

DNR v podmínkách České Republiky

Karel Vařeka

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Karel VAŘEKA**
Osobní číslo: **H10501**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **DNR v podmínkách České republiky**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury k danému tématu.

Zpracování teoretických východisek a vymezení pojmů v oblasti péče o neresuscitované pacienty.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace průzkumu u profesní skupiny všeobecných sester pomocí dotazníkového šetření.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření a jejich shrnutí.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

CÍSAŘOVÁ, Dagmar et al. Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010.

ISBN 978-80-87146-31-6.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Lékařská etika. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.

DRÁBKOVÁ, Jarmila. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada, 2011.

ISBN 978-80-247-3976-2.

KÖNIGOVÁ, Radana. Příkaz "neresuscitovat" a paliativní léčba u těžkých úrazů.

Postgraduální medicína, 2001, Roč. 3, č. 5. ISSN 1212-4184.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Petr Snopek, DiS.**

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **7. února 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. května 2013**

Ve Zlíně dne 7. února 2013


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně^{12.3.13}.....

.....^{Nel}.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Příkaz DNR (Do Not Resuscitate) označuje situace, kdy při zástavě srdeční akce není indikováno zahájení KPR. Příkaz DNR je spojen s mnoha etickými i právními dilematy, kdy na jedné straně stojí limity lidského těla i medicíny, na straně druhé právo člověka na život a jeho záchranu. Výzkumnou část práce tvoří tabulky a grafy, které znázorňují výsledky dotazníkového šetření provedeného v nemocnici u všeobecných sester.

Klíčová slova: DNR, neodkladná resuscitace, právo, dotazník

ABSTRACT

A DNR (Do Not Resuscitate) order indicates situation when starting CPR is not indicated in cardiac arrest. A DNR order is linked to numerous ethical and legal dilemmas where limits of human body and the medicine stand on one side and human right to life and its rescue. The research part of the thesis contains tables and graphs illustrating outcome of questionnaire survey addressed to general nurses performed in hospital.

Keywords: DNR, immediate resuscitation, justice, questionnaire

Děkuji Mgr. Petru Snopkovi, DiS. za odborné vedení této bakalářské práce, za cenné rady a připomínky. Především ale děkuji mé rodině, za veškerou podporu, pomoc a trpělivost během celého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

*„Kdo rozhodl spor bez vyslechnutí druhé strany, nebyl
spravedlivý, i kdyby rozhodl spravedlivě.“*

Lucius Annaeus Seneca

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD | 9 |
| I. TEORETICKÁ ČÁST | 10 |
| 1 NEODKLADNÁ RESUSCITACE | 11 |
| 1.1 ZÁSADY ZAHÁJENÍ A UKONČENÍ NEODKLADNÉ RESUSCITACE (NR) | 15 |
| 1.2 LEGISLATIVA PŘI POSKYTOVÁNÍ PP | 16 |
| 2 DNR - DO NOT RESUSCITATE | 17 |
| 2.1 DILEMA DNR V KLINICKÉ PRAXI | 17 |
| 2.2 PÉČE O DNR PACIENTA | 19 |
| 2.3 Dříve vyslovená přání | 21 |
| 3 LEGISLATIVA POKYNU DNR | 25 |
| 3.1 DNR Z POHLEDU LÉKAŘE | 26 |
| II. PRAKTICKÁ ČÁST | 29 |
| 4 METODIKA PRÁCE | 30 |
| 4.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU | 30 |
| 5 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH ANALÝZA | 31 |
| 6 DISKUZE | 63 |
| 7 ZÁVĚR | 66 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 67 |
| SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK | 69 |
| SEZNAM TABULEK | 70 |
| SEZNAM GRAFŮ | 71 |
| SEZNAM PŘÍLOH | 72 |

ÚVOD

Téma své bakalářské práce pro mě nebylo těžké zvolit, a proto vybírání netrvalo dlouho. Během studia jsem absolvoval praxi na celé řadě oddělení, ale nejzajímavější pro mě vždy byla praxe na urgentním příjmu nebo na oddělení ARO a JIP. Práce na intenzivních jednotkách je právě tím, co bych chtěl jednou dělat. Právě proto jsem si zvolil ke zpracování téma DNR v podmínkách České Republiky. Jedním z dalších důvodů proč zvolit toto téma bylo zmapování této problematiky, protože příkaz „neresuscituj“ je stále používanějším pojmem. Medicína i lékařské postupy jdou stále rychlým tempem kupředu, proto se domnívám, že umělé prodlužování života pacientů, je stále častějším fenoménem ve zdravotnictví. S péčí o pacienty na intenzivních jednotkách jde ruku v ruce kvalita ošetrovatelské péče, jak ve stádiu léčby, tak ve stádiu paliativní péče.

Co je tedy příkaz DNR? Do Not Resuscitate, neboli „neresuscituj“. Jde o příkaz, který vyřkne lékař u pacienta, pokud je jeho stav neslučitelný se životem, nebo pokud je v terminálním stádiu onemocnění. Nejedná se o usmrcení pacienta ani o způsob pasivní eutanazie. DNR lze také volně přeložit jako „nepokračuj v aktivní léčbě, nech pacienta odejít ze života“. Pro správné pochopení problematiky ohledně DNR je zapotřebí pochopit několik dalších pojmů týkající se legislativy, která zmiňuje neodkladnou resuscitaci a její právní dopady, dříve vyslovená přání pacienta, rozhodování lékaře, nebo práva pacientů.

Hlavním cílem této bakalářské práce je informovat zdravotnický personál o problematice DNR. Naučit se, jak pečovat o DNR pacienta a znát legislativu ČR ukládající povinnost resuscitace. Hlavním cílem teoretické části je informovat sestry o tom, co je to neodkladná resuscitace, problematika DNR a kdo to je DNR pacient. V neposlední řadě zmíním etické aspekty při ošetřování pacienta a právo pacienta na odmítnutí resuscitace v rámci legislativy ČR. Praktická část bude spočívat ve vypracování dotazníkového šetření. Šetření bude zaměřeno na zjištění znalostí všeobecných sester v oblasti DNR a péči o DNR pacienta.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 NEODKLADNÁ RESUSCITACE

Kardiopulmonální resuscitace (KPR) je jedním ze základních úkonů, který by měl ovládat každý člověk. Pokud chceme KPR zařadit do určitého oboru medicíny, pak je to právě urgentní medicína, která se zabývá záchranou lidského života a ožíváním. Zmínky v historii resuscitace se liší v každé vydané literatuře, kterou dnes můžeme najít, každý z autorů uvádí jinou příhodu o první zaznamenané resuscitaci. Můžeme se dočíst o ožívání ve staré Číně, kde nalezneme v době téměř 1500 let př.n.l. zmínku o první úspěšné resuscitaci, nebo zmínky o resuscitaci v době Hippokrata, avšak nikdo nemůže popřít, že už Bible, přesněji Starý zákon, popisuje první zaznamenané dýchání z úst do úst.

V dnešní době lidstvo nespolehá na zásah vyšší moci nebo na pokusy amatérů. Dnes už je každý postup resuscitace a záchrany života precizně propracovaný a lze říci, že má každý člověk, nejen v České republice, šanci být zachráněn díky Integrovanému záchrannému systému (IZS) a jeho dnes už zaběhlých postupech při resuscitaci člověka.

Resuscitace a samotná záchrana života není tabu nikde na světě. Díky tomu existuje několik světových organizací, které se zabývají resuscitací. Jednou z mnoha těchto organizací je Americká kardiologická společnost AHA (American Heart Association), která je jednou z největších společností zabývajících se resuscitací v Americe.

AHA je organizace se sídlem v Dallasu ve státě Texas. Hlavním cílem této neziskové organizace je boj s kardiovaskulárními chorobami a cévní mozkovou příhodou. Jednou z mnoha činností je vydávání standardů pro poskytování neodkladné resuscitace, včetně standardů pro správné provádění KPR. (American Heart Association, 2013.)

Je tomu už přes dvacet let, kdy byla podobná organizace založena i v Evropě. Touto organizací je Evropská rada pro resuscitaci - ERC (European Resuscitation Council). ERC byla založena roku 1989. Nynější sídlo má v Belgii v městečku Edegem nedaleko Antverp. V dnešní době je generálním ředitelem ERC pan Bart Vissers, který je odpovědný za každodenní operace v rámci úřadu. Hlavním programem ERC je organizování certifikovaných kurzů resuscitace, pořádání konferencí a poskytování odborných materiálů a manuálů za účelem chránit lidské životy a zpřístupnit účinnou resuscitaci všem lidem po Evropě. (European Resuscitation Council, 2001)

Organizací, které se zabývají kardiopulmonální resuscitací a záchranou života po celém světě, existuje velké množství. Mimo již zmíněné organizace Americkou AHA a Evropskou ERC sem patří i další velké světové organizace a to například:

- HSFC - Kanadská nadace kardiiovaskulárních chorob (Heart and Stroke Foundation of Canada)
- ANZCOR – Výbor pro resuscitaci Austrálie a Nového Zélandu (Australian and New Zealand Committee on Resuscitation)
- RCSA – Resuscitační rada Jižní Afriky (Resuscitation Council of Sutherland Africa)
- RCA – Resuscitační rada Asie (Resuscitation Council of Asia), současní členové RCA jsou Japonsko, Korea, Singapur a Taiwan
- IAHF – Americká nadace pro srdeční onemocnění (Inter American Heart Foundation). (Ilcor, 2013)

Každá z organizací má odlišný názor na kardiopulmonální resuscitaci a ráda by prosazovala svá vydaná pravidla a postupy, i když některé postupy nebyly podle konkurentů dovedeny k dokonalosti. To byl pravý důvod, proč založit institut, který by koordinoval nejnovější postupy a metody a dokázal je uvést do praxe. Proto byl roku 1992 založen Mezinárodní koordinační orgán pro resuscitaci - ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation), v jehož čele předsedá Vinay Nadkarni. Ačkoliv kritéria pro účast společností v tomto styčném výboru nebyla definována, dnes jsou právoplatnými členy všechny již zmíněné organizace, pro které je hlavním cílem koordinovat činnost nejvýznamnějších světových organizací a udržet si pravomoci pro vytváření resuscitačních pokynů a to přednostně pro více než jednu zemi.

Mezi další hlavní cíle patří:

- Organizovat semináře a diskuzní fóra pro koordinaci všech aspektů kardiopulmonální resuscitace po celém světě.
- Podporovat vědecký výzkum v oblastech resuscitace, kde je nedostatek údajů nebo tam kde jsou sporné údaje.
- Šířit informace o školení a vzdělávání v resuscitaci.
- Poskytnout mechanismus pro sběr, hodnocení a sdílení vědeckých údajů o resuscitaci.

- Vytvořit prohlášení o kontroverzních otázkách týkajících se resuscitace, které odrážejí mezinárodní konsenzus. (Ilcor, 2013)

Česká resuscitační rada (ČRR) je multidisciplinární organizace pro neodkladnou resuscitaci, a je oficiálním partnerem European Resuscitation Council pro Českou republiku. (*Brázdil, 2011, s. 36*)

Na konci května 2010 byla na univerzitní půdě Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice Hradec Králové založena Česká resuscitační rada (ČRR), partnerská organizace Evropské rady pro resuscitaci (ERC, European Resuscitation Council). Předmětem zájmu nové multidisciplinární organizace je komplexní problematika neodkladné resuscitace a souvisejících oblastí urgentní medicíny. Přípravná fáze vedoucí k založení ČRR byla iniciována písemnou žádostí předsedy ERC prof. Berndta Böttingera, adresovanou na konci roku 2009 všem aktivním členům ERC v České republice. ERC u nás postrádala funkčního a spolehlivého partnera, a proto bylo hlavním požadavkem pokusit se vytvořit organizaci, která by začala plnit úlohu české národní rady pro resuscitaci (National Resuscitation Council). (Česká resuscitační rada, 2010)

Hlavní cíle ČRR:

1. Podpora a koordinace výuky neodkladné resuscitace v souladu s doporučenými postupy European Resuscitation Council.
2. Realizace vzdělávacích programů a kurzů neodkladné resuscitace pro širokou veřejnost, od laiků po vysoce kvalifikované lékaře.
3. Organizace certifikovaných kurzů Advanced Life Support (ALS) Provider ve spolupráci s mezinárodním týmem instruktorů European Resuscitation Council.
4. Tvorba oficiálních doporučených postupů a výukových materiálů pro jednotné provádění neodkladné resuscitace v České republice v souladu s doporučenými postupy European Resuscitation Council.
5. Preventivní činnost s cílem snižování výskytu a následků náhlé zástavy oběhu ve všech věkových skupinách.

6. Zlepšování kvality neodkladné resuscitace v České republice a podpora systematické kontroly resuscitační praxe.
7. Podpora vědecko-výzkumné a publikační činnosti v oblasti neodkladné resuscitace a urgentní medicíny formou publikací, přednášek a odborných konferencí.
8. Organizační zajištění odborných akcí souvisejících s problematikou neodkladné resuscitace a urgentní medicíny.
9. Podpora mezioborové a mezinárodní spolupráce v oblasti výuky, výzkumu i provádění neodkladné resuscitace.
10. Poskytování poradenských služeb ve všech oblastech souvisejících s neodkladnou resuscitací a urgentní medicínou. (Česká resuscitační rada, 2010)

Kardiopulmonální resuscitace (KPR – kardio / srdce / pulmo / plíce / resuscitace / kříšení /) je technika, jejímž cílem je obnovit základní životní funkce – tj. krevní oběh, dýchání a vědomí. (*Brázdil, 2011, s. 37*)

Neodkladná resuscitace (NR) je souborem na sebe navazujících léčebných postupů, sloužících k neprodlenému obnovení oběhu okysličené krve u osoby postižené náhlou zástavou krevního oběhu (NZO), s cílem uchránit před nezvratným poškozením zejména mozek a myokard.

