří mají vztahy srovnané. Bylo vidět, že vyrovnanější a smířenější s umíráním svého blízkého byli ti, kteří se o ně přímo starali, než ti, kteří k nim jezdili třeba jenom na návštěvu.

4. Jak postupujete v případě, kdy rodina trvá na záchraně života jejího člena v TS nevléčitelného onemocnění, jemuž selhávají ZZF?

Asi bych se s nimi snažila komunikovat. Nedovedu si to představit v terénu. Přijde mi, že tam se pacient naloží a jede se. V nemocnici jsme se snažili vysvětlit situaci toho onemocnění, že už není dostupná žádná léčba kauzální, ale jen podpůrná. Snažili jsme se vysvětlit, že je důležité, aby člověk netrpěl. S některými rodinami se podařilo o tom takhle promluvit a s některými ne. Velmi důležitá je základna obvodních lékařů. Zjistila jsem, a přišlo mi to paradoxní, že není málo obvodních lékařů, kteří vůbec nevypisují pacientům

opiátové recepty. Buď píší obyčejná analgetika, nebo tohoto umírajícího člověka posílají do center léčby bolesti, což jim vůbec nepomůže. Myslím, že kdyby byla dobrá domluva mezi obvodním lékařem a rodinou, tak by se to dalo zvládat lépe v domácím prostředí. Možná právě proto se k takovým případům dostane i ZZS, která by nemusela, kdyby tento základ fungoval.

5. Indikovala a prováděla jste u takového pacienta plnohodnotnou KPR?

V nemocnici to funguje tak, že jsme se sešli s primářem, se zástupkyní a určovali jsme, u kterého člověka se bude nebo nebude zahajovat KPR, kde budeme pacienta zachraňovat a kde budeme postupovat paliativně. S rodinou jsme konkrétní postupy konzultovali. Ve většině případů rodina souhlasila s naším postupem, spoléhali na to, že rozhodneme za ně.

6. Zkoušela jste s rodinou promluvit o marnosti resuscitace a etice umírání? Jak na to rodina reagovala?

To jsme asi nedělali. Otevřeně jsme se o tom s rodinou nebavili. Přišlo mi, že to vyplynulo z kontextu, když jsme rodinu seznamovali s postupem léčby jejich umírajícího blízkého. S rodinou jsme komunikovali hodně i z toho lidského hlediska, byli jsme tam pro ně, mohli za námi přijít, pobřečet si.

7. Co jste cítila, když jste resuscitovala člověka proti svému morálnímu přesvědčení?

Necítila jsem se u toho příjemně. Na škole mi přišlo normální, když zemřel pacient a oni nám řekli: „běžte si honem ještě zkusit píchnout subklávu.“ Teď už mi to přijde nehumánní a hrozné, už se s tím nemůžu ztotožnit. Z profesního hlediska, jsem ráda, že jsem si to mohla zkusit, ale kdybych se měla rozhodnout za sebe, tak bych to nedělala. Je to lidská bytost, není to věc, se kterou si mohu manipulovat jak chci.

8. Myslela jste na to, že mu prodlužujete bolestné umírání?

V danou chvíli bych na to asi myslela.

9. Jste raději, když rodina přihlíží KPR, nebo když je vedle v pokoji?

V tom stresu mi tam rodina nevadí, nevnímám je. To si musí rozhodnout oni, i když vím, že je to pro ně taky stres. Přijde mi, že zdravotník na to nemá čas ještě rozhodovat o tom, kdo bude přítomen KPR a kdo ne. Myslím, že pro rodinu je důležité být u toho, lépe se s odchodem svého blízkého smíří. Nemyslím si, že by pro příbuzné byl pohled na invazivní výkony při KPR traumatizující.

10. Setkala jste se s pojmem "DVP"? Jak byste v praxi postupovala?

Ano. Nevím, jestli se to musí sepsat u právníka. Pacienti si napíší konkrétní požadavky, musí to mít ověřené a zdravotníci jsou povinni se tím řídit. V danou chvíli by mi třeba mohlo být nepříjemné plnit přání toho pacienta, kdyby bylo proti mé vůli, ale na druhou stranu si myslím, že je důležité přání pacienta respektovat. Jsme dospělí lidé a každý by se měl rozhodnout sám co chce. Ale moc bych těm lidem přála, aby jejich přání bylo respektováno. V praxi bych měla strach, že to může být právně napadnutelné. Cítila bych se bezmocně.

Lékař č. 4 (muž, 55 let, délka praxe u ZZS - 6,5 roku, dříve neurochirurgie, chirurgie)

1. Co se podle vás skrývá pod pojmem hollywoodská resuscitace?

Děje se to tu, ale říká se tomu jinak. Děje se to, protože by okolí nepochopilo, kdybychom přijeli a nic jsme nedělali. Měli by řeči. Například jedná-li se o mladého člověka po autonehodě a je jediný, který potřebuje naši pomoc, tak KPR zahajujeme a myslím, že je to tak všude. Když je kolem spousta lidí, tak se jakési divadlo musí začít. Člověk se tak vyhne popotahování a kriminálu.

2. Už jste byl někdy zavolán k záchraně člena rodiny v TS nevyлéčitelného onemocnění, kterému selhávaly ZZF?

Ano.

3. Co od vás rodina očekávala po vašem příjezdu, jak se chovala?

Jsou zde dva aspekty, jeden je právní a druhý psychologický. Informace od rodiny

jsou také často zkreslené. Standardy stanovené zákonem nelze přesně aplikovat na terénní praxi, protože v terénu dostanete zkreslené informace a leckdy jsou informace zkreslené i úmyslně.

4. Jak postupujete v případě, kdy rodina trvá na záchraně života jejího člena v TS nevyléčitelného onemocnění, jemuž selhávají ZŽF?

Když přijedu s RLP někam, kde vidím pacienta, kterému selhaly ZŽF, je tam gasping, nehmatný puls, tak z osobní praxe zahajuji KPR. Až poté zjišťuji co se s pacientem dělo, v jakém je stavu. Hrozí tam totiž riziko prodlení. Nemohu vědět, že je to babička s karcinomem prsu s metastázemi do kostí a do plic, rozlámaná páteř, pánev. To dopředu nemůže nikdo vědět. Zahajuji KPR a následně pátrám po dokumentaci. Když z dokumentace zjistím terminální stav onkologického onemocnění, KPR ukončuji.

5. Indikoval a prováděl jste u takového pacienta plnohodnotnou KPR?

Ano, vždy zahajuji plnohodnotnou KPR a poté zjišťuji informace o pacientovi. V případě TS následně KPR ukončuji.

6. Zkoušel jste s rodinou promluvit o marnosti resuscitace a etice umírání? Jak na to rodina reagovala?

Tam je asi špatně řečené to slovo marnost. Můj zažitý postup, abych nemarnil čas, je, že začínám. Pak zjišťuji, co a jak dál. Pokud ta resuscitace je neúspěšná, tak ukončím a řeknu: „ano, my jsme byli neúspěšní proto, že maminka byla vážně nemocná.“ Když to vznikne náhle, tak ještě řeknu: „buďte rádi, že neměla bolesti.“

7. Co jste cítil, když jste resuscitoval člověka proti svému morálnímu přesvědčení?

Donucený jsem k tomu nikdy nebyl. Jak jsem říkal, nejdřív začínám pracovat a potom zjišťuji informace.