Náhlá zástava oběhu (NZO) je situace, při které došlo z jakéhokoliv důvodu k náhlému přerušování cirkulace krve v systémovém krevním oběhu. (*Císařová et al., 2010, s. 71*)

1.1 Zásady zahájení a ukončení Neodkladné Resuscitace (NR)

Všeobecnou indikací k zahájení NR je zástava krevního oběhu. Setkáváme se však s případy, ve kterých není resuscitace zahájena, nebo s případy, kdy je resuscitace přerušena. Vždy si však každý, kdo provádí NR, musí uvědomit, zda má jeho konání smysl. Každý lékař, který se setkává s oživováním pacienta, má své vlastní postupy a zásady kdy bude aplikovat NR a naopak, kdy NR nebude použita k záchraně pacienta při zástavě krevního oběhu. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně prostřednictvím výboru Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof doporučila v postupu Neodkladné Resuscitace několik bodů. Postup, který byl aktualizován, dne 29.6.2009 zmiňuje v části II. Zásady zahájení a ukončení NR právě tyto body.

NR není indikována jestliže:

1. Prokazatelně uplynul od zástavy krevního oběhu časový interval delší než 15 minut u dospělých a delší než 20 minut u dětí za podmínek normotermie (při hypotermii se interval prodlužuje až na 40 minut).
2. Nevyléčitelně nemocný je v terminálním stavu.
3. Jsou přítomné známky smrti.

V případě nejistoty zahájíme NR vždy!

NR lze ukončit v těchto případech:

1. Došlo k úspěšnému obnovení základních životních funkcí.
2. NR trvající nejméně 30 minut při rytmu jiném než KF nevedla k obnově základních životních funkcí. V případě KF se doporučená doba NR prodlužuje na 60 minut, v případě podání trombolitika (suspekce plicní embolizace) až na 90 minut.
3. Během NR nedošlo nejméně 20 minut k známkám okysličení organismu (těmito známkami jsou například zúžení zornic, obnovení laryngeálních reflexů, měřitelná SpO₂).
4. Při naprostém vyčerpání záchránců v průběhu základní NR.

Ukončit rozšířenou NR může pouze lékař.

Objektivními vodítky pro hodnocení stavu při NR jsou

- spontánní aktivita pacienta,
- palpovatelný puls na velkých tepnách,

- monitorování EKG,
- monitorování ET CO₂. (*Neodkladná resuscitace, 2009*)

1.2 Legislativa při poskytování PP

Povinnost poskytnout první pomoc občanům České republiky ukládá zákon. Vše je právně ošetřeno v novém trestním zákoně č. 40/2009 Sb., který vešel v platnost 1. 1. roku 2010. Sbírka zákonů č. 40 podle § 150 o Neposkytnutí pomoci říká.

- (1) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na 2 roky. (*Sbírka zákonů, 2010*)
- (2) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na 3 léta nebo zákazem činnosti. (*Sbírka zákonů, 2010*)
- (3) Jedním z velmi častých případů neposkytnutí první pomoci je neposkytnutí pomoci při autonehodách. Sbírka zákonů č. 40/2009 Sb., pamatuje i na trestní dopady při spáchání takového trestného činu. Paragraf 151 o Neposkytnutí pomoci řidičem dopravního prostředku říká.

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. (*Sbírka zákonů, 2010*)

2. DNR - DO NOT RESUSCITATE

DNR rozhodnutí a ordinace v chorobopisu pacienta znamenaly původně lékařský pokyn nezahajovat při náhlé zástavě srdeční, zástavě oběhu neodkladnou resuscitaci, protože ji pacient závažně a jednoznačně odmítl. Výzva pro dobu budoucí byla respektována zdravotnickým personálem, všichni o ní byli informováni. Postupně se však rozšířila i na případy i při beznadějně prognóze u pacientů, kteří se takto v předcházející době nerozhodli a v aktuální situaci byli psychicky nekomponentní, většinou v kómatu. Zde však ordinace DNR narazila na hranici nevyžádaného postupu s volbou pro dobu budoucí bez časového určení. Jen ve 20 % se dokumentovalo DNR v intenzivní péči, nejčastěji jako součást přechodu z intenzivní léčby na léčbu paliativní. Nicméně bez autonomního vyžádání, jako ordinace ad hoc, ale s neurčitým časovým odstupem a možná i za změněného klinického stavu byla DNR rozhodnutí a jejich zápis kritizovány. Rozhodnutí o nezahájení neodkladné resuscitace musí být zodpovědně určeno lékařem ad hoc, tj. při náhlé zástavě oběhu. V intenzivní péči je nejčastěji nezahájení neodkladné resuscitace součástí přechodu z intenzivní péče na péči paliativní. (Ptáček a kol., 2011, s. 495 - 496)

2.1 Dilema DNR v klinické praxi

V současnosti v České republice neexistuje žádná právní úprava, která by přesně definovala, jak aplikovat DNR do praxe. Pro zdravotníky, kteří nezahájí neodkladnou resuscitaci, nebo pro ty, kteří se řídí přáním pacienta neresuscitovat, neexistuje žádná právní ochrana. Veškeré dostupné právní předpisy jsou příliš všeobecné a problematiku DNR přesněji nedefinují. Jedním z mnoha těchto předpisů je Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, která je jen další kapitolou v nedokonalosti právní úpravy DNR v podmínkách České republiky.

Jedinou možností pro zdravotnická zařízení, jak právně ochránit svůj personál, je sestavení vnitřního předpisu zařízení. Pokud tento vnitřní předpis v zařízení není zhotoven, jsou lékaři nuceni nadále postupovat na vlastní riziko. Dále tedy zůstává na lékařových bedrech, jak bude postupovat při hodnocení stavu pacienta, rozhodování o ukončení léčby, nebo například při zahájení, či nezahájení neodkladné resuscitace.

Jedním z nejzávažnějších faktorů při rozhodování o diagnóze Do Not Resuscitate stále zůstává finanční náročnost léčby o pacienty v terminálním stádiu onemocnění. Tento faktor při rozhodování není ryze patrný. Otázkou však zůstává, zda může a do jaké míry ovlivňuje ekonomický faktor rozhodování lékařů při omezení léčby pacienta. Pacient, pro kterého je vydán pokyn neresuscituj, tedy DNR, se může ocitnout na hraně mezi snahou, a většinou marnou, vyléčit, nebo spíše se pokusit léčit nynější onemocnění. Na straně druhé je zahájení paliativní péče. Tento postup pacienta připraví na důstojný a bezbolestný odchod ze života, avšak s tím spojená je beznaděj rodiny na uzdravení svého blízkého.

Všechny rozpory spojené především s chováním lékařů, které úzce souvisí s péčí o pacienta a s rozhodováním, jsou však už dávno zakotveny v etických kodexech. Tím nejzákladnějším je samotná Hippokratova přísaha, avšak v našich podmínkách je velmi uznávaný Etický kodex České lékařské komory. Tento dokument je pro lékaře jakousi „alma mater“ v chování obecně, v chování ke kolegům a především v chování k pacientům, jak říká v šesti bodech oddíl III. Lékař a nemocný Etického kodexu ČLK.

1. Lékař plní vůči každému nemocnému odpovědně a svědomitě své profesionální povinnosti. Vždy včas a důsledně zajistí léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.
2. Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí, a nesníží se k hrubému, násilnickému nebo nemravnému jednání. Bere ohled na práva nemocného.
3. Lékař se má vzdát paternalistických pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi včetně odpovědnosti za vlastní zdraví.
4. Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech, včetně rizik o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení nastanou.
5. Zadržení informací o nepříznivé diagnóze nebo prognóze je možné individuálně v zájmu nemocného dle úvahy a svědomí lékaře. V těchto případech by měl lékař, pokud nemocný neučinil jinak, informovat rodinné příslušníky pacienta nebo osobu jemu blízké.
6. Lékař nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem. (*Haškovcová, 2002, s. 80*)

Tak, jako by se měl každý lékař řídit etickým kodexem, stejně tak by se měla i každá zdravotní sestra řídit pravidly Etického kodexu sester. Takovýto kodex byl vydán roku 2003 Českou Asociací Sester (ČAS) a je platný dodnes. Samotný kodex ve svém úvodu informuje sestry o čtyřech základních povinnostech v oblasti péče o zdraví, předcházení nemocem, navrácení zdraví a zmírňování utrpení. Dále také klade důraz na etiku právo a individualitu pacientů ve čtyřech hlavních článcích kodexu. Pro představu uvádím některé z bodů Etického kodexu sester, který vydala Česká Asociace Sester ve spolupráci s Mezinárodní Radou Sester ICN (International Council of Nurses).

- Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují.
- Sestra zaručuje, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií.
- Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů. (*Česká asociace sester, 2003*)

2.2 Péče o DNR pacienta

Pro pacienty, pro které je vydán pokyn DNR, platí téměř stejné podmínky, tedy je o ně pečováno stejnou měrou i přes to, že každý z pacientů zůstává individualitou. Jak již bylo avizováno, pokyn DNR znamená pro okolí pacienta nechat jej pokojně odejít ze života za podmínek, že pacient nebude trpět sníženým komfortem ani bolestí. S pokynem neresuscitovat jde ruku v ruce paliativní péče o pacienta v terminálním stádiu onemocnění, stejně tak jako kvalita poslední části života u umírajících pacientů.

Můžeme zde zahrnout tři velké oblasti péče o pacienta. Kromě kontroly bolesti a dalších symptomů do péče patří rozhodnutí o pokračování v život udržujících činnostech a hlavně podpora umírajících pacientů a jejich blízkých. Základem z etického i fyziologického hlediska je tlumení bolesti za každých podmínek. Avšak nastavení vhodné paliativní péče je otázkou zkušeností a odborných znalostí lékaře. Nevhodně nastavená paliativní péče o pacienta se ocitá na hraně mezi snahou tlumit bolest a opakem urychlovat smrt pacienta pomocí analgetik. V tomto případě však vyvstává otázka, kolik pacientů v posledních dnech života trpí bolestí a kolik pacientů je „utlumeno k smrti“. Z důvodu nevhodného či neetického zacházení s pacienty v našem zdravotnictví existuje Etický kodex práv pacientů. Tyto

práva jsou hlavním pilířem v péči o pacienta po eticko-právní stránce, avšak velká spousta pacientů ani netuší, že vůbec nějaká práva na půdě zdravotnických zařízení mají.

Etický kodex „Práva pacientů“ navrhla a po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky. Tato práva jsou prohlášena za platná od 25. února 1992.

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

vodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomí souhlas nemocného je podmínkou k zahájení ne-terapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

2.3 Dříve vyslovená přání

Jak se zmiňuje Série Evropských úmluv č. 164 Úmluva o lidských právech a biomedicině v kapitole druhé, článku devět, nazvaném „Dříve vyslovená přání“, bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání. Stejně tak říká článek osmý nazvaný „Stav nouze vyžadující neodkladná řešení“. Pokud v situacích nouze nelze získat příslušný souhlas, jakýkoliv nutný lékařský zákrok lze provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotyčné osoby. (*Série Evropských úmluv č. 164, 1997*)

Dnešní lékařská etika je často konfrontována s problematikou v otázce konce života člověka v nemocničním prostředí, neboli za jakých podmínek lidé v nemocnicích umírají. Tento problém zůstává stále ve vzdáleném pozadí nemocnic, zatímco je upnuta pozornost veřejnosti na otázku eutanazie. Avšak problematika kvalit života umírajících pacientů je stále opomíjena a veřejně se o této skutečnosti nemluví. Nikde není stanoveno, za jakých pod-

mínek pokračovat v léčbě pacienta, natož zda je pro pacienta vyhrazeno právo, aby řekl jak postupovat v jeho léčbě v případě, že se zhorší jeho stav a nebude už schopen se samostatně vyjádřit k dalšímu postupu léčby. Respektive, zda ho mají lékaři uměle udržovat při životě.

Případné sepsání závazného dokumentu „Dříve vysloveného přání“, týkajícího se budoucnosti pacientovi ošetrovatelské a lékařské péče, by mělo za každých podmínek proběhnout po konzultaci s rodinnými příslušníky a s lékařským a ošetrovatelským týmem. Sepsání takového dokumentu pacientem si žádá jeho úplnou informovanost o nepříznivé prognóze, jejímž důsledkem je odstoupení od léčby a následná očekávaná smrt. Obrácenou stranou mince však může být žádost pacienta a jeho rodiny, aby bylo uděláno vše, co je v silách moderní medicíny k záchraně nebo prodloužení pacientova života. Na rozhraní obou postupů však musí vyvstat řešení situace, které bude přijatelné jak pro pacienta a jeho rodinu, tak pro lékařský a ošetrovatelský tým.

Lékaři mají bez pochyb mnohem více zkušeností a odborných znalostí o daném onemocnění, avšak musí brát na zřetel, že pacient může žít zcela odlišným náboženským nebo kulturně-sociálním životem než sám lékař. Může proto uznávat naprosto jiné životní hodnoty a svá pravidla žití, která nesmí být opomíjena. Jak říká C. G. Jung ve svém díle, „*Člověk ví, nebo si spíše myslí, že ví, jak je to s druhým a co je mu ku prospěchu. To ani tak nesouvisí se suverénním opomíjením druhého jako s tichým předpokladem, že všichni jsou stejní*“. (Jung, 1997, s. 8) Lze jen těžce spekulovat, kolik lékařů přikládá váhu spirituálním potřebám svého umírajícího pacienta. Z mnoha zdrojů je patrné, že pacient a péče o pacienta má vždy být individuální, s naplněním všech jeho potřeb. Pokud však pacient požádá o ukončení léčby, tím pádem o urychlení smrti, musí toto gesto vzbudit v každém ze zdravotnického týmu určitý zvýšený zájem o pacienta. Výstižně popisuje žádost pacienta o urychlení smrti M. Svatošová v knize Hospice a umění doprovázet.

Pokud se nemocnému dostává správné a všestranné péče, o urychlení smrti téměř nikdy nepožádá. Výjimku představují duševní choroby, ale to pak musí posoudit psychiatr. Vysloví-li nemocný přání skoncovat co nejrychleji se životem, musí to pro nás být okamžitou výzvou ke zpytování svědomí. Nikoliv pacientova, ale našeho! Proč? Protože jsme nezvládli péči. Takové přání pacienta je důkazem, že nejsou uspokojeny všechny jeho potřeby. První naší reakcí proto nebude utěšování, ale snaha odhalit pravou příčinu. Ta může

být v kterékoliv ze čtyř oblastí, o nichž jsme se už zmínili: bio-psycho-socio-spirito. (Svatošová, 2011, s. 31)

Příčinou mohou být bolesti, případně jiné nezvládnuté příznaky nemoci. Zde musí zasáhnout lékař. Většina pacientů po odpovídající léčbě od svého požadavku na urychlení smrti ustupuje a už o tom nemluví. (Svatošová, 2011, s. 31)

Může jít však i o strach z nesnesitelné bolesti, strach ze ztráty lidské důstojnosti, obava, že bude své rodině na obtíž apod. Jeho žádost může být ve skutečnosti voláním po příležitosti k vyjádření smutku a zoufalství. Nenajde-li se v rodině a mezi přáteli jediný člověk, ochotný hovořit s ním o jeho úzkostech a obavách, když všichni dbají pečlivě na to, „aby se nic nedozvěděl“, co mu zbývá? Chybí mu pocit bezpečí, a když ho nenašel u svých nejbližších, hledá ho u lékaře. To zdaleka ještě neznamená, že svůj požadavek na urychlení smrti myslí vážně. Ale jak jinak a jak rychle může upoutat pozornost, než prosbou: „Pane doktore, já už chci umřít. Pomůžete mi?“ (Svatošová, 2011, s. 32)

Nejčastější příčinou takových žádostí je bohužel nezájem a neúcta k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. (Svatošová, 2011, s. 32)

Dříve vyslovená přání jsou mylně považována za výběr z různých možností léčby. Ovšem nejedná se o výběr léčby ale o fakt, za jakých podmínek nepokračovat v léčbě a nezahajovat život udržující činnosti, do čehož spadá užití respirátoru, dialýzy nebo podávání umělé výživy. Nejčastějším dříve vysloveným přáním je příkaz DNR (neresuscituj), který je uplatňován hlavně při závažných stavech, kómatech nebo zhoubných onemocněních. Mezi dříve vyslovená přání samozřejmě můžeme zahrnout i dárcovství orgánů. Každému přání pacienta by měla být věnována značná pozornost. Každé přání pacienta týkající se postupu léčby, by mělo být podrobně probráno s ošetřujícím lékařem, (tzn., že by si lékař měl vytvořit dostatek času na pacienta, popsat mu jeho stav, prognózu, možnosti léčby a jaká je reálná šance na uzdravení), v diskuzi se uvažuje, co si pacient představuje jako nepředstavitelný stav, jestli pro něj existuje horší stav než smrt. Pacientovi může být položena otázka v diskuzi, zda se někdy setkal s pacientem, u kterého si řekl „za těchto podmínek bych nechtěl žít“. Diskuze vedena v tomto duchu otázek může lékaři značně zjednodušit situaci při rozhodování v následných postupech a situacích, které mohou u pacienta nastat.

Dříve vyslovené přání se může stát pro pacienta jistou útěchou, jak s ním bude nakládáno při jeho neschopnosti vyjádřit se ke své léčbě. Avšak takovéto přání se v určité situaci mů-

že snadno stát překážkou pro lékaře a to když není pacient správně schopen odhadnout, co by pro něj bylo v dané situaci nejlepší. (Císařová et al., 2010, s.16)

Dvacetiosmiletý pacient se rozhoduje ukončit chronickou renální dialýzu, neboť kvalitu svého života považuje za velmi nízkou a cítí se být přítěží pro rodinné příslušníky. Pacient je těžký diabetik, je slepý, a z důvodu progresivní neuropatie nemůže chodit. Jeho manželka spolu s ošetřujícím lékařem souhlasí s tímto přáním a je dohodnuto toliko poskytování léků ulevující od bolesti. Dále manželka a lékař souhlasí s tím, že pacientovi již nebude poskytnuta dialýza, a to ani v případě že by o ni z důvodu bolesti žádal (zvyšující se množství močoviny v krvi způsobené selháváním ledvinami může vést k pozměněným mentálním stavům). Ve chvíli, kdy pacient umírá v nemocnici, se na chvíli probírá, stěžuje si na prudkou bolest a žádá, aby z důvodu odstranění bolesti byl napojen na dialýzu. Manželka se ve shodě s lékařem a pacientovým „dříve vysloveným přáním“ rozhodují jednat dle tohoto dříve vysloveného přání a na dialýzu jej nenapojují. Pacient umírá po několika hodinách. (Beauchamp, Childress, 2009, s. 110)

3 LEGISLATIVA POKYŇŮ DNR

V současné době je legislativní úprava pokynů DNR i dříve vyslovených přání zcela nedostatečná. Lze jen těžce přiřadit právní váhu různým doporučujícím dokumentům, které byly vytvořeny odbornými lékařskými společnostmi, respektive Českou Lékařskou Komorou (ČLK). Všechny tyto dokumenty, které se zmiňují o použití příkazu DNR, však jen zmiňují již zmíněné v Úmluvě o biomedicině. Doporučení představenstva ČLK, doporučení k neodkladné resuscitaci vydané Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP), nebo konsensuální stanovisko (ČLS JEP), však mají pro lékaře jistou platnost při stanovení pokynu DNR. Ukončení léčby i nezahájení resuscitace však musí být v souladu s povinností lékaře dodržovat zákon a profesní řád. V neposlední řadě musí být postup v souladu s nejnovějšími poznatky vědy, tedy dle postupu „lege artis“. (Císařová, 2010, s. 64)

Právní řád České republiky upravuje v šesti bodech dříve vyslovené přání, avšak pozapomíná na samotnou právní úpravu příkazu DNR.

Zákon O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování 372 z roku 2011 zmiňuje paragraf 36 Dříve vyslovené přání.

1. 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 nebo nesouhlas předem vyslovit (dále jen „dříve vyslovené přání“).
2. Poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas. Bude respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s níž dříve vyslovené přání souvisí.
3. Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Součástí dříve vysloveného přání je písemné poučení podle odstavce 2.

4. 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 dříve vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi: záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek: v tom případě se nepostupuje podle odstavce 3.
5. Dříve vyslovené přání
 - a) 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 zaznamenávají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi,
 - b) nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti,
 - c) nelze respektovat, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby,
 - d) 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.
6. Dříve vyslovené přání nelze uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty nebo pacienty zbavené způsobilosti k právním úkonům. (*Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, 2011*)

3.1 DNR z pohledu lékaře

Medicína jde stále dopředu, což s sebou nese řadu problémů jak ekonomických tak i etických. Kardiopulmonální resuscitace (KPR) je neodkladný výkon, který byl ve zdravotnických zařízeních během posledních dvaceti let postupně zařazen do zdravotní péče jako její nezbytná součást. Účelem kardiopulmonální resuscitace je zvrácení klinické smrti a co možná nejrychlejší přivedení pacienta k životu. Samotný postup resuscitace a její provedení však záleží na celkovém stavu pacienta a na prognostické předpovědi, kterou stanoví lékař.

U kriticky nemocných, kde není těžké poškození mozku, je pojem marnosti („futility“) méně zřejmý, nicméně KPR může prodloužit život těchto pacientů pouze o krátkou dobu a

pokus o KPR je profesionálně sporný, ba nevhodný, protože slibuje více, než medicína může poskytnout. (Königová, 2001, s. 519)

Vzhledem k tomu, že KPR by měla navrátit pacienta k životu, je automaticky zahajována zdravotními sestrami a pracovníky záchranné služby, pokud v pacientově chorobopise není zvlášť vyznačen příkaz „neresuscitovat“ (DNR). Zdravotní politika týkající se DNR příkazu byla ustavena nemocnicemi a lékařskými společnostmi, jako například American Society of Anesthesiologists. (Königová, 2001, s. 519)

Všeobecně bylo rozhodnuto, že DNR příkaz musí být uveden ve zdravotnické dokumentaci pacienta (v dekursu) jako zvláštní instrukce či ordinace, že KPR nemá být zahájena a musí být podepsána ošetřujícím lékařem. Současně však musí být zaznamenávány léčebné výkony, jež nesmí být přerušeny. DNR příkaz se vztahuje pouze na specifické výkony spadající do KPR, zatímco ostatní péče pokračuje. Pacienti mohou mít z pokračující péče prospěch do té míry, že jejich stav se zlepší a status DNR již není vhodný. Proto je třeba tyto příkazy přehodnocovat. (Königová, 2001, s. 519)

Zůstává však otázka, jakým způsobem a jak často léčbu a samotný příkaz DNR přehodnocovat. Jak bude předejito nesprávnému hodnocení prognostických výsledků. Hodnocení je však vždy obtížné, a to s přihlédnutím na individualitu pacienta, na jeho rodinnou a sociální situaci. Při hodnocení by tedy měl být kladen důraz na názor celého lékařského týmu a především důraz na správnou kategorizaci pacienta. Proto je cenný názor zkušeného lékaře. Anesteziolog MUDr. Jan Papajk, který pracuje v Šumperské nemocnici a byl ochoten, se k tomuto tématu vyjádřit říká:

„Ve své dosavadní praxi v intenzivní a resuscitační péči jsem se několikrát setkal s kritickými nemocnými, kteří byli nevléčitelně nemocní nebo v terminálním stadiu svého základního onemocnění. U těchto nemocných následně nebyla zahájena KPR v případě srdeční zástavy.

Náš právní řád institut DNR nezná. Metodický pokyn pro neodkladnou resuscitaci vydaný na základě současných doporučení pro kardiopulmonální resuscitaci vymezuje postup lege artis v otázkách rozhodnutí o zahájení či nezahájení, vlastního technického provedení a ukončení KPR.

V současné praxi se na našem pracovišti DNR ve smyslu odstoupení od KPR užívá v rámci kategorizace nemocných – plná terapie, zadržaná terapie, bazální terapie. Jedná se o kolek-

tivní rozhodnutí učiněné zdravotnickým týmem u pacienta s jednoznačně nepříznivou prognózou.

V dokumentaci je nutno předtím podrobněji zhodnotit průběh onemocnění, dosavadní léčbu a předpokládanou prognózu.

Statistická data jak častá jsou léčebná rozhodnutí charakteru odstoupení od léčby a nezačínání KPR u nemocných v závěru života v podmínkách ČR chybějí“.

Podobně jako doktor Papajk se k tématu DNR vyjadřuje i profesorka Königová. „Sporná otázka odmítnutí vyžadované péče nebyla sice dosud po právní stránce vyřešena, ale je jasně podporována a podepřena etickými principy. Lékařská etika je soubor morálních zásad ovládajících (měly by ovládat) jednání a chování lékařů a ostatních zdravotníků.“ (Königová, 2001, s. 519)

Rozhodnutí lékaře o příkazu DNR by mělo být vždy konzultováno s pacientem a zapsáno v chorobopise. Jak ale zajistíme, že se jedná o skutečnou vůli pacienta a nejde pouze o názor jedné strany, tedy lékaře. Pokud pacient požádá o neposkytnutí pomoci při zástavě srdce, pak je tato žádost téměř vždy důsledkem nevléčitelné choroby. Původem psychického problému je hrozící smrt, kterou je pacient ohrožen na každém kroku a je si toho vědom. Avšak posouzení kvality života pacienta v takovéto situaci zůstává na bedrech lékaře. Je to také pouze sám lékař, který posoudí marnost léčení a vyřknutí příkazu DNR.

Opakovaný rozhovor s pacientem a konzultace psychického stavu s odborným personálem je pro lékaře možná nejdůležitější složkou rozhodování o léčbě. Sám pacient většinou váhá vyslovit přání smrti, avšak tato tužba zůstává v jeho nitru, i když není vyřčena. Může tedy takovéto odmítnutí léčby ze strany pacienta být náznakem „suicida“? Postřehnutí drobných náznaků o rezignaci proto zůstává v rukou sester a lékaře.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRÁCE

Ke své bakalářské práci jsem si zvolil jako metodu sběru dat dotazník. Pomocí dotazníku lze přesně cílené otázky položit velké skupině lidí, v tomto případě všeobecným sestřím. Jedinou nevýhodu vidím v tom, že je dotazník naprosto neosobní a nedokáže tak sdělit emoce při odpovědi. Opakem je však rychlost a levné shromáždění velkého počtu dat. Každý z uvedených dotazníků byl totožný, anonymní a dobrovolný. Respondenty byly sestry pracující ve FN Olomouc na odděleních ARO a JIP. Po oslovení ředitelství FN Olomouc jsem kontaktoval vrchní sestry daných oddělení, které byly nápomocné s distribucí samotných dotazníků. Po ponechané lhůtě k vypracování dotazníků byly opět vrchními sestrami doručeny ke zpracování. Všechny navrácené dotazníky byly vhodné pro zpracování.

4.1 Charakteristika výzkumného vzorku

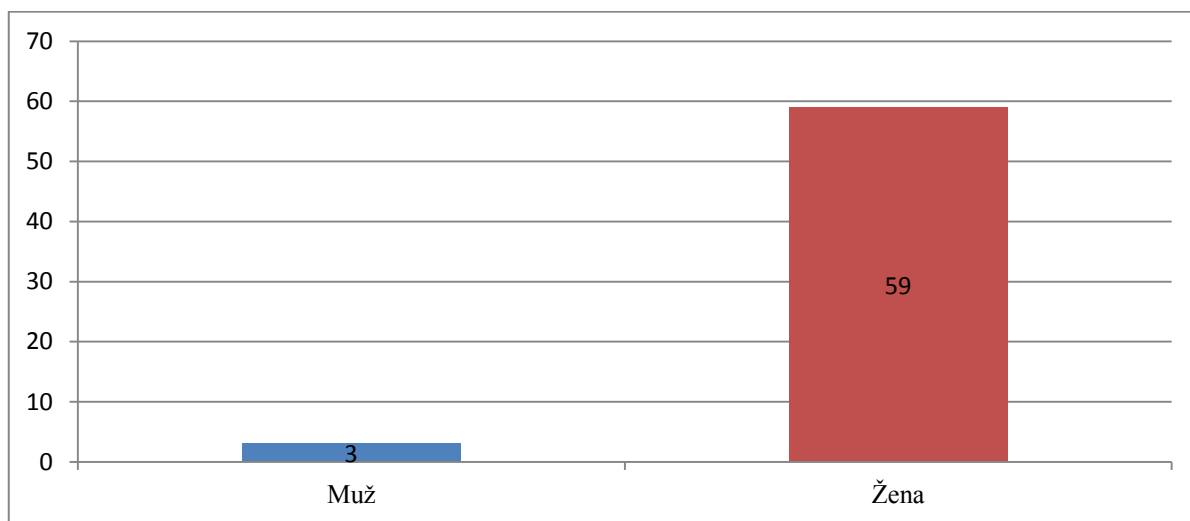
Jako výzkumný vzorek pro mou práci jsem zvolil střední zdravotnický personál FN Olomouc na odděleních ARO, chirurgická JIP, interní JIP a IPCHO. Průměrný věk dotázaných sester byl cca 30 let. Průměrná délka praxe respondentů na specializovaných odděleních byla více než 10 let. Jednalo se vesměs o zkušené pracovníky uvedených oddělení, kteří se více či méně často s problematikou DNR setkávají. Obecně mohu charakterizovat tuto skupinu jako odborně připravenou, avšak z části jednající intuitivně. Ve většině případů jsem se setkal s ochotou spolupracovat při výzkumu a se zájmem jednotlivých sester o problematiku DNR.