8. Myslel jste na to, že mu prodlužujete bolestné umírání?

Do takové situace jsem se ještě nedostal.

9. Jste raději, když rodina přihlíží KPR, nebo když je vedle v pokoji?

Většinou jsem proti přítomnosti, protože rodina překáží. Nevadí mi tam, ale překáží.

Záchranáři mezi sebou potřebují komunikovat a když tam křičí romská rodina, tak to nejde. Zadruhé potřebujete kolem sebe prostor na práci cca 2-3 metry na manipulaci s pacientem. V případě zvířectva vždycky zavřít. Rodinu posadit do kouta. Jinak mi tam rodina nevádí.

10. Setkal jste se s pojmem "DVP"? Jak byste v praxi postupoval?

Setkal jsem se s ním. Ovšem je to zase svázané s tím co už jsem několikrát říkal, a sice, že přijdu k pacientovi, začnu kolem něj dělat a až potom pátrám po informacích. Takový tiskopis musí mít řadu náležitostí. V extrémním případě se může stát, že přijedeme do domova důchodců, kde spolu na pokoji bydlí dva dědečci, jeden bude mít DVP a druhý ne. Nějakým způsobem dojde k záměně a malér je na světě. Takže toto pro mě není směrodatné. Mým úkolem je pomoci člověku. ZZS je specifická v tom, že jde o čas, kterého je málo, a o adekvátní pomoc.

Lékařka č. 5 (žena, 55 let, délka praxe u ZZS - 10 let)

1. Co se podle vás skrývá pod pojmem hollywoodská resuscitace?

To bude resuscitace na oko, ne?

2. Už jste byla někdy zavolána k záchraně člena rodiny v terminálním stadiu nevléčitelného onemocnění, kterému selhávaly základní životní funkce?

Ano.

3. Co od vás rodina očekávala po vašem příjezdu, jak se chovala?

Většinou rodina čeká, že jim to člověk vysvětlí. A s takovou rodinou se potom dá mnohem lépe komunikovat.

4. Jak postupujete v případě, kdy rodina trvá na záchraně života jejího člena v TS nevléčitelného onemocnění, jemuž selhávají ZŽF?

Vyhovím jim. KPR na oko. V dnešní době jsou žaloby tak časté, že je to složité.

5. *Indikovala a prováděla jste u takového pacienta plnohodnotnou KPR?*

Řekla bych, že jo. V ČR to nebylo, konkrétně to bylo v Africe a tam mi hrozilo, že mě podřežou, tak jsme resuscitovali dvě hodiny a pak jsme utíkali zadním vchodem.

6. *Zkoušela jste s rodinou promluvit o marnosti resuscitace a etice umírání? Jak na to rodina reagovala?*

Ano, většinou na to rodina reaguje dobře.

7. *Co jste cítila, když jste resuscitovala člověka proti svému morálnímu přesvědčení?*

Tam si člověk hlavně vzpomene na ty právníky a s tím spojené problémy. Pokud dělám zbytečnou věc, tak záleží na tom, jak to v danou chvíli vyhodnotím.

8. *Myslela jste na to, že mu prodlužujete bolestné umírání?*

Bolestné ne, ale umírání ano.

9. *Jste raději, když rodina přihlíží KPR, nebo když je vedle v pokoji?*

Je lepší když jsou vedle, to je jasné. Pro laiky je to velice nepříjemné. Někdy cítím, že si ti lidé myslí, že děláme málo, protože tomu nerozumí. Nemám ráda, když rodina přihlíží KPR.

10. *Setkala jste se s pojmem "DVP"? Jak byste v praxi postupoval?*

To by mělo být zřejmě písemně. Pokud si nejsem jistá, že je ten stav opravdu terminální, a tím pádem není indikovaná KPR, tak KPR zahájit musím. Pokud je tam písemně a právně ověřené přání neresuscitovat, tak se domluví s rodinou a případně vyhovím.

Lékařka č. 6 (žena, věk - 42 let, délka praxe u ZZS - 18 let)

1. *Co se podle vás skrývá pod pojmem hollywoodská resuscitace?*

Asi nějaké divadýlko pro veřejnost. Taková KPR, aby příbuzní měli dobrý pocit.

2. *Už jste byla někdy zavolána k záchraně člena rodiny v TS nevléčitelného onemocnění, kterému selhávaly ZZF?*

Určitě ano.

3. *Co od vás rodina očekávala po vašem příjezdu, jak se chovala?*

Očekávání rodiny je různé. Záleží na tom, zda vzala na vědomí to, co přijde, a jestli je o tom vůbec edukovaná. Také záleží na tom, jak se s tím vyrovná. Byla jsem u pána, který byl v TS, hezky se o něho starali a na místě jenom chtěli vědět, jestli je ještě možné něco pro něj udělat. Možné to nebylo, oni to přijali a byli klidní. Někdy si nás rodina volá jen pro takové to jakési, uklidnění, že jejich blízký je už opravdu mrtvý. Lepší je, když je rodina důkladně edukovaná o stavu jejich blízkého a o tom, jak se tento stav bude vyvíjet.

4. *Jak postupujete v případě, kdy rodina trvá na záchraně života jejího člena v TS nevléčitelného onemocnění, jemuž selhávají ZZF?*

Pokud je údaj takový, že by člověk mohl být zresuscitovatelný, tak KPR zahájím, protože jinak je to právně napadnutelné. V opačném případě samozřejmě ne.

5. *Indikovala a prováděla jste u takového pacienta plnohodnotnou KPR?*

Ne, většinou se to dá rodině vysvětlit. Víím o tom, že kolegyně měla konflikt s rodinou, kdy manželka byla zdravotní sestra a její manžel byl opravdu v TS. Lékařka nezahájila KPR a oni jí začali sprostě urážet, slovně napadat. Mně osobně se to nestalo.

6. *Zkoušela jste s rodinou promluvit o marnosti resuscitace a etice umírání? Jak na to rodina reagovala?*

Ano. Jak říkám, většinou se to dá rodině vysvětlit a rodina to pochopí a přijme, protože to už dopředu očekávala.

7. *Co jste cítila, když jste resuscitovala člověka proti svému morálnímu přesvědčení?*

Cítila bych to, že je to pro resuscitovaného prodlužování jeho utrpení. Beru to tak, že se člověk má nechat důstojně zemřít.

8. Myslela jste na to, že mu prodlužujete bolestné umírání?

Ano.

9. Jste raději, když rodina přihlíží KPR, nebo když je vedle v pokoji?

Když jsou hysteričtí, tak je to horší, ale vidí co tam děláme, mohou si to kontrolovat. Snažím se je na místě zapojit, např. drží infuzní láhev. Aspoň pak mají pocit, že nějak přispěli k záchraně svého blízkého. Ale aktivně je neposílám pryč a mnohdy se mi to vrací v dobrém.

10. Setkala jste se s pojmem "DVP"? Jak byste v praxi postupovala?

Jako myslíte to „nechci být resuscitován“, nechám si to na prsa vytetovat? Člověk sám, když dopředu něco takového podepisuje, tak nemůže vědět, co všechno se může stát. Za jasně daných podmínek bych byla ráda, kdybych mohla takové přání respektovat, to si myslím, že je každý schopný zhodnotit.