5 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH ANALÝZA

Z celkového počtu 70 rozdaných dotazníků ve FN Olomouc bylo navraceno 62 správně vyplněných. Všechny tyto správně vyplněné dotazníky byly použity k analýze dat.

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|----------|-----------------------|-----------------------|
| Muž | 3 | 4,84 |
| Žena | 59 | 95,16 |
| Celkem | 62 | 100,00 |

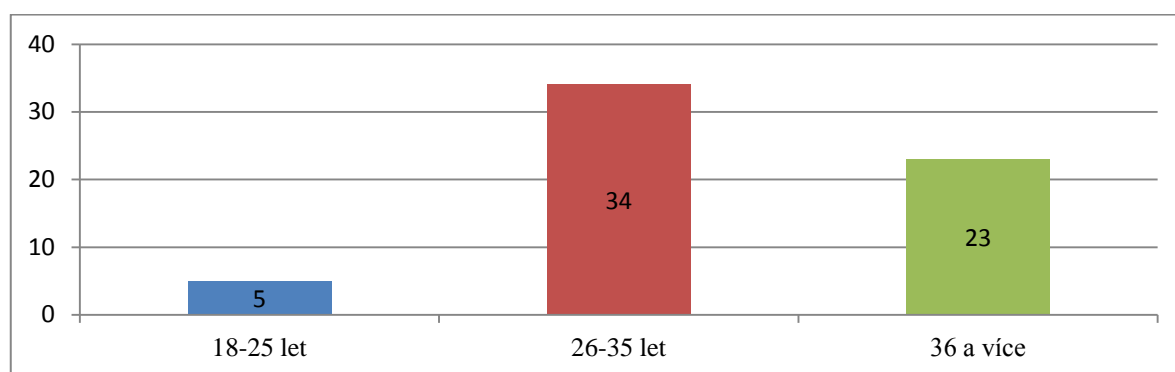


Graf č. 1 Pohlaví respondentů

Jak vyjadřuje tabulka č. 1 a graf č.1, ze všech 62 respondentů, uvedlo v položce pohlaví respondentů 3 (tj. 4,84 %) odpověď muž a 59 (tj. 95,16 %) odpověď žena.

Tabulka č. 2: Věk respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|-----------|-----------------------|-----------------------|
| 18-25 let | 5 | 8,06 |
| 26-35 let | 34 | 54,84 |
| 36 a více | 23 | 37,10 |
| Celkem | 62 | 100,00 |

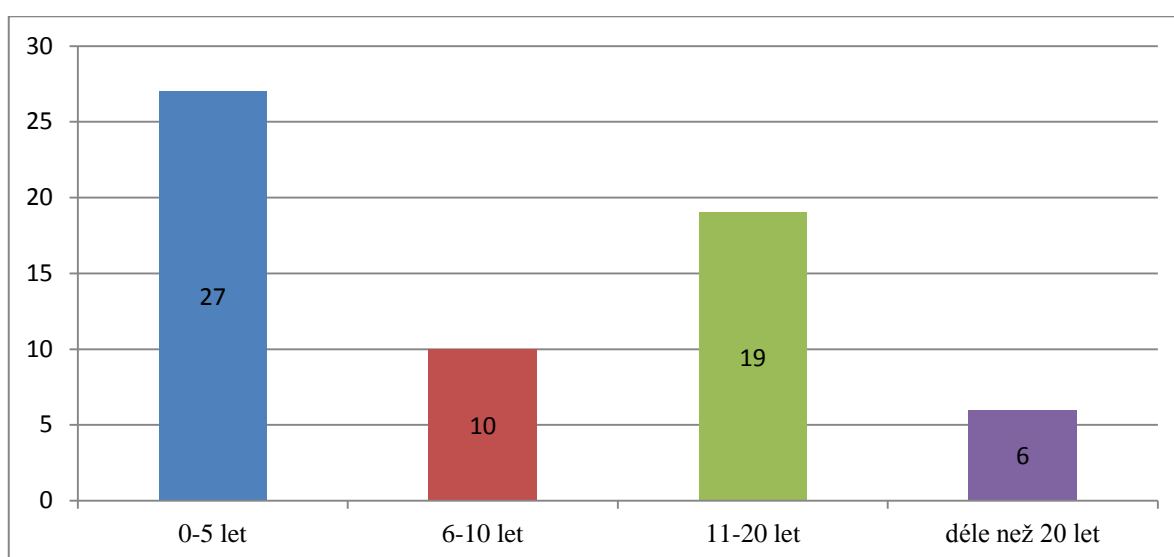


Graf č. 2 Věk respondentů

Jak vyjadřuje tabulka č. 2 a graf č. 2 na otázku věk respondentů odpovědělo 5 (tj. 8,06 %) respondentů 18-25 let, 34 (tj. 54,84 %) respondentů 26-35 let a 23 (tj. 37,10 %) respondentů odpovědělo 36 a více.

Tabulka č. 3 Praxe respondentů na pracovišti ARO/JIP

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|
| 0-5 let | 27 | 43,55 |
| 6-10 let | 10 | 16,13 |
| 11-20 let | 19 | 30,65 |
| Déle než 20 let | 6 | 9,67 |
| Celkem | 62 | 100,00 |

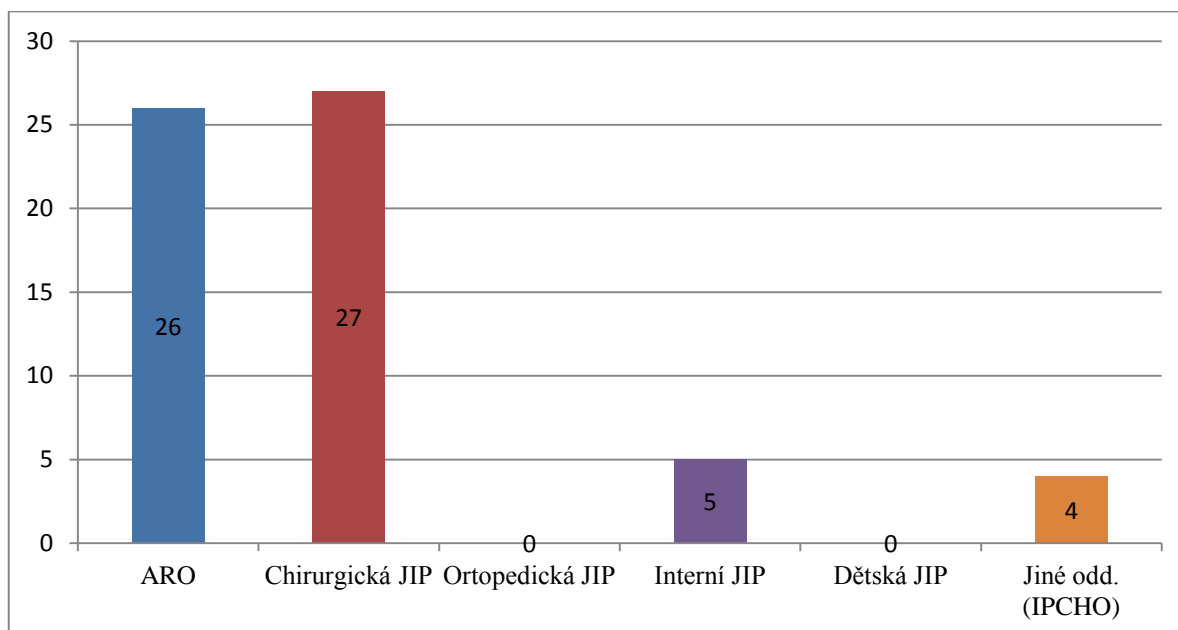


Graf č. 3 Praxe respondentů na pracovišti ARO/ JIP

Jak vyjadřuje tabulka č. 3 a graf č. 3 na otázku jak dlouho mají respondenti praxi na pracovišti ARO/ JIP odpovědělo 27 (tj. 43,55 %) respondentů 0-5 let, 10 (tj. 16,13 %) respondentů odpovědělo 6-10 let, 19 (tj. 30,65 %) respondentů odpovědělo 11-20 let a 6 (tj. 9,67) respondentů odpovědělo, že na pracovišti ARO/ JIP pracují déle než 20 let.

Tabulka č. 4 Pracoviště respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ARO | 26 | 41,94 |
| Chirurgická JIP | 27 | 43,54 |
| Ortopedická JIP | 0 | 0,00 |
| Interní JIP | 5 | 8,06 |
| Dětská JIP | 0 | 0,00 |
| Jiné oddělení (jaké) | 4 | 6,46 |
| Celkem | 62 | 100,00 |

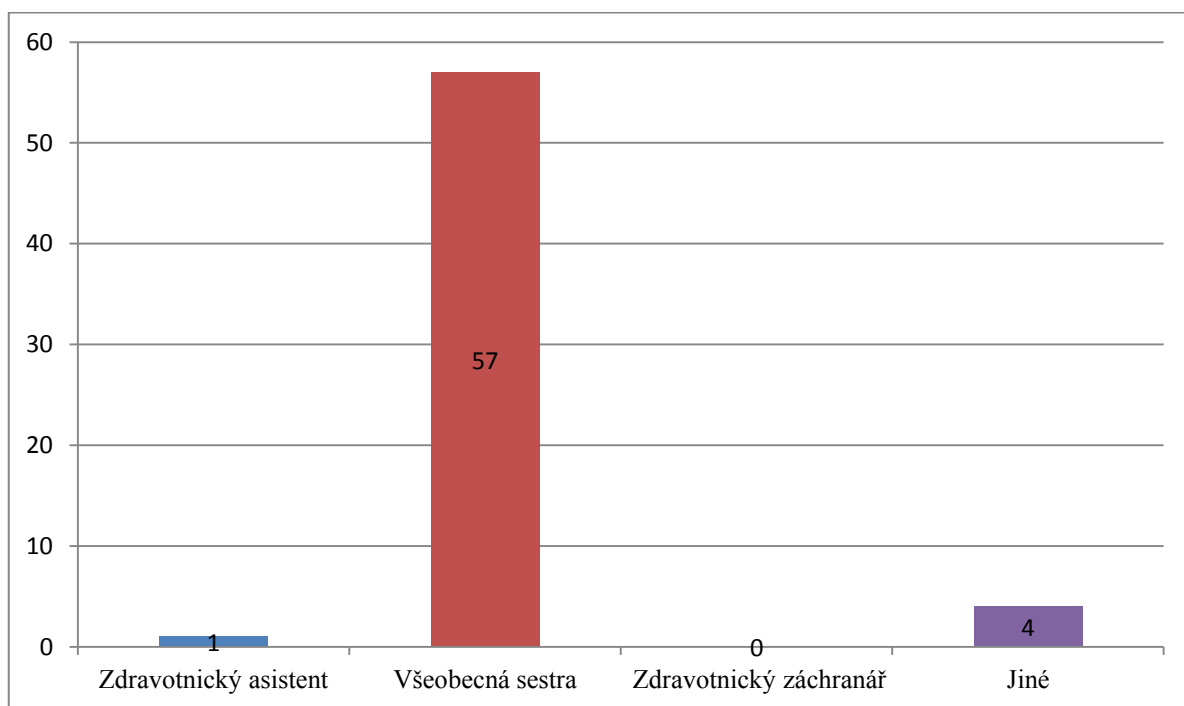


Graf č. 4 Pracoviště respondentů

Jak vyjadřuje tabulka č. 4 a graf č. 4 na otázku na kterém oddělení/ jednotce pracují respondenti, odpovědělo celkem 62 (tj. 100, 00 %) respondentů. Z toho, 26 (tj.41,94 %) respondentů pracuje na ARO, 27 (tj. 43,54 %) respondentů pracuje na chirurgické JIP, 5 (tj. 8,07 %) respondentů pracuje na interní JIP a žádný z dotázaných respondentů nepracuje na ortopedické ani dětské JIP. Na jiném oddělení pracují 4 (tj. 6,45 %) respondenti, a to na IPCHO.

Tabulka č. 5 Pracovní pozice respondentů.

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Zdravotnický asistent | 1 | 1,61 |
| Všeobecná sestra | 57 | 91,93 |
| Zdravotnický záchranář | 0 | 0,00 |
| Jiné | 4 | 6,46 |
| Celkem | 62 | 100,00 |

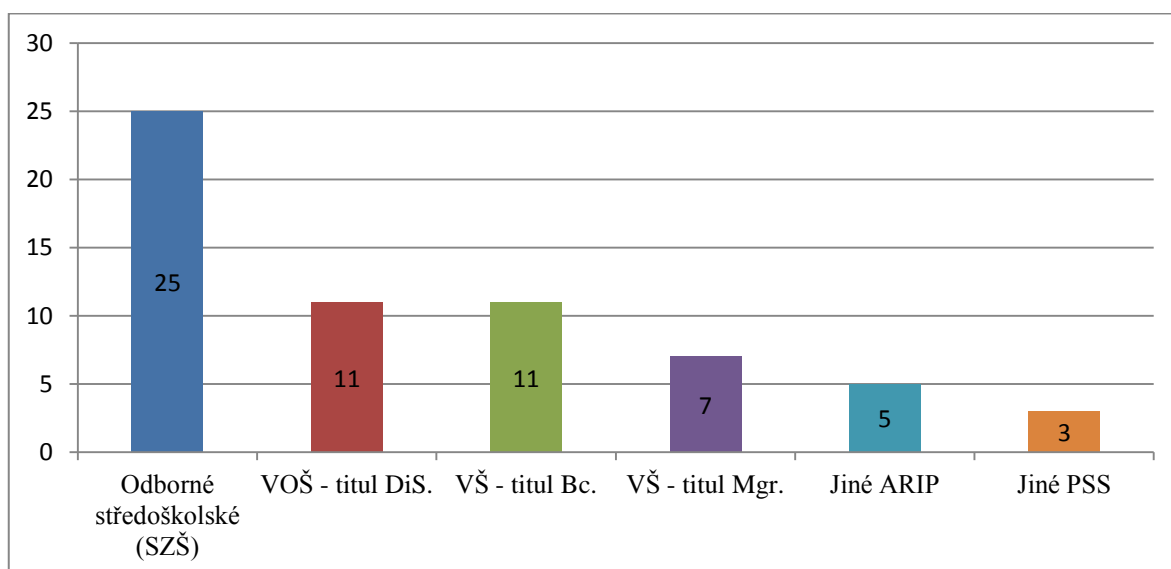


Graf č. 5 Pracovní pozice

Jak vyjadřuje tabulka č. 5 a graf č. 5 v otázce, na jaké pozici pracují respondenti na oddělení/ jednotce, celkem odpovědělo 62 (tj. 100,00 %) respondentů. Z toho 1 (tj. 1,61 %) respondent pracuje na oddělení jako zdravotnický asistent a 57 (tj. 91,93 %) respondentů pracuje jako všeobecná sestra. Žádný z dotázaných respondentů na oddělení nepracuje v pozici zdravotnického záchranáře. Na jiné pozici na oddělení pracují 4 (tj. 6,46 %) dotázaní respondenti, a to jako: staniční sestra, diplomovaný specialista pro intenzivní péči, ARIP a fyzioterapeutka.

Tabulka č. 6 Nejvyšší dosažené vzdělání

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Odborné středoškolské (SZŠ) | 25 | 40,33 |
| VOŠ – titul DiS. | 11 | 17,74 |
| VŠ – titul Bc. | 11 | 17,74 |
| VŠ – titul Mgr. | 7 | 11,29 |
| Jiné (jaké) | 8 | 12,90 |
| Celkem | 62 | 100,00 |

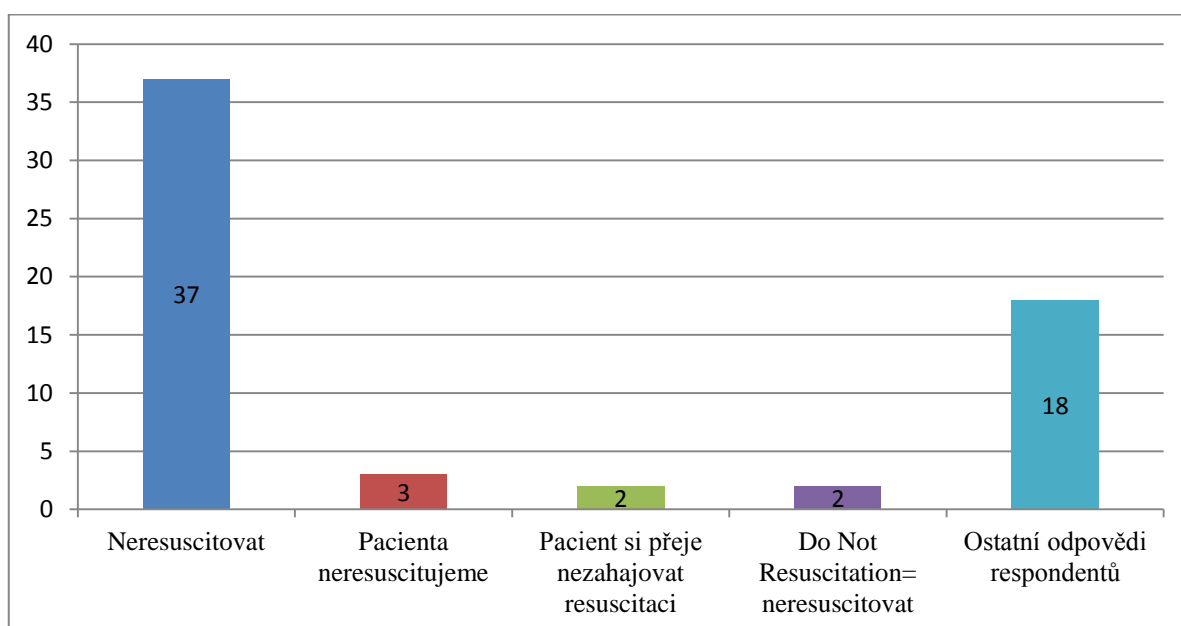


Graf č. 6 Nejvyšší dosažené vzdělání

Jak vyjadřuje tabulka č. 6 a graf č. 6 v otázce jaké je nejvyšší dosažené vzdělání respondentů, celkem odpovědělo 62 (tj. 100,00 %) respondentů. Z toho 25 (tj. 40,33 %) respondentů má dokončeno pouze odborné středoškolské vzdělání (SZŠ), 11 (tj. 17,74 %) respondentů vystudovalo VOŠ s titulem DiS., 11 (tj. 17,74 %) respondentů vystudovalo VŠ s titulem Bc., 7 (tj. 11,29 %) respondentů vystudovalo VŠ s titulem Mgr. a 8 (tj. 12,90 %) respondentů má jinou specializaci v oboru, z toho 5 respondentů ARIP a 3 respondenti PSS.

Tabulka č. 7 Co znamená pojem DNR

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Neresuscitovat | 37 | 59,67 |
| Pacienta neresuscitujeme | 3 | 4,84 |
| Pacient si přeje nezačítat resuscitaci | 2 | 3,23 |
| Do Not Resuscitation= neresuscitovat | 2 | 3,23 |
| Ostatní odpovědi respondentů | 18 | 29,03 |
| Celkem | 62 | 100,00 |



Graf č. 7 Co znamená pojem DNR

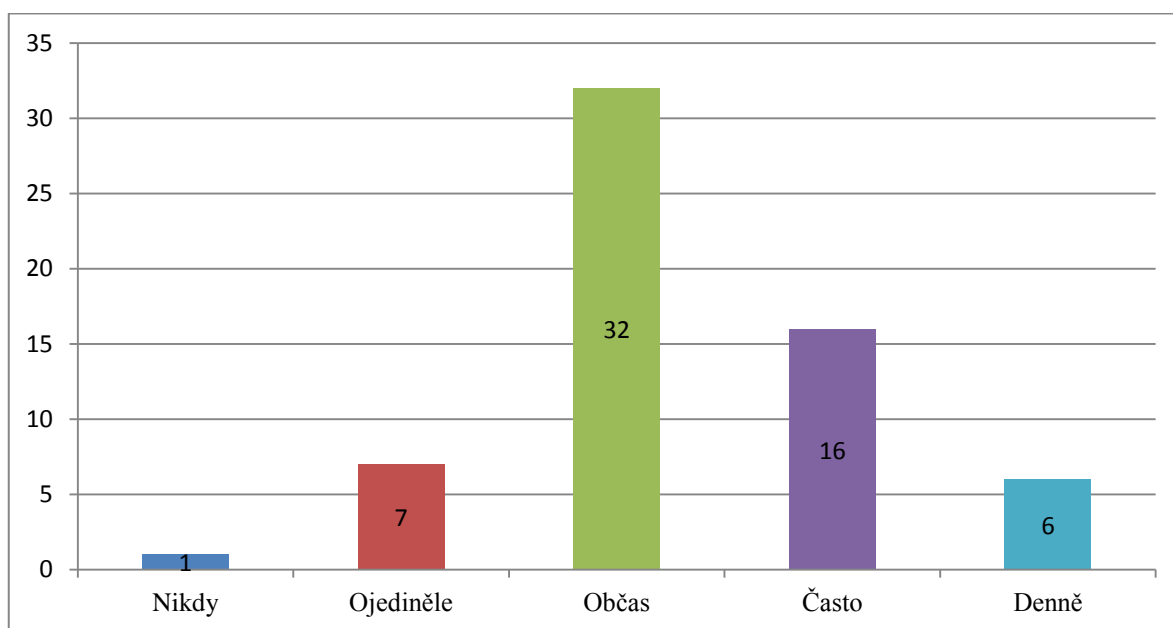
Jak vyjadřuje tabulka č. 7 a graf č. 7 v otázce co si respondenti představují pod pojmem DNR, celkem odpovědělo 62 (tj. 100,00 %) respondentů, z čehož jsou nejčastější odpovědi vyjádřeny číselně v grafu č. 7. 37 (tj. 59,67 %) respondentů identicky odpovědělo na otázku slovem „Neresuscitovat“, 3 (tj. 4,84 %) respondenti odpověděli na položenou otázku slovním spojením „Pacienta neresuscitujeme“, 2 (tj. 3,23 %) respondenti odpověděli větou „Pacient si přeje nezačítat resuscitaci“, 2 (tj. 3,23 %) respondenti odpověděli slovním

spojením „ Do Not Resuscitate= neresuscitovat a 18 (tj. 29,03 %) respondentů odpovědělo na položenou otázku jinak. A to:

- Neresuscitovat, není možnost léčby západní medicínou, terminální stav
- Při náhlém selhání se pacient neresuscituje
- Zadržaná terapie- léčba se zdrží a už se nepodávají medikamenty,...
- Když si člověk nepřeje být resuscitovaný
- Neresuscitovat klienta s nevléčitelnou nemocí
- Neprohlubuji základní péči, při selhání FF ne zahajují resuscitaci
- Pacienta nebudu resuscitovat při selhání vitálních funkcí
- Při oběhové zástavě u pacienta již ne zahajujeme KPR, lékař o situaci okamžitě informován
- Ukončení resuscitační péče, při srdeční zástavě se neprovádí KPR
- Neresuscitovat, nechat pacienta odejít v klidu
- Předpis- kdy ne zahajujeme resuscitaci u pac, ve špatném stavu- musí se to aktivně přehodnocovat
- Pacienta neresuscitovat, přirozené úmrtí
- Při dechové a srdeční zástavě ne zahajují resuscitaci (a v úctě, klidu nechám pacienta odejít).
- Neresuscitování nemocného v terminálním stavu
- Do Not Resuscitate= situace, kdy není indikováno zahájení CPR nejčastěji u pacientů v terminálním stádiu onemocnění= přání nebýt resuscitován
- Plná terapie, pokud dojde ke kardiopulmonální zástavě, KPR neproběhne
- Nezahájení resuscitace při vyčerpání možností léčby
- Nezahájení KPR u stavů bez kvalitního následného života

Tabulka č. 8 Setkání se s příkazem DNR při výkonu povolání respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|-----------|-----------------------|-----------------------|
| Nikdy | 1 | 1,61 |
| Ojediněle | 7 | 11,29 |
| Občas | 32 | 51,62 |
| Často | 16 | 25,81 |
| Denně | 6 | 9,67 |
| Celkem | 62 | 100,00 |

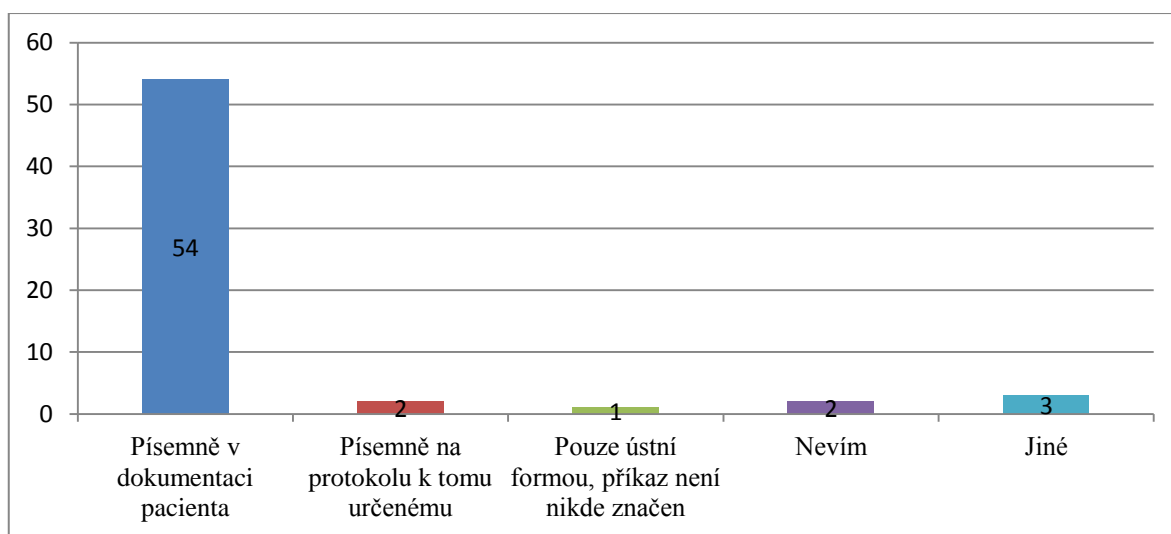


Graf č. 8 Setkání se s příkazem DNR při výkonu povolání respondentů

Ze všech 62 (tj. 100,00 %) respondentů uvedl 1 (tj. 1,61 %) dotázaný, že se nikdy při svém výkonu povolání s příkazem DNR nesešel, 7 (tj. 11,29 %) respondentů se s příkazem setkává ojediněle, 32 (tj. 51,62 %) respondentů se s příkazem DNR setkává občas, často se s příkazem DNR setkává 16 (tj. 25,81 %) respondentů a 6 (tj. 9,67 %) dotázaných se s příkazem DNR setkává denně.