3.2 Sumarizace podle témat

3.2.1 Cítí se ZZ a lékaři kompetentní k nezahájení KPR u pacienta v TS?

Téměř všichni záchranáři udávají, že kontraindikací ke KPR jsou jisté známky smrti a čas od zástavy oběhu do příjezdu posádky ZZS delší než 20 minut. V případě terminálního stavu se necítí kompetentní k rozhodnutí nezahájit KPR. Tuto situaci by mohli vyřešit standardy a vnitřní směrnice ZZS.

Záchranáři č. 1, č. 3, č. 4, č. 5 a č. 6 udávají, že nejsou kompetentní k rozhodování o nezahájení KPR u pacienta v TS onemocnění. Jejich postup je, že zahájí KPR a na místo přivolají lékaře. Záchranář č. 2 uvádí, že KPR zahajuje ze strachu z právního napadení a kvůli převedení odpovědnosti na lékaře. Nezahájit KPR by si eventuálně mohl dovolit podle stavu pacienta a podle záznamu v lékařské zprávě. Záchranář č. 7 v případě vyhocené situace na místě KPR zahajuje. Naproti tomu když je rodina edukovaná a sama mu řekne, že jejich blízký je v TS onemocnění, a uplynulo 15 minut od zástavy, KPR nezahájil i v nepřítomnosti lékaře. Situaci si pojistil natočením EKG.

Lékař č. 1 se řídí lékařskou zprávou pacienta. Je-li v ní zaznamenán statut DNR nebo onkologické onemocnění s vyčerpanou onkologickou terapií, KPR nezahajuje. Lékařka č. 2 má vyhraněný názor na tuto problematiku, jelikož je s ní konfrontována u svých příbuzných. Nezahajuje KPR u pacientů v TS onemocnění. Validním zdrojem informací je pro ni lékařská zpráva, případně informace od rodiny. Názor lékařky č. 3 byl utvářen praxí, která probíhala především v nemocnici. Rozhodnutí o nezahájení KPR určoval tým, který se o pacienta staral v čele s primářem oddělení a jeho zástupkyní. Lékař č. 4 nejprve zahajuje KPR a v jejím průběhu zjišťuje stav pacienta z lékařských zpráv. Když zjistí TS onemocnění, KPR ukončuje. Lékařky č. 5 a č. 6 se shodují, že v případě nejistoty, jde-li skutečně o TS onemocnění, KPR zahájí. V opačném případě nikoliv. Lékařka č. 5 ještě dodává, že na nátlak rodiny zahájí neplnohodnotnou KPR.

Z výše uvedených sdělení můžeme konstatovat, že lékaři akceptují kontraindikaci ke KPR, TS nevléčitelného onemocnění.

3.2.2 Povinnosti ZZ a lékařů versus jejich etické hodnoty

Záchranáři č. 1 a č. 4 by přáli pacientovi důstojnou smrt, ale z obavy následné ztráty zaměstnání, musí zahájit KPR. Z právního hlediska jsou přesvědčeni, že jednají správně. Záchranáři č. 2, č. 4 a č. 6 by takovou resuscitaci zahájili kvůli strachu z právního napadení ze strany příbuzných. Jsou si vědomi toho, že je to neetické a kontraindikované, ale tvrdí, že legislativa je u nás tak nastavená. Pro záchranáře č. 3 je jeho morální povinností uživit rodinu. KPR zahájí, aby jeho postup nebyl právně napadnutelný. Záchranář č. 5 se vždy snaží dělat svoji práci tak, aby nebyla právně napadnutelná. Ztratit zaměstnání nebo se nechat se zavřít kvůli nějakému drobnému pochybení mu za to nestojí. Záchranář č. 7 nikdy nezkoušel s rodinou mluvit o neúčinnosti KPR. Pokud je situace vyhrocená, tak si nedovolí komukoliv cokoliv rozmlouvat. A pokud je rodina smířená se stavem pacienta, není třeba nic vysvětlovat.

Lékař č. 1 přiznává, že v některých situacích postupuje alibisticky. Na jedné straně zvažuje prodloužení utrpení pacienta a zhoršení kvality jeho života po KPR, na straně druhé následné stížnosti nebo žaloby od příbuzných. Lékařka č. 2 má s onkologicky nemocnými pacienty velmi osobní zkušenosti, a proto obhájí pacientovo právo na klidnou a důstojnou smrt. Ve snaze zachránit takového pacienta vidí prodlužování jeho utrpení. Lékařka č. 3 zná z nemocnice konzultace s rodinou ohledně závěru života jejich blízkého. Nedovede si představit jak by se takový postup aplikoval na terénní praxi a zda je to vůbec možné. Ani lékař č. 4 a lékařka č. 6 nebyli nikdy donuceni k zahájení KPR proti své vůli. Lékař č. 4 proto, že vždy nejdříve zahájí KPR a lékařka č. 6 proto, že to většinou je možné rodině vysvětlit. Lékařka č. 5 si je při KPR vědoma prodlužování pacientova umírání, nikoliv však bolestného.

3.2.3 Zkušenosti s HR

Záchranáři č. 1, č. 2, č. 3, č. 4, č. 5 a č. 7 uvádějí, že pojem „hollywoodská resuscitace“ nikdy neslyšeli. Záchranář č. 6 zkonstatoval, že jich už několik zažil. Na otázku, co si pod tímto pojmem představují, odpověděli záchranáři č. 1 a č. 2, že se jedná o KPR, která má navodit dojem maximální péče, i když vědí, že nebude mít žádný účinek. Záchranář č. 3 si pod tímto pojmem představuje předstíranou KPR. Záchranáři č. 4 a č. 7 si myslí, že je to způsob KPR převzatý z USA. Záchranář č. 5 si nepředstavuje nic a záchranář č. 6 má za to, že je to taková KPR, která trvá zbytečně dlouho jen proto, aby okolí nemělo důvod kritizovat jeho práci.

U lékařů je tomu podobně. Žádný z nich doposud pojem „hollywoodská resuscitace“ neslyšel. Lékaři č. 1, č. 3, č. 4, č. 5 a č. 6 se posléze shodují na tom, že jde o KPR pacientů v beznadějném stavu, kdy je třeba u příbuzných vyvolat dojem maximální péče o jejich blízkého, přestože vědí, že šance na oživení je nulová. Jinak řečeno KPR „na oko“. Lékařka č. 2 KPR „na oko“ neprovádí. Lékaři č. 4 a č. 6 uvádějí, že se jedná o „divadélko“.

3.2.4 Pocity vyvolávané při HR

Záchranář č. 1 cítí, že to není správně a není mu to příjemné. Je mu líto pacientů, protože se narodili v zemi, kde není uzákoněná eutanázie. Záchranář č. 2 uvádí, že jeho osobní etický názor jde v takových případech stranou, protože jeho povinností je dělat vše naplno tak, jak to má být. Etiku na místě události neřeší. Záchranář č. 3 převádí odpovědnost za danou situaci na lékaře, víc prý sdělit nemůže. Záchranář č. 4 s lítostí konstatuje, že je mu to nepříjemné a považuje takovou KPR za amorální. Má svůj názor, ale ve skutečnosti dělá to, co vyplývá z jeho povinností. Záchranář č. 5 myslí na to, že pacientovi způsobuje další bolest a je mu to nepříjemné. Záchranář č. 6 takové konání hodnotí jako neetické, kontraindikační a zbytečné. K takovému postupu se cítí být tlačěn legislativou. Jen záchranář č. 7 s tím nemá žádné problémy. Nemá pocit, že by tím pacientovi prodlužoval bolestné umírání. Myšlenka na pacienta v něm evokuje úsloví: „Budiž mu lehká zem.“

Lékaři č. 1 se ještě nestalo, že by resuscitoval člověka proti své vůli. Pocity prodlužování bolestného umírání vyvažuje strach z žaloby za neposkytnutí adekvátní pomoci. Lékařka č. 2 KPR u terminálně nemocných pacientů neprovádí. S rodinou hovořil a snaží se je přivést k přesvědčení, že nejlepší je nechat pacienta v klidu zemřít. Případně by souhlasila s faktem, že nemocnému prodlužuje bolestné umírání. Lékařka č. 3 má zkušenost, kdy ji posádka nabádala k intubování mrtvolky a necítila se u toho příjemně, přišlo jí to neetické. Cítila, že má před sebou lidskou bytost a ne věc, se kterou si může manipulovat jak se jí zlíbí. Lékař č. 4 doposud nikdy nebyl nucen provádět resuscitaci „na oko“. Lékařka č. 5 se před zahájením takové resuscitace promítnou v hlavě právníci a s nimi spojené problémy. Lékařka č. 6 cítí, že je to pro resuscitovaného prodlužování utrpení. Obhajuje názor, že člověk má právo na důstojnou smrt.

3.2.5 Akceptování přítomnosti rodiny u KPR

Záchranář č. 1 stres před rodinou nepocituje, přítomnost příbuzných mu nevadí, spíše je mu jich líto. Pro záchranáře č. 2 je lepší, když je rodina ve vedlejší místnosti, protože její přítomnost v něm vyvolává nervozitu, kterou při své práci nesmí dát najevo. Záchranáři č. 3, č. 4 a č. 7 jsou proti přítomnosti rodiny u KPR. Na svoji práci potřebují klid a s rodinou za zády jej nemají. Záchranáři č. 5 a č. 6 přítomnost rodiny u KPR nemají rádi. Pod větším tlakem se být necítí, ale domnívají se, že pro rodinu je lepší být třeba ve vedlejší místnosti.

Lékař č. 1 a lékařky č. 2 a č. 3 tvrdí, že přítomnost rodiny jim nevadí, protože ji při své práci nevnímají. Lékařka č. 2 ale dodává, že je lepší, když jsou mimo, protože mnohé postupy mohou vnímat jako neetické a příliš hrubé. Zpravidla bývají hysteričtí a překážejí. Lékař č. 4 je většinou proti přítomnosti rodiny, jelikož překáží. Jinak mu ale nevadí. Lékařka č. 5 nemá ráda, když rodina přihlíží KPR, protože dává najevo, že záchranný tým neposkytuje dostatečnou péči. Lékařka č. 6 rodinu neposílá mimo, ale snaží se ji aktivně zapojit např. přidržováním infuze. Uvádí, že s tímto přístupem má dobrou zkušenost.

3.2.6 Očekávání rodiny z pohledu pracovníků ZZS

Záchranář č. 1 udává, že ve většině případů lékař rodině objasní a zdůvodní neúčinnost resuscitace a ona to přijme. V některých případech se rodina nehodlá smířit s danou skutečností a ve zbytku případů rodina plně spoléhá na jejich rozhodnutí a následný postup. Podle záchranářů č. 2 a č. 3 rodina očekává, že jejich blízkého oživí. Záchranář č. 2 však dodává, že mnohdy očekávání rodiny nedokáže posoudit. Záchranář č. 4 tvrdí, že očekávání rodiny je dvojsečné. Záchranář č. 5 míní, že rodina očekává „vzkříšení“ jejich blízkého. Doufá, že se stane zázrak, o čemž se dnes může leckde dočíst. U záchranáře č. 6 rodina nic neočekává, protože je už dopředu připraví na skutečnost, že KPR bude ukončená po příjezdu lékaře. Podle záchranáře č. 7 rodina bývá se situací smířená, a tedy neočekává zázraky. Očekávání příbuzných jsou však individuální, někteří rodinní příslušníci mohou dokonce vystupovat agresivně.

Lékař č. 1 tvrdí, že rodina volá ZZS, protože si neví rady. Lékařky č. 2 a č. 6 se shodují, že reakce rodiny jsou individuální. Lékařka č. 6 dodává, že si ji někdy rodina volá pro potvrzení, uklidnění, ujištění, že jejich blízký opravdu zemřel. Lékařka č. 3 se dostala do situace, kdy si rodina nepřipouštěla skutečnost terminálního stadia onemocnění svého blízkého a chtěla po zdravotnících, aby pokračovali v léčbě. Lékaři č. 4 se stalo, že dostal od rodiny záměrně zkreslené informace. Podle lékařky č. 5 rodina očekává, že jim lékař celou situaci vysvětlí a objasní.

3.2.7 Edukovanost rodiny o stavu jejich blízkého

Záchranář č. 1 byl zavolán do needukované rodiny. Ta vyžadovala záchranu jejího blízkého. Záchranáři č. 2 a č. 7 míní, že nedostatečně edukovaná rodina klade v těchto případech vysoké nároky na záchranáře a může vystupovat agresivně. Neví co je to smrt, jak to bude vypadat a jak se mají zachovat, až přijde, apod. Udávají, že rodina by měla být poučena předem o vývoji zdravotního stavu jejich blízkého. Záchranář č. 3 udává, že ač byla rodina edukována, vyžadovala záchranu svého blízkého. Záchranáři č. 4 a č. 7 se většinou setkávají s edukovanou rodinou, která je se situací smířená a akceptuje rozhodnutí

lékaře. Záchranář č. 5 se setkává s případy, kdy pacient záměrně zamlčuje svoji onkologickou diagnózu před příbuznými, aby je zbytečně netrápil. V takovém případě rodina o to víc očekává pomoc. Záchranář č. 6 needukovanou rodinu edukuje na místě sám. Během KPR ji připravuje na ukončení KPR po příjezdu lékaře. Pak je rodina zpravidla klidná, jelikož ví, co bude následovat.

Lékař č. 1 má zkušenosti s edukovanou i needukovanou rodinou. V prvním případě je rodina smířená a KPR nevyžaduje. V druhém případě vyžaduje rodina záchranu života svého blízkého za každou cenu. Lékařky č. 2, č. 5 a č. 6 tvrdí, že pokud je rodina edukovaná, souhlasí s postupem posádky ZZS a vzájemná komunikace je snazší. Podle lékařky č. 3 je nedostatečná informovanost rodiny obvodním lékařem důvodem k tomu, že ZZS vyjíždí právě k takovým případům. Konstatuje, že v opačném případě by se mohlo zabránit mnohým bezdůvodným výjezdům ZZS. Lékař č. 4 se k této otázce nevyjádřil.