Tabulka č. 9 Předávání příkazu DNR na oddělení

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Písemně v dokumentaci pacienta | 54 | 87,09 |
| Písemně na protokolu k tomu určenému | 2 | 3,23 |
| Pouze ústní formou, příkaz není nikde značen | 1 | 1,61 |
| Nevím | 2 | 3,23 |
| Jiné | 3 | 4,84 |
| Celkem | 62 | 100,00 |

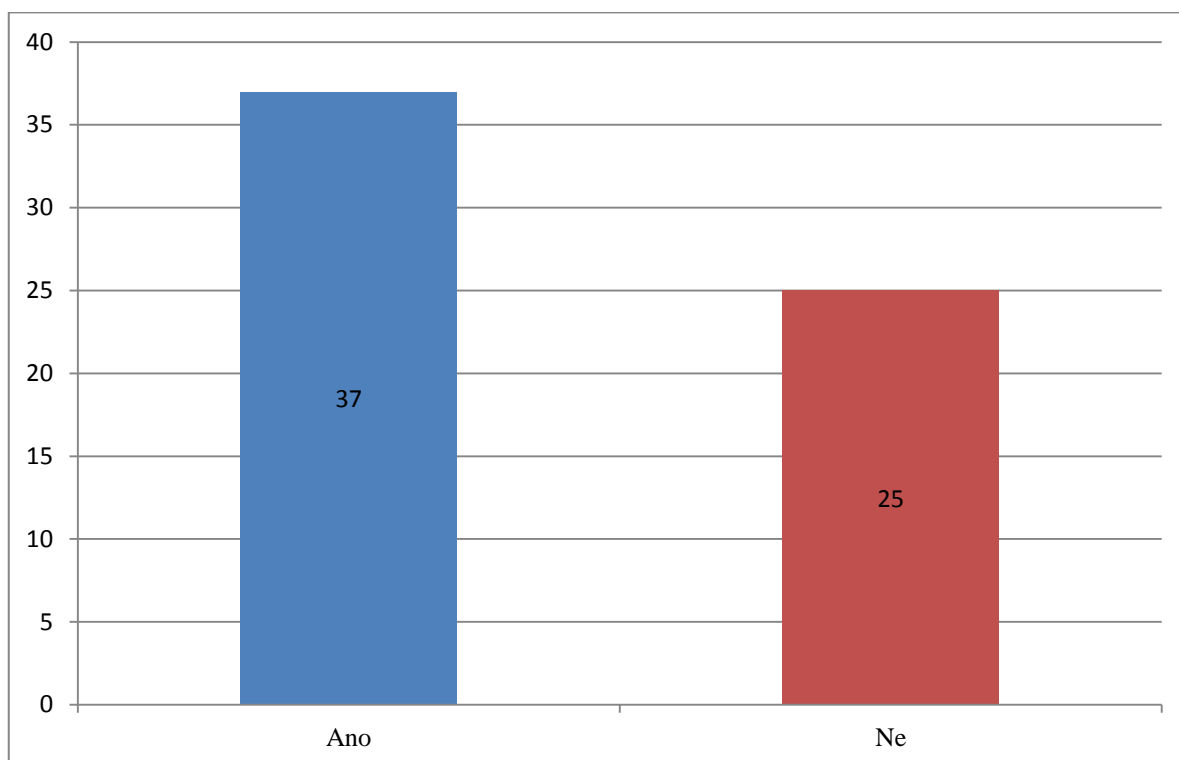


Graf č. 9 Předávání příkazu DNR na oddělení

Ze všech 62 (tj. 100,00 %) dotázaných respondentů na otázku jak je příkaz DNR na oddělení předáván odpovědělo 54 (tj. 87,09 %) dotázaných, že je příkaz předáván písemně v dokumentaci pacienta, 2 (tj. 3,23 %) respondenti odpověděli, že písemně na protokolu k tomu určenému, 1 (tj. 1,61 %) respondent odpověděl, že je příkaz předáván pouze ústní formou a není nikde značen, 2 (tj. 3,23 %) respondenti neví jak je příkaz DNR na oddělení předáván a 3 (tj. 4,84 %) respondenti odpověděli, že je příkaz DNR předáván jiným způsobem.

Tabulka č. 10 Údaj v dokumentaci týkající se příkazu DNR

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|----------|-----------------------|-----------------------|
| Ano | 37 | 59,68 |
| Ne | 25 | 40,32 |
| Celkem | 62 | 100,00 |



Graf č. 10 Údaj v dokumentaci týkající se příkazu DNR

Ze všech 62 (tj. 100,00 %) dotázaných respondentů odpovědělo na otázku, zda by uvítali v dokumentaci místo pro údaj týkající se příkazu DNR jako oficiální ordinaci lékaře odpovědělo 37 (tj. 59,68 %) respondentů že ano, naopak 25 (tj. 40,32 %) dotázaných nechce tento údaj v dokumentaci a odpovědělo, že ne. Každý z dotázaných respondentů byl v otázce osloven, aby zdůvodnil svoji odpověď. Tuto možnost využilo pouze 31 (tj. 50 %) respondentů.

Zdůvodnění: Ano

- Pro rozdílnou formu písemného sdělení lékaři
- Pro přehlednost
- Protože je zvyšující se množství neřešitelných, terminálních stavů
- Z důvodu právních důsledků
- Ústní předání může být nepřesné, tak závažné rozhodnutí musí být indikováno písemně!
- Přehledné
- Usnadnění práce a komunikace
- Pro jasné zpřehlednění
- Je to jasný a daný
- Jasně
- Samozřejmě, hned by bylo jasné, jak v takové situaci postupovat.
- přehlednost
- etický důvod
- jednoznačnost, právní podklad
- byla by to jednoznačná informace pro všechny
- snadnější orientace
- aby bylo jasno, máme v dokumentaci místo pro léčebný režim
- pro přehlednost
- aby bylo jasně dáno, že je tento režim platný
- bylo by to ihned jasné bez hledání
- aby nebyly dohady, zda ano či ne
- více by to fungovalo

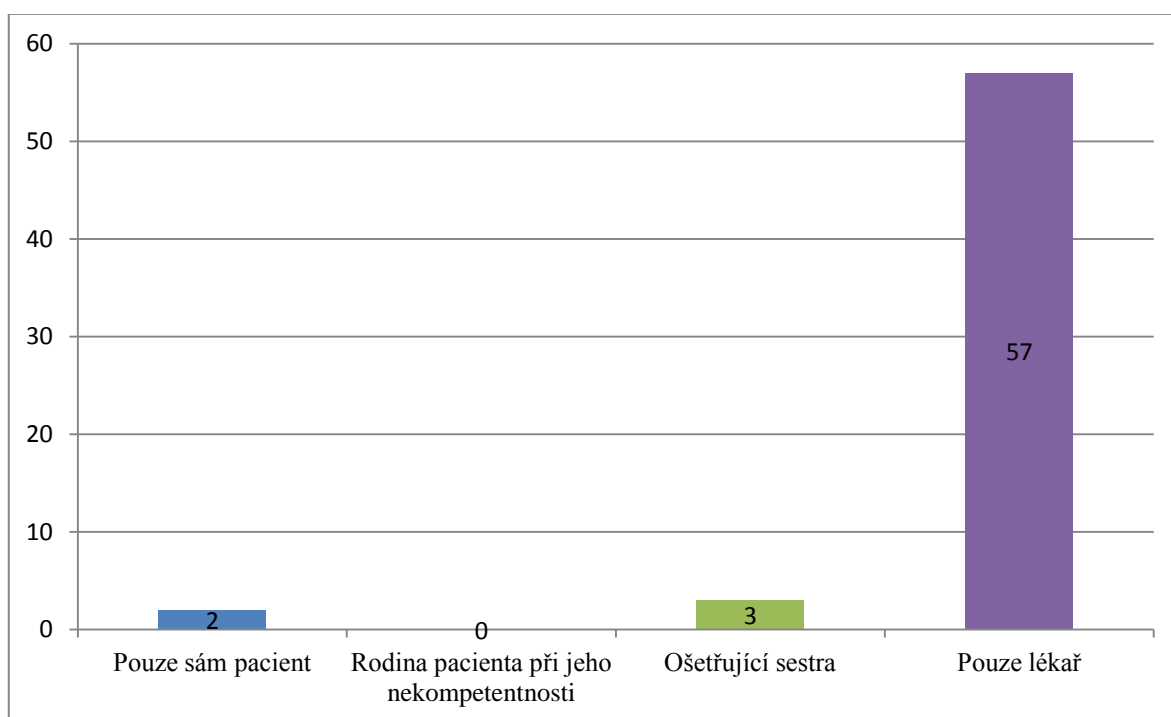
Zdůvodnění: Ne

- Vždy je proveden zápis od lékaře
- Není potřeba další formulář, pokud je to jednou napsané v dokumentaci
- Stačí napsat zápis v případě potřeby
- DNR indikují lékaři na základě fatálního stavu a vždy jej pečlivě konzultují
- Píše se to na tabulku
- Věcí každého

- Vždy je to v dokumentaci zapsáno od lékaře a musí být= pracujeme pouze dle ordinace a instrukcí lékaře
- V dokumentaci je zápis lékaře proč nebyla zahájena resuscitace
- V ordinaci je vždy napsané DNR

Tabulka č. 11 Kdo rozhoduje o nezahájení resuscitace

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Pouze sám pacient | 2 | 3,23 |
| Rodina pacienta při jeho nekompetentnosti | 0 | 0,00 |
| Ošetřující sestra | 3 | 4,84 |
| Pouze lékař | 57 | 91,93 |
| Celkem | 62 | 100,00 |

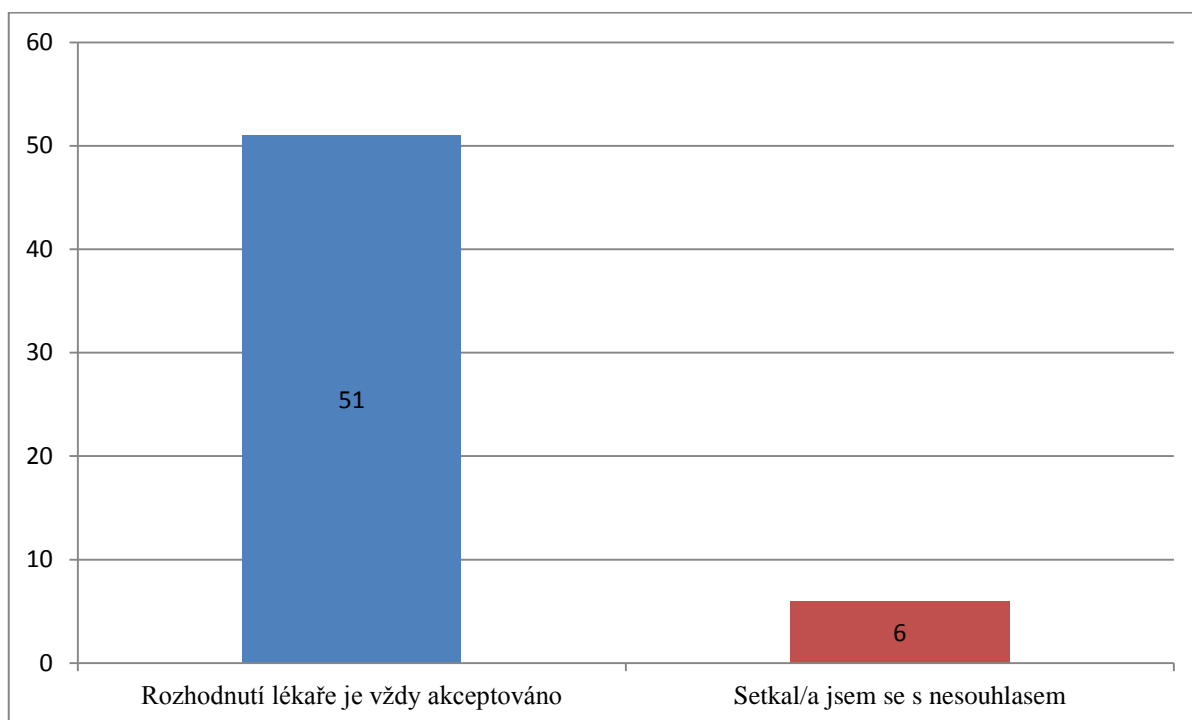


Graf č. 11 Kdo rozhoduje o nezahájení resuscitace

Ze všech 62 (tj. 100,00 %) dotázaných respondentů na otázku, kdo na vašem oddělení rozhoduje, o nezahájení resuscitace odpovědělo nejčastěji, a to počtem 57 (tj. 91,93 %) respondentů, že o nezahájení resuscitace rozhoduje pouze lékař. Pouze 3 (tj. 4,84 %) respondenti odpověděli, že rozhoduje ošetřující sestra a 2 (tj. 3,23 %) respondenti že pouze sám pacient. Žádný z dotázaných neodpověděl, že by rozhodovala rodina pacienta při jeho nekompetentnosti.