3.2.8 Lidé nemají na to, aby jim příbuzný zemřel doma

Lékař č. 1 a lékařka č. 2 konstatují, že lidé v dnešní době nemají síly a odvalu postarat se o umírajícího příbuzného doma. Ostatní zdravotničtí pracovníci se k této problematice nevyjadřují.

3.2.9 Vědí pracovníci ZZS co je to DVP dle platné legislativy

Záchranáři č. 1, č. 3, č. 4 a č. 5 tento pojem neznají. Záchranáři č. 1, č. 4 a č. 5 by v dané situaci na takové prohlášení nebrali zřetel ze strachu z právního napadení a z důvodu svého svědomí. Záchranář č. 3 by údajně takový dokument respektoval, přestože neví, jaké musí splňovat náležitosti. Záchranář č. 2 o DVP pouze slyšel, v praxi se s ním nesetkal. Uvádí, že dokud nebude lépe nastavený právní systém v ČR, takové prohlášení nebude brát na zřetel, protože je právně napadnutelné. Záchranáři č. 6 a č. 7 znají pojem DVP z přednášek. Záchranář č. 6 vidí praktický problém DVP v časové prodlevě při jeho dohledání, a proto raději okamžitě zahajuje KPR, kterou následně již ne-

může ukončit. Pro záchranáře č. 7 takové prohlášení v danou chvíli není plnohodnotnou informací, ale připouští, že záleží i na okolnostech.

Lékaři č. 1 a č. 4 a lékařky č. 3 a č. 5 tento pojem znají. Lékař č. 1 a lékařky č. 3 a č. 5 by tento dokument za jasně daných podmínek respektovali, někdo se strachem a někdo po konzultaci s rodinou. Lékař č. 4 se vždy nejprve stará o pacienta a zahajuje takovou péči, kterou pak již nemůže ukončit. Lékařky č. 2 a č. 6 pojem DVP neznají. Až je firma proškolená, budou rády takové přání respektovat.

3.2.10 Návrhy na řešení situace

Záchranář č. 1 navrhuje výše uvedené situace řešit specifickými dokumenty nebo kartičkami, které by tito pacienti dostávali od svých obvodních nebo ošetřujících lékařů. Na nich by mělo být jasně vyznačeno, zda pacient bude resuscitován, či nikoliv. To by pak mohlo být směrodatné pro pracovníky záchranné služby. Záchranář č. 2 by toto řešil interními stanovami se standardizováním postupů a navýšením kompetencí záchranářům. Nikdo jiný se k této problematice nevyjádřil. Záchranáři č. 2 a č. 7 a lékařky č. 3, č. 5 a č. 6 uvádějí, že rodina by měla být předem dostatečně poučena o vývoji zdravotního stavu jejich blízkého obvodním nebo ošetřujícím lékařem. Takto informovaná rodina je klidnější, lépe se s ní komunikuje, protože nemá vysoká očekávání.

Tabulka č. 1: Sumarizace zkoumaných oblastí - část první

	cítí se kompetentní k neza- hájení KPR pacienta v TS?	povinnosti versus etické hodnoty	zkušenosti s HR	pocity vyvolávané při HR	akceptování příto- mnosti rodiny u KPR
záchranář č. 1	Ne	Oficiálně nemůže nic nedělat	Pojem HR neslyšel, ale umí si jej domyslet	Lítost, je mu to nepříjemné	Přítomnost rodiny mu nevadí
záchranář č. 2	Ne	KPR zahajuje kvůli své právní ochraně	Pojem HR neslyšel, ale umí si jej domyslet	Etiku situace neřeší	Je proti přítomnosti
záchranář č. 3	Ne	Zahajuje KPR	Pojem HR neslyšel, neumí si jej domyslet	Není to jeho věc	Je proti přítomnosti
záchranář č. 4	Ne	KPR zahajuje proti své vůli	Pojem HR neslyšel, neumí si jej domyslet	Nepříjemné, amorální	Rodinu posílá pryč
záchranář č. 5	Ne	Zahajuje KPR, nenechá se vyhodit	Pojem HR neslyšel, neumí si jej domyslet	Působení bolesti	Nevadí mu
záchranář č. 6	Ne	KPR zahajuje kvůli své právní ochraně	Ví, o co se jedná	Neetické, zbytečné	Nevadí mu
záchranář č. 7	Ne	KPR zahajuje kvůli své právní ochraně	Pojem HR neslyšel, neumí si jej domyslet	Bez problémů	Není mu příjemná
lékař č. 1	Ano	Prodloužení utrpení versus podávání stížností	Pojem HR neslyšel, ale umí si jej domyslet	Nemá zkušenost	Její přítomnost neřeší
lékařka č. 2	Ano	KPR nezahajuje	Nemá	Nemá zkušenost	Její přítomnost neřeší
lékařka č. 3	Ano	Snaha o edukaci	Pojem HR neslyšela, neumí si jej domyslet	Nepříjemné, neetické	Je to věc rodiny
lékař č. 4	Ano	Nejprve zahajuje KPR	Ví, o co se jedná	Nemá zkušenost	Nevadí, ale překáží
lékařka č. 5	Ano	KPR zahajuje → prevence žaloby	Pojem HR neslyšela, ale umí si jej domyslet	Problémy s právníky	Nemá ráda
lékařka č. 6	Ano	Nevyjádřila se	Pojem HR neslyšela, ale umí si jej domyslet	Prodlužování utrpení	Snaha o aktivní zapojení do činnosti

Tabulka č. 2: Sumarizace zkoumaných oblastí - část druhá

	očekávání rodiny z pohledu pracovníků ZZS	edukovanost rodiny	zvládání péče o umírajícího	vědí, co je to DVP dle platné legislativy?	návrhy na řešení situace
záchranář č.1	Tři druhy očekávání	Needukovanost rodiny zvyšuje očekávání	Nevyjádřil se	Neví, v praxi by nebral zřetel	Uzákonit eutanázii, specifické kartičky
záchranář č. 2	Oživení, pomoc	Rodina by měla být edukovaná	Nevyjádřil se	Ví, nerespektoval by	Navýšení kompetencí, standardy
záchranář č. 3	Záchrana, pomoc	I přes poučení chtěli KPR	Nevyjádřil se	Neví, respektoval by	Neuvádí
záchranář č. 4	Dva druhy očekávání	Edukovaná rodina nevyžaduje KPR	Nevyjádřil se	Neví, nerespektoval by	Neuvádí
záchranář č. 5	Pomoc, zázrak	Nevyjádřil se	Nevyjádřil se	Neví, nerespektoval by	Neuvádí
záchranář č. 6	Bez očekávání	Osobně edukoval	Nevyjádřil se	Ví, v praxi je to problém	Neuvádí
záchranář č. 7	Individuální	Edukovanost = smířenost	Nevyjádřil se	Ví, nerespektoval by	Neuvádí
lékař č. 1	Rodina si neví rady	Needukovanost rodiny zvyšuje očekávání	Potvrzuje	Ví, respektoval by	Neuvádí
lékařka č. 2	Většinou reálné	Poučená rodina = klidná	Potvrzuje	Neví, nerespektovala by	Neuvádí
lékařka č. 3	Prodlužování léčby	I přes poučení trvali na prodlužování léčby	Nevyjádřila se	Ví, respektovala by s pocitem bezmocnosti	Lepší domluva mezi rodinou a obv. lékařem
lékař č. 4	Dostal chtěně zkreslené informace	Nevyjádřil se	Nevyjádřil se	Ví, nerespektoval by	Neuvádí
lékařka č. 5	Vysvětlení	Nevyjádřila se	Nevyjádřila se	Ví, respektovala by	Neuvádí
lékařka č. 6	Potvrzení, uklidnění	Lepší je poučená rodina	Nevyjádřila se	Neví, ráda by respektovala	Neuvádí

4.1 Diskuze

Žijeme v době, kdy se paternalistický vztah lékař – pacient pomalu stává minulostí a mezi těmito dvěma osobami se objevuje vztah partnerský. Jeden z principů moderní lékařské etiky jasně determinuje pacientovu autonomii, důležitost jeho názoru na průběh léčby. Jak uvádí Vácha (2012), principy moderní lékařské etiky jsou nastaveny dostatečně volně, ovšem pokud se dostanou dva nebo více z nich do konfliktu, nevíme, jak takovou situaci řešit. (Vácha, 2012) Mnohdy bychom rádi jednali podle toho, co vnímáme jako správné, jako etické, ovšem je tu neviditelná síla, legislativa, a ta nás nutí jednat proti našemu přesvědčení. Strach z právního napadení se stává silnějším než touha zachovat člověku důstojnost v závěru života.

Bydžovský (2008), Sláma (2009) i Franěk (2011) se shodují na třech níže jmenovaných kontraindikacích KPR. Záchranáři se řídí kontraindikacemi 1) jistých známek smrti a 2) doby od NZO do příjezdu ZZS delší než patnáct minut. Třetí kontraindikaci, TS základního onemocnění, však ignorují a hájí se tím, že v tomto případě není v jejich kompetenci rozhodnout, že KPR nebude zahájena (záchranář č. 1 – č. 7). Dle mého soudu by v případě TS onemocnění záchranáři měli být kompetentní k rozhodnutí o nezahájení KPR, zvláště pokud mají k dispozici lékařskou zprávu, v níž je TS jasně popsán. Lékaři akceptují všechny výše uvedené kontraindikace.

Domnívám se, že rodina, která je ošetřujícím lékařem poučená o vývoji stavu svého terminálně nemocného příbuzného v rámci zdravotnického zařízení, nemá nereálná očekávání při příjezdu posádky záchranné služby a neklade na ni takový psychický tlak, jako rodina nepoučená. Moje domněnka koreluje se skutečností, jež vyplývá z rozhovorů se záchranáři: *„Rodina s tím v těchto případech většinou bývá smířená, v osmdesáti procentech ví, co se děje, takže po nás nevyžaduje zázraky.“* (záchranář č. 7) *„Někdy si nás rodina volá jen pro potvrzení, uklidnění, že jejich blízký je už opravdu mrtvý.“* (lékařka č. 6) Nedostatečně edukovaná rodina pak spoléhá na informace, které buď vyčte, nebo vysleduje v oblíbených seriálech ze zdravotnického prostředí, kde, jak uvádí Sláma, je KPR mylně prezentována jako akční a většinou úspěšná zdravotnická intervence při

zástavě oběhu. „Pokud rodina není dostatečně poučená v rámci zařízení, kde je pacient sledován pro svoji základní diagnózu, tak neví, co je smrt, jak to vypadá a kdy to přijde. Oni si pořád myslí, že přijede záchranka a oživí ho.“ (záchranář č. 2)

Záchranáři obvykle přistupují ke KPR terminálně nemocných pacientů vzhledem k očekávání rodiny tak, že zahájí KPR a na místo přivolají lékaře (Záchranář č. 1, č. 3, č. 4, č. 5 a č. 6). Z hlediska prodloužení života, distancie, je výše zmíněné počínání problémové. Zdravotníci v dnešní době, podle Jeckersové a Schneidermana (2000), zapomínají na zachování pohodlí a důstojnosti pacienta. Na mysli mi ihned vyvstává výrok jednoho ze záchranářů: „Pokud je pacient v terminálním stadiu, v devadesáti devíti procentech KPR skončí stejně smrtí, takže si myslím, že tam jsme nikomu utrpení neprodloužili.“ (záchranář č. 7) Myslím si, že v tomto případě bylo člověku jak prodlouženo utrpení, byť o dvacet minut, tak narušeno i jeho pohodlí. Na druhou stranu v podobné situaci tentýž záchranář postupoval následovně: „Když byla rodina edukovaná a sama řekla, že její blízký je v terminálním stadiu onemocnění a uplynulo 15 minut od zástavy, KPR jsem nezahájil i v nepřítomnosti lékaře. Situaci jsem si pojistil natočením EKG.“ (záchranář č. 7) Takový postup je v souladu s tím, co uvádí Pokorný (2010), Franěk (2011) i Jeckersová a Schneiderman (2000). Přál bych si, aby tímto způsobem mohl postupovat každý záchranář, protože se domnívám, že se jedná o nejvhodnější způsob rozloučení se s umírající příbuzným. Bohužel to často záleží na postoji rodiny, a ten nemusí být vždy vstřícný. A jak postupují lékaři? Jedna z lékařek na nátlak rodiny zahajuje „hollywoodskou“ KPR (lékařka č. 5). Další lékař občas jedná alibisticky (lékař č. 1). Ostatní lékaři/ky nikdy nezahajovali KPR proti svému přesvědčení. Někteří proto, že nejprve řeší aktuální obtíže pacienta a až poté pátrají po jeho dokumentaci (lékař. č. 4), a jiní proto, že rodině situaci citlivě vysvětlí. (lékařka č. 2, č. 3 a č. 5) Skutečnost, že vhodně zvolené poučení rodiny může její pohled na věc modifikovat, uvádí i Sláma (2009).

Dále jsem na základě rozhovorů zkoumal zkušenosti a pocity záchranářů při předstírané resuscitaci. V případě needukované rodiny cítí pracovníci ZZS určitou nejistotu v rozhodování o eticky a legislativně správných postupech. Někteří z nich (záchranář č. 1, č. 2, č. 4 a č. 6) by umírajícím rádi dopřáli důstojnou smrt, ale ze strachu z právního napadení ze strany rodiny raději zahájí KPR navzdory svému přesvědčení: „Podle mého

osobního názoru by se měl člověk nechat v klidu umřít.“ (záchranář č. 4) Někteří záchranáři by byli ochotní s rodinou mluvit o etice umírání, ale necítí se k tomu kompetentní: „Nemohu s rodinou mluvit o tom, co je podle mě dobře, když dělám to, co je z mého pohledu špatně.“ (záchranář č. 1) Jiní naproti tomu si etické hledisko v těchto případech vůbec nepřipouštějí: „Mojí morální povinností je uživit rodinu. Pokud lékař řekne, že budeme resuscitovat, tak budeme resuscitovat.“ (záchranář č. 3), „Nemám s tím problémy. Pomyslím na toho člověka, ať je mu země lehká, a to je tak všechno, co nad ním mohu udělat.“ (záchranář č. 7) U lékařů je to opět jiné. Někteří dotazovaní lékaři ještě nebyli nuceni provádět KPR proti svému přesvědčení. (lékař/ka č. 1, č. 2, č. 4 a č. 6) „Cítila bych, že je to pro resuscitovaného prodlužování utrpení. Obhajuji názor, že člověk má právo na důstojnou smrt.“ (lékařka č. 6) Objevily se též názory, že „pocity o prodloužení bolestného umírání vyvažuje strach z žaloby za neposkytnutí pomoci“ (lékař č. 1) a „při takové resuscitaci si člověk vzpomene především na právníky a případné problémy.“ (lékařka č. 5)