Tabulka č. 12 Akceptování názoru lékaře

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Rozhodnutí lékaře je vždy akceptováno | 51 | 82,26 |
| Setkal/a jsem se s nesouhlasem | 6 | 9,67 |
| Neodpovědělo | 5 | 8,07 |
| Celkem | 62 | 100,00 |



Graf č. 12 Akceptování názoru lékaře

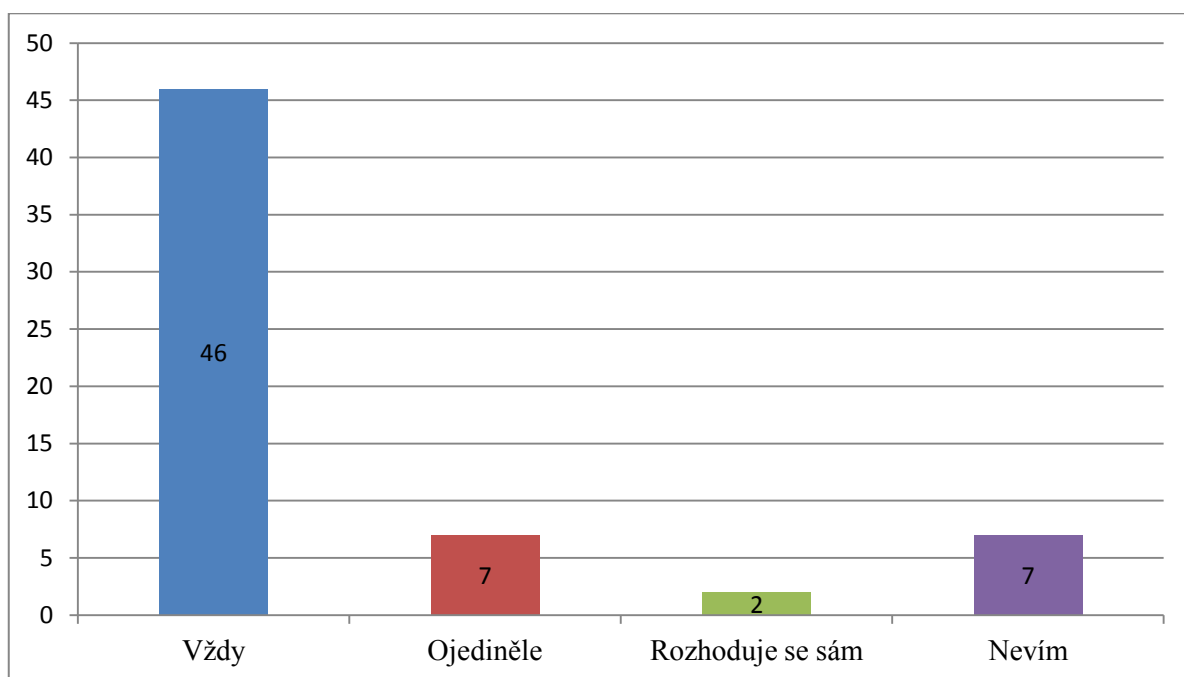
Ze všech 62 (tj. 100,00 %) respondentů na otázku, je rozhodnutí lékaře vždy akceptováno, setkal/a jste se s nesouhlasem při nezahájení resuscitace odpovědělo 51 (tj. 82,26 %) dotázaných, že je akceptováno, 6 (tj. 9,67 %) respondentů se setkalo s nesouhlasem a 5 (tj. 8,07 %) respondentů na otázku neodpovědělo vůbec. Každý z dotázaných byl vyzván, aby krátce popsal situaci při rozhodování o nezahájení resuscitace. Tuto možnost využilo pouze 8 dotázaných respondentů.

Odpověď respondentů:

- Ošetrovatelský tým, neurolog, podpis přednosta odd.
- Jedná se o rozhodnutí celého ošetrovatelského týmu včetně vyjádření neurologa s podpisem přednosta.
- Nemohou se lékaři dohodnout mezi sebou
- Sporné ústní předání DNR, zástava, resuscitace, pak přehodnocení situace a zrušení DNR.
- Rozhoduje celý ošetrovatelský tým
- Rozhodnutí je vždy rozhodnutím kolektivu lékařů
- Ano, lékaři nemají vždy stejný názor
- Na nynějším pracovišti, jsem se s tím nesešla, na dřívějším pracovišti bylo rozhodnutí lékaře akceptováno

Tabulka č. 13 Konzultace lékaře o nezhájení resuscitace

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|------------------|-----------------------|-----------------------|
| Vždy | 46 | 74,19 |
| Ojedinele | 7 | 11,29 |
| Rozhoduje se sám | 2 | 3,23 |
| Nevím | 7 | 11,29 |
| Celkem | 62 | 100,00 |

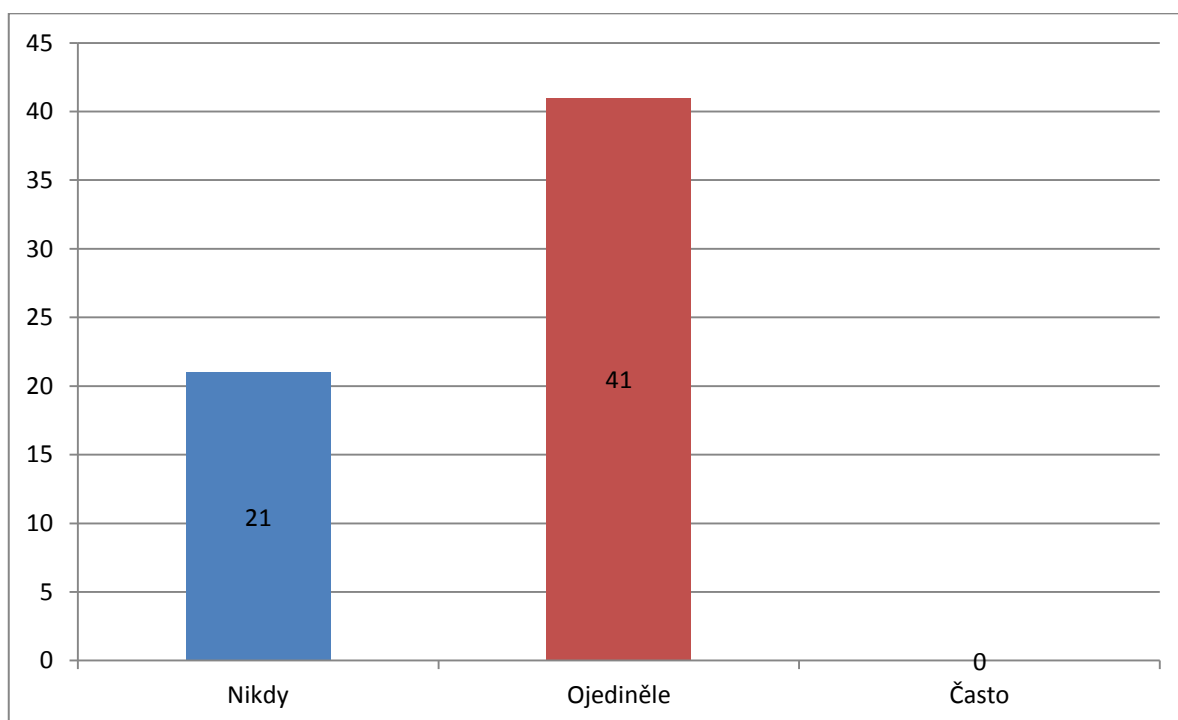


Graf č. 13 Konzultace lékaře o nezhájení resuscitace

Ze všech 62 (tj. 100,00 %) respondentů odpovědělo na otázku, zda lékař konzultuje nezhájení resuscitace na oddělení 46 (tj. 74,19 %), že lékař nezhájení resuscitace konzultuje vždy. 7 (tj. 11,29 %) respondentů odpovědělo ojedinele, 2 (tj. 3,23 %) dotázaní odpověděli, že se lékař rozhoduje sám a 7 (tj. 11,29 %) dotázaných neví, jestli lékař na oddělení konzultuje nezhájení resuscitace u pacienta.

Tabulka č. 14 Dříve vyslovené přání pacienta

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|-----------|-----------------------|-----------------------|
| Nikdy | 21 | 33,87 |
| Ojediněle | 41 | 66,13 |
| Často | 0 | 0,00 |
| Celkem | 62 | 100,00 |

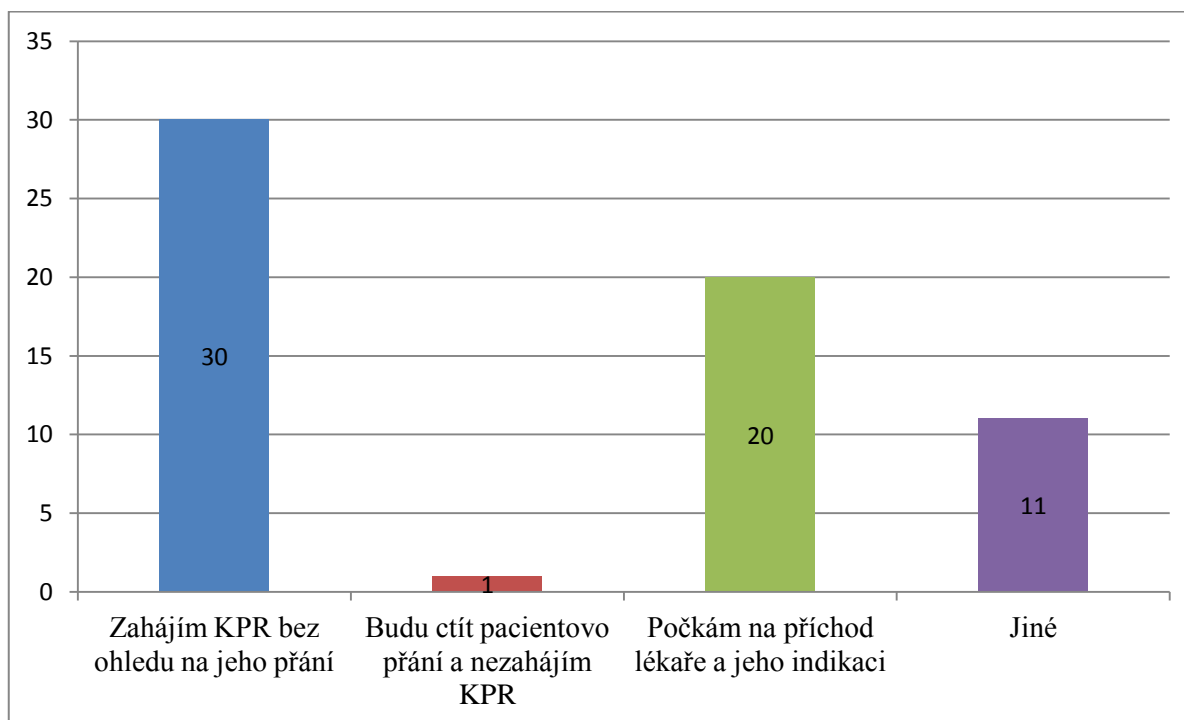


Graf č. Dříve vyslovené přání pacienta

Na otázku, setkal/a jste se někdy při výkonu profese s dříve vysloveným přáním pacienta, nebo rodiny pacienta „neresuscitovat“, odpovědělo 62 (tj. 100,00 %) respondentů. Z celkového počtu dotázaných se 21 (tj. 33,87 %) respondentů nikdy s tímto přáním nese-tkalo. Ojediněle se s přáním pacienta nebo rodiny setkává 41 (tj. 66,13 %) dotázaných. Často se s přáním pacienta, nebo jeho rodiny nese-tkává žádný z dotázaných respondentů.

Tabulka č. 15 Postup při zástavě srdce u pacienta s dříve vysloveným přáním

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Zahájím KPR bez ohledu na jeho přání | 30 | 48,39 |
| Budu ctít pacientovo přání a nezahájím KPR | 1 | 1,61 |
| Počkám na příchod lékaře a jeho indikaci | 20 | 32,26 |
| Jiné | 11 | 17,74 |
| Celkem | 62 | 100,00 |



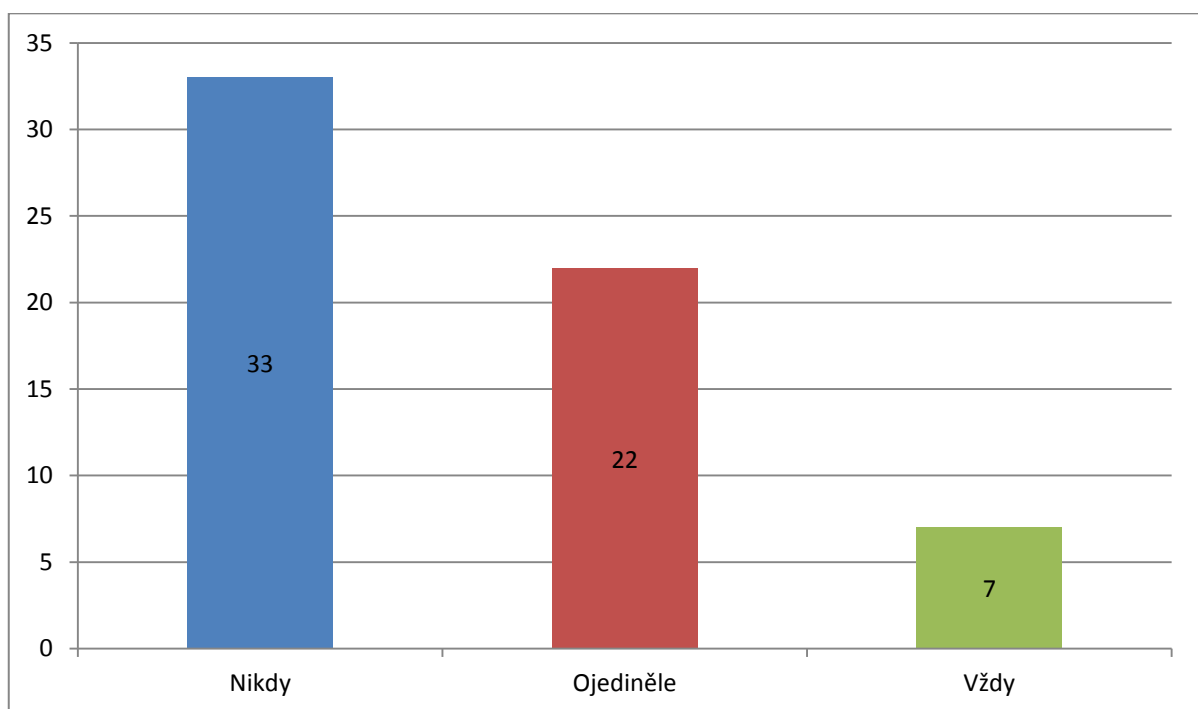
Graf č. 15 Postup při zástavě srdce u pacienta s dříve vysloveným přáním

Na otázku, jak budete postupovat při zástavě srdce, u pacienta který dříve vyslovil přání „neresuscitovat“ odpovědělo 62 (tj. 100,00 %) dotázaných respondentů. 30 (tj. 48,39 %) respondentů odpovědělo, že zahájí KPR bez ohledu na přání pacienta. Pouze 1 (tj. 1,61 %) respondent odpověděl, že bude ctít pacientovo přání a nezahájí KPR. Na příchod lékaře a jeho indikaci by počkalo 20 (tj. 32,26 %) respondentů a 11 (tj. 17,74 %) dotázaných respondentů se na otázku vyjádřilo jinak. A to:

- Když bude v dokumentaci DNR – nezahájím KPR, zavolám lékaře
- Již dopředu si s lékařem ujasním situaci vyplívající ze stavu pacienta
- U těchto pacientů domluva s lékařem dopředu
- Resuscituji a čekám na příchod lékaře
- Toto by se mělo konzultovat ještě dříve, než dojde k zástavě a lékař by se měl vyjádřit, zda zahajovat či DNR
- Konzultace s lékařem
- Provedu KPR kvůli zákonu
- Pokud není písemně dáno DNR tak zahájím KPR
- Pokud bude mít v dokumentaci schválené DNR lékařem, resuscitaci nezahájím, pokud nebude mít schválené a zapsané v dokumentaci, tak resuscitaci zahájím
- Zahájím KPR, pokud není záznam o neprovádění KPR
- Pokud není v dokumentaci napsáno DNR musím zahájit resuscitaci

Tabulka č. 16 Přizvání rodiny k rozhodování o DNR

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|-----------|-----------------------|-----------------------|
| Nikdy | 33 | 53,22 |
| Ojediněle | 22 | 35,49 |
| Vždy | 7 | 11,29 |
| Celkem | 62 | 100,00 |



Graf č. 16 Přizvání rodiny k rozhodování o DNR

Na otázku, zda se respondenti setkali s tím, aby při rozhodování o DNR byla přizvána rodina, nebo s ní bylo rozhodnutí o DNR konzultováno odpovědělo 62 (tj. 100,00 %) respondentů. S přizváním rodiny k rozhodování o DNR se nikdy nesetkalo 33 (tj. 53,22 %) dotázaných respondentů. Ojediněle se s přizváním rodiny k rozhodování o DNR setkává 22 (tj. 35,49 %) respondentů a 7 (tj. 11,29 %) respondentů odpovědělo, že je rodina k rozhodování přizvána vždy.