Z výzkumu též vyplývá fakt, že téměř polovina zdravotnických pracovníků (záchranáři č. 1, č. 3, č. 4 a č. 5 a lékařky č. 2 a č. 6) neví, co je to DVP dle platné legislativy. „O tom jsem nikdy neslyšel. Naše vedení mě s tím neseznámilo, a proto bych v praxi na takový dokument nebral zřetel.“ (záchranář č. 1) „Myslím, že to u nás ještě uzákoněné není, takové to DNR a podobně (...) kdybych se s tím v praxi setkala, tak bych na to zřetel nebrala.“ (lékařka č. 2) Nad názorem jednoho z nich jsem se skutečně pozastavil: „Takový pojem jsem ještě neslyšel. Eventuálně bych takový dokument respektoval, ale zatím jsem se s tím nesetkal.“ (záchranář č. 3) Za své jednání by mohl dostat trest podle §143, odst. 2 trestního zákoníku za způsobení smrti z nedbalosti. Ostatní pracovníci ZZS (záchranáři č. 2, č. 6 a č. 7 a lékaři/ky č. 1., č. 3, č. 4 a č. 5) vědí, co pojem DVP znamená a znají jeho podobu. Někteří z nich by DVP respektovali, to jsou zpravidla lékaři, a jiní nikoliv, zpravidla záchranáři. „Myslím si, že je důležité přání pacienta respektovat. Jsme dospělí lidé a každý by se měl rozhodnout sám co chce.“ (lékařka č. 3) „V praxi v tom vidím problém. Než rodina dokáže sehnat doklad, uteče nějaký čas a já stejně KPR zahájím. A když už KPR provádím, tak ji nemohu ukončit.“ (záchranář č. 6)

Za jakých okolností je tedy možné dovolit si nezahájit KPR v TS z pohledu záchranáře? Z analýzy rozhovorů vyplývá následující. Základem je poučená, smířená a vstřícná rodina. Dalším důležitým faktorem je lékařská zpráva, ve které je zaznamenán terminální stav základního onemocnění většinou s ukončenou terapií. V úvahu je třeba brát i případné DVP. Posledním a zásadním měřítkem je záchranářova osobnost a jeho morální vyspělost. Je mi blízká Aristotelova charakteristika morálního člověka, jež tvrdí, že mravným člověkem se staneme udržováním určité rovnováhy ve svém jednání mezi extrémní pomocí vzájemného srovnávání potřeb, přání a povinností. (Šimek, 2012) Takový by měl záchranář být. Neměl by jen slepě dodržovat své povinnosti vyplývající ze zákona, ale měl by se umět eticky a zodpovědně rozhodovat na základě svých životních zkušeností.

Z práce je zřejmé, že lékaři mají oproti ZZ snadnější výchozí pozici ve smyslu širších kompetencí. V jejich prospěch nahrává i obecné povědomí, které je uznává jako autoritu. Bylo by tedy vhodné, v takto eticky problematických situacích, vybavit ZZ potřebnými kompetencemi, nebo problematiku „hollywoodské resuscitace“ vyřešit pomocí specifických kartiček se statutem DNR. Pak by ZZ při své práci nebyli nuceni překračovat etické hranice a bylo by jim umožněno hájit pacientovo právo na důstojnou smrt.

K získání výsledků jsem použil kvalitativní výzkum a mým výzkumným souborem bylo třináct pracovníků Zdravotnické záchranné služby Jihomoravského kraje. Jsem si vědom faktu, že získaná data se vztahují ke konkrétní skupině a že je nemohu generalizovat a vztáhnout je na všechny pracovníky záchranné služby v ČR. Jsem si též vědom, že do výsledků výzkumu se promítla taktéž specifika prostředí konkrétní záchranné zdravotnické služby. Během získávání dat jsem se neseťkal s žádným osobním problémem.

Na základě zpracovaného výzkumu stanovuji tyto tři teze, které by mohly v budoucnu posloužit jako základy hypotéz pro kvantitativní výzkumné šetření:

- Zdravotničtí záchranáři nerespektují kontraindikaci k zahájení kardiopulmonální resuscitace u pacientů v terminálním stadiu onemocnění.
- Zdravotničtí záchranáři pocítují právní nejistotu při výkonu svého povolání.
- Pracovníci zdravotnické záchranné služby zahajují hollywoodskou resuscitaci.

Závěr

Mají pracovníci posádek RLP a RZP zkušenosti s problematikou hollywood resuscitation? Všichni mnou oslovení zdravotničtí záchranáři slyšeli tento pojem poprvé. V průběhu rozhovoru se mi však svěřili, že KPR „na oko“ (jinak též hollywood resuscitation) zažili. Čtyři ze sedmi jmenovaných uvedli, že takovou KPR vnímají jako neetickou, zbytečnou a kontraindikovanou. Do zahájení KPR „na oko“ jsou nuceni legislativou. Zbylí záchranáři etiku umírání na místě buď neřeší, nebo ji vůbec nevnímají, nebo se etické odpovědnosti vyhýbají tím, že ji převádějí na lékaře. Jedna z kontraindikací KPR je terminální stav onemocnění. Legislativa ČR a vnitřní směrnice ZZS bohužel zatím skutečně nutí záchranáře k devastaci lidského těla v terminální fázi onemocnění. Většina mnou dotazovaných záchranářů přeje umírajícím důstojnou smrt, ale strach z právního napadení je tak veliký, že jednají proti svému etickému přesvědčení. Tento problém by skutečně vyřešila standardizace postupů.

Lékaři pojem „hollywoodská resuscitace“ také nikdy neslyšeli. Téměř všichni ale vzápětí přesně vystihují její podstatu. Většině z nich se zpravidla nestává, že by zahajovali KPR proti svému etickému přesvědčení. Někteří proto, že si s rodinou citlivě promluví, jiní proto, že nejprve řeší pacientovy aktuální obtíže a až následně pátrají po informacích o jeho zdravotním stavu. Lékař má také snadnější výchozí pozici, jelikož je společností stále ještě uznáván jako autorita a oproti záchranáři má větší kompetence.

Jakým způsobem přistupují pracovníci posádek RZP a RLP k resuscitaci terminálně nemocných pacientů s ohledem na očekávání rodinných příslušníků? Z rozhovorů se záchranáři jsem se dozvěděl, že rodiny bývají buď smířené se vzniklou situací, a tedy jejich očekávání nejsou velká, nebo očekávají záchranu svého umírajícího příbuzného. Psychický tlak na záchranáře ze strany rodiny bývá přímo úměrný edukovanosti rodiny ošetřujícím nebo obvodním lékařem pacienta. Tři ze sedmi dotazovaných záchranářů necítí psychický tlak ze strany rodiny, která je přítomná KPR. Zbylí čtyři jsou raději, když je rodina ve vedlejší místnosti a tím mají zajištěný klid a prostor na práci.

Stává se, že rodina vyvíjí nadměrný psychický tlak na pracovníky záchranné služby v případech, kdy není dostatečně poučena o vývoji zdravotního stavu svého příbuzného ošetřujícím lékařem. Od záchranné služby očekávají pomoc a záchranu, která v danou chvíli již není možná. Záchranáři v těchto případech opravdu zahajují KPR proti svému etickému přesvědčení. Lékaři se snaží s rodinou promluvit, situaci jim vysvětlit a ve většině případů se setkávají s kladnou odezvou. Ke zlepšení této situace by přispěla kvalitní edukace rodiny v rámci zařízení, kde je pacient sledován pro svoji základní diagnózu.

Zdroje

1. BARTŮNĚK, P., R. PTÁČEK a kol., 2011, *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
2. BYDŽOVSKÝ, Jan., 2008, *Akutní stavy v kontextu*. Vyd. 1. Praha: Triton, 450 s. ISBN 978-807-2548-156.
3. ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In *Sbírka zákonů ČR*, ročník 2011, částka 20. Dostupné na: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>> [cit. 2011-03-14]. ISSN 1211-1244
4. ČESKO. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. In *Sbírka zákonů ČR*, ročník 1966, částka 7. Dostupné na: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1966-20>> [cit. 2012-04-01]. ISSN 1211-1244
5. ČESKO. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. In *Sbírka zákonů ČR*, ročník 2009, částka 11. Dostupné na: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>> [cit. 2013-01-01]. ISSN 1211-1244
6. ČESKO. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In *Sbírka zákonů ČR*, ročník 2004, částka 30. Dostupné na: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>> [cit. 2012-04-01]. ISSN 1211-1244
7. ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In *Sbírka zákonů ČR*, ročník 2011, částka 131. Dostupné na: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>> [cit. 2013-04-01]. ISSN 1211-1244

8. ČESKO. Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. In *Sbírka zákonů ČR*, ročník 2011, částka 131. Dostupné na: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>> [cit. 2013-01-01]. ISSN 1211-1244
9. DOSKOČIL, O., J. DOLISTA., 2007, Profesní etika zdravotnického pracovníka. In: Vurm a kol., *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton ISBN 978-80-7254-997-9
10. DVOŘÁČEK, David. Historie resuscitace. *Urgentní medicína*. 2009. č. 3, s. 34 ISSN 1212 – 1924
11. FRANĚK, Ondřej., 2011, *Mimonemocniční náhlá zástava oběhu a neodkladná resuscitace dospělých v terénu* [online dokument]. 2011 [cit. 2011-03-25]. Dostupné z: http://www.zachrannaslužba.cz/zajimavosti/2010_resuscitace.pdf
12. HAŠKOVCOVÁ, Helena., 2002, *Lékařská etika*. Praha: Galén, 272 s. ISBN 80-7262-132-7
13. HAŠKOVCOVÁ, Helena., 2007, *Thanatologie nauka o smrti a umírání*. 2. vyd. Praha: Galén, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3
14. INFORMAČNÍ CENTRUM OSN V PRAZE, *Lidská práva pro všechny: před šedesáti lety byl přijat základní dokument lidských práv*. Osn.cz [online] © 2005 [cit. 2013-04-06]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/vseobecna-deklarace-lidskych-prav.pdf>
15. JECKEROVÁ, N., L. SCHNEIDERMAN., 2000, Přerušení neúčinné léčby: etické aspekty. In: THOMASMA, C., T. KUSHNEROVÁ. *Od narození do smrti*. © Cambridge University Press, 2000 ISBN 80-204-0883-5
16. KRAUS, Jiří., 2005, *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. Praha: Academia ISBN 978-80-200-1351-4
17. KUTNOHORSKÁ, Jana., 2007, *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing s.r.o., 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2

18. LIPPERT, F. K., RAFFAY, V., GEORGIU, M., STEEN, P. A., BOSSAERT, L. *ERC Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions*. [online, 03-2012], dostupné z: http://www.resuscitace.cz/wpcontent/uploads/2010/09/Full_ERC_2010_Guidelines.pdf
19. MACH, Jan., 2006, *Medicína a právo*. 1. vyd. Praha: C.H. Beck, 257 s. ISBN 80-7179-810-X
20. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny*. Praha: 2000 ISBN 80-85047-26-8)
21. MUCHA, J., P. URBÁNEK., 2004, Prvotní neodkladné postupy. In: Pokorný, Jiří. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 547 s. ISBN 80-726-2259-5
22. MUNZAROVÁ, Marta., 2005, *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada publishing, a.s. ISBN 80-247-1024-2
23. POKORNÝ, Jan., 2010, *Lékařská první pomoc*. 2. vyd. Praha : Galén, 474 s. ISBN 80-7262-322-8
24. SLÁMA, Ondřej., 2009, *Klinické, etické a právní aspekty rozhodování o kardio-pulmonální resuscitaci u terminálně onkologicky nemocných pacientů*. Brno, Dizertační práce, Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta.
25. ŠEVČÍK, Pavel., 2010, *Rozhodování na konci života v intenzivní medicíně*. [online prezentace]. [cit. 2013-03-03]. Dostupné z: <http://www.akutne.cz/res/publikace/rozhodovani-na-konci-zivota-v-intenzivni-medicine-p-sevcik.pdf>
26. ŠIMEK, Jiří., 2012, Úvod do lékařské etiky – jak dnes rozumět hippokratovské tradici. *Praktický lékař.*, č. 10-12 č. 555 ISSN 1803-6597

27. ŠÍN, Robin., 2011, *Historie oživovacích pokusů a kardiopulmonální resuscitace*. [online prezentace]. [cit. 2011-04-02]. Dostupné z: <http://www.akutne.cz/res/publikace/historie-ozivovacich-pokusu-a-kardiopulmonalni-resuscitace-r.pdf>
28. VÁCHA, M., R. KÖNIGOVÁ a M. MAUER., 2012, *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7367-780-0

Seznam příloh

Příloha č. 1: Souhlas s výzkumem

Příloha č. 1: Souhlas s výzkumem



Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje, p.o.

Nám. 28. října 23, 602 00 Brno, IČ: 00346292, zapsaná v OR u rejstříkového soudu v Brně pod pod zn. Pr. 1245

MUDr. Rudolf Zvolánek
Náměstek pro ZP
Kamenice 1d
625 00 Brno

Vážený pan
Uher Lukáš
student oboru
Zdravotnický záchranář
ZSF JČU

V Brně dne 7. 3. 2013

Souhlas s výzkumným rozhovorem

Uděluji Vám souhlas s provedením výzkumného rozhovoru v rámci praktické části bakalářské práce na téma Etické aspekty rozhodování o resuscitaci pacientů v terminálním stadiu onemocnění v přednemocniční péči.

Na základě Vaší žádosti Vám uděluji tento souhlas pro výjezdové základny Brno Bohunice a náměstí 28. října, na období od 7. 3. 2013 do 10. 3. 2013.

Přeji vám mnoho úspěchů ve studiu

MUDr. Rudolf Zvolánek
náměstek pro ZP

Zdravotnická záchranná služba
Jihomoravského kraje, p.o.
602 00 Brno, nám. 28. října 23
MUDr. Rudolf Zvolánek
náměstek ředitele pro zdravotní péči