Tabulka č. 17.1 Co kladného znamená příkaz DNR pro pacienta

| Odpověď | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--------------|-----------------------|-----------------------|
| Klady | 56 | 90,32 |
| Neodpovědělo | 6 | 9,68 |
| Celkem | 62 | 100,00 |

Tabulka č. 17.2 Co záporného znamená příkaz DNR pro pacienta

| Odpověď | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--------------|-----------------------|-----------------------|
| Zápory | 21 | 33,87 |
| Neodpovědělo | 41 | 66,13 |
| Celkem | 62 | 100,00 |

Jak vyjadřuje tabulka č. 17.1 na otázku, co kladného znamená příkaz DNR pro pacienta, z celkového počtu 62 (tj. 100,00 %) dotázaných respondentů odpovědělo 56 (tj. 90,32 %) a 6 (tj. 9,68 %) respondentů otázku nezodpovědělo. Na otázku, co záporného znamená příkaz DNR pro pacienta, z celkového počtu 62 (tj. 100,00 %) dotázaných respondentů, odpovědělo 21 (tj. 33,87 %) a 41 (tj. 66,13 %) respondentů otázku nezodpovědělo. Několik respondentů se k otázkám vyjádřilo slovně, a to:

Klady:

- Je mu tím dovoleno odejít, pokud nastane čas.
- Úleva od vleklého a bolestného onemocnění.
- Nebude se uměle prodlužovat jeho život.
- Mnohdy nejdůstojnější smrt.
- Nebude zbytečně prodlužován uměle jeho život.
- Ukončit trápení a dopřát důstojnost člověku při umírání.
- Klidná smrt, zbytečné neprodužování a trápení pacienta.
- Neprodužování trápení, bolesti, utrpení, ukončení terminálního stádia
- Nebude se trápit.

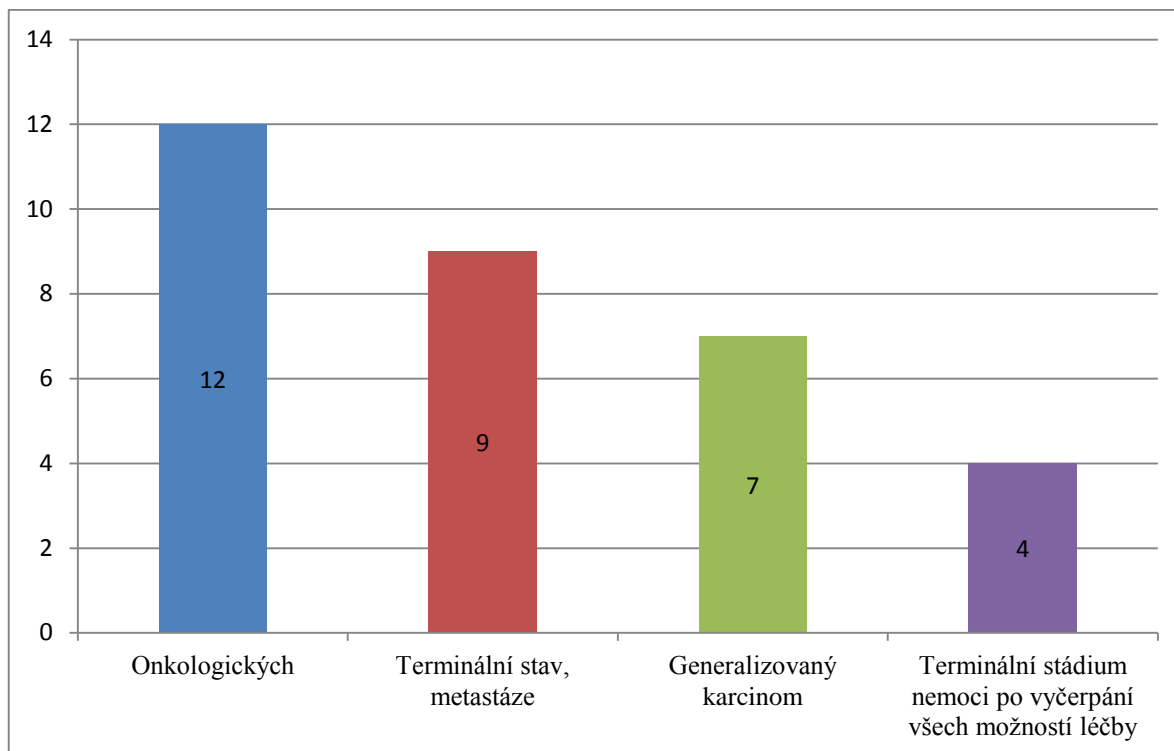
- Zkrácení utrpení, nechat tělo přirozeně odejít.
- Přirozený konec života.

Zápory:

- Naděje vždy umírá poslední, třeba si nestihne vyřešit své věci, nemá zaopatřenou rodinu.
- Zemře.
- Riziko špatného posouzení situace.
- Odepření další šance na život.
- Zápory nejsou.
- Špatná diagnóza stavu.
- Není s ním seznámen, tak se nemůže vyrovnat a zařídit věci.
- Smrt.
- Nejsem si vědom při dodržení všech základních pravidel

Tabulka č. 18 Onemocnění spojené s příkazem DNR

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Onkologických | 12 | 19,35 |
| Terminální stav, metastáze | 9 | 14,50 |
| Generalizovaný karcinom | 7 | 11,29 |
| Terminální stádium nemoci po vyčerpání všech možností léčby | 4 | 6,46 |
| Infaustní stavy, terminální stádia nádorových onemocnění | 3 | 4,84 |
| Geriatřičtí pacienti | 3 | 4,84 |
| Multiorgánové selhávání | 3 | 4,84 |
| Polymorbidní pacient | 3 | 4,84 |
| Stav po KPR | 2 | 3,23 |
| Zkomplikovaný stav | 2 | 3,23 |
| Onkolog. Nem.- není šance na léčbu | 2 | 3,23 |
| Nevyléčitelné onemocnění | 2 | 3,23 |
| Jiná odpověď | 5 | 8,06 |
| Otázku nezodpovědělo | 5 | 8,06 |
| Celkem | 62 | 100,00 |



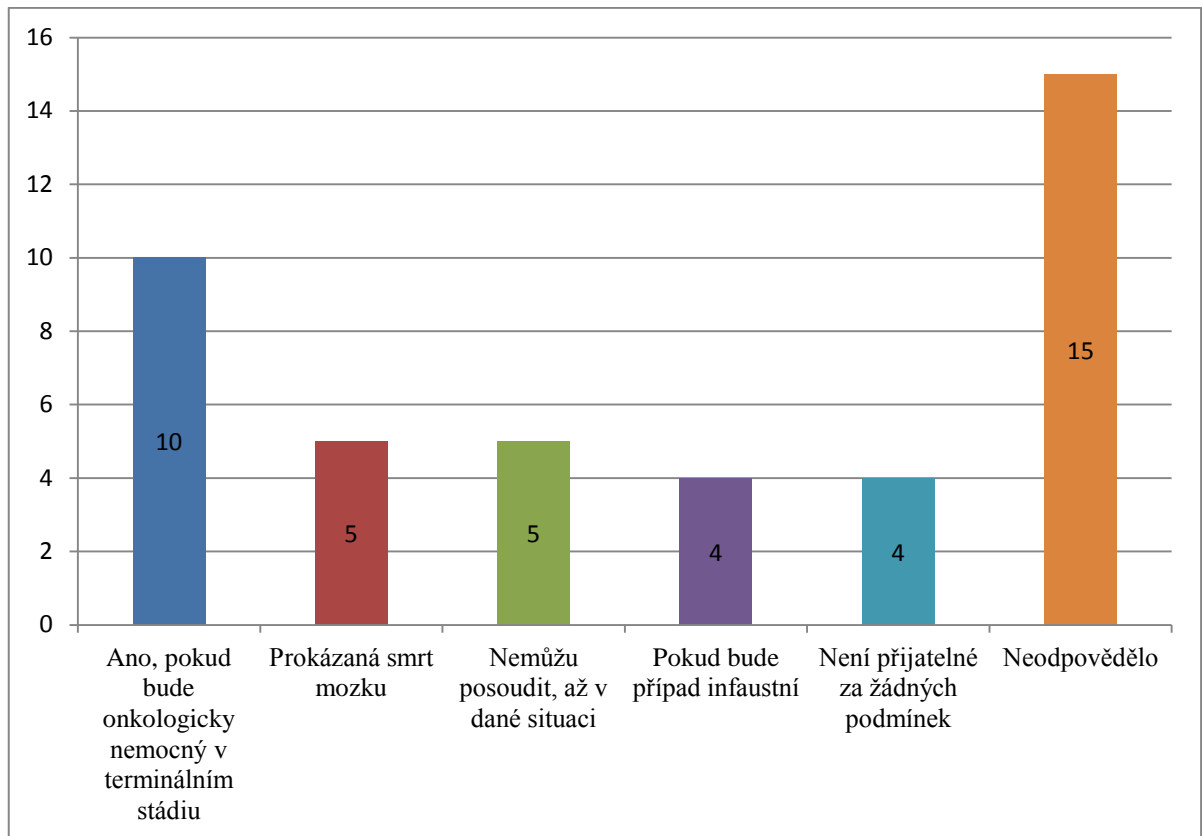
Graf č. 18 Onemocnění spojené s příkazem DNR

Na otázku, jaké onemocnění je nejčastěji spojené s příkazem DNR odpovědělo 12 (tj. 19,35 %) respondentů shodně slovem „ Onkologických“. 9 (tj. 14,50 %) dotázaných, odpovědělo „Terminální stav, metastáze“ a 7 (tj. 11,29 %) dotázaných odpovědělo „Generalizovaný karcinom“. 4 (tj. 6,46) dotázaní shodně odpověděli, terminální stádium nemoci po vyčerpání všech možností léčby a 3 (tj. 4,84 %) dotázaní odpověděli, že infaustní stavy, terminální stádia nádorových onemocnění, 3 (tj. 4,84 %) dotázaní odpověděli, že geriatričtí pacienti a další 3 (tj. 4,84 %) dotázaní odpověděli, že polimorbidní pacient. 2 (tj. 3,23 %) respondenti odpověděli, že stav po KPR, 2 (tj. 3,23 %) respondenti odpověděli, že u zkomplikovaného stavu, 2 (tj. 3,23 %) respondenti odpověděli, že onkologicky nemocný pacient, kdy není šance na léčbu a 2 (tj. 3,23 %) respondenti odpověděli, že s příkazem DNR je spojené nevléčitelné onemocnění. Otázku nezodpovědělo 5 (tj. 8,06 %) dotázaných respondentů a 5 (tj. 8,06 %) jednotlivých respondentů odpovědělo jinak, a to:

- U nádorových metastazických Onemocnění
- U stavů neslučitelných se životem
- Komplikovaná revize břicha se srůsty a píštěli
- Na našem pracovišti se s tímto příkazem neseťkáváme
- Traumata, neřešitelné krvácení

Tabulka č. 19 Přijatelnost DNR u mladých lidí a u dětí

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Ano, pokud bude onkologicky nemocný v terminálním stádiu | 10 | 16,12 |
| Prokázaná smrt mozku | 5 | 8,06 |
| Nemůžu posoudit, až v dané situaci | 5 | 8,06 |
| Pokud je případ infaustní | 4 | 6,46 |
| Není přijatelné za žádných podmínek | 4 | 6,46 |
| Profesně ano, eticky ne | 2 | 3,23 |
| Polimorbidní pac., vyčerpaná možnost léčby | 2 | 3,23 |
| Stavy neslučitelné se životem, vysoká vasopresorická podpora | 2 | 3,23 |
| Nezodpovědělo | 15 | 24,19 |
| Ostatní odpovědi respondentů | 13 | 20,96 |
| Celkem | 62 | 100,00 |



Graf č. 19 Přijatelnost DNR u mladých lidí a u dětí

Na otázku, zda je přijatelné DNR u mladých lidí a u dětí, z celkového počtu 62 (tj. 100,00 %) neodpovědělo 15 (tj. 24, 19 %) dotázaných respondentů. Shodně odpovědělo 10 (tj. 16,12 %) respondentů, že ano, pokud bude onkologicky nemocný, nebo v terminálním stádiu, dále se shodlo 5 (tj. 8,06 %) respondentů, že ano, pokud bude prokázaná smrt mozku. 4 (tj. 6,46 %) respondenti shodně odpověděli, že ano, pokud bude případ infaustní. 5 (tj. 8,06 %) respondentů odpovědělo: „Nemůžu posoudit, až v dané situaci“. Pro 4 (tj. 6,46 %) dotázané není DNR u mladých lidí nebo u dětí přijatelné za žádných podmínek.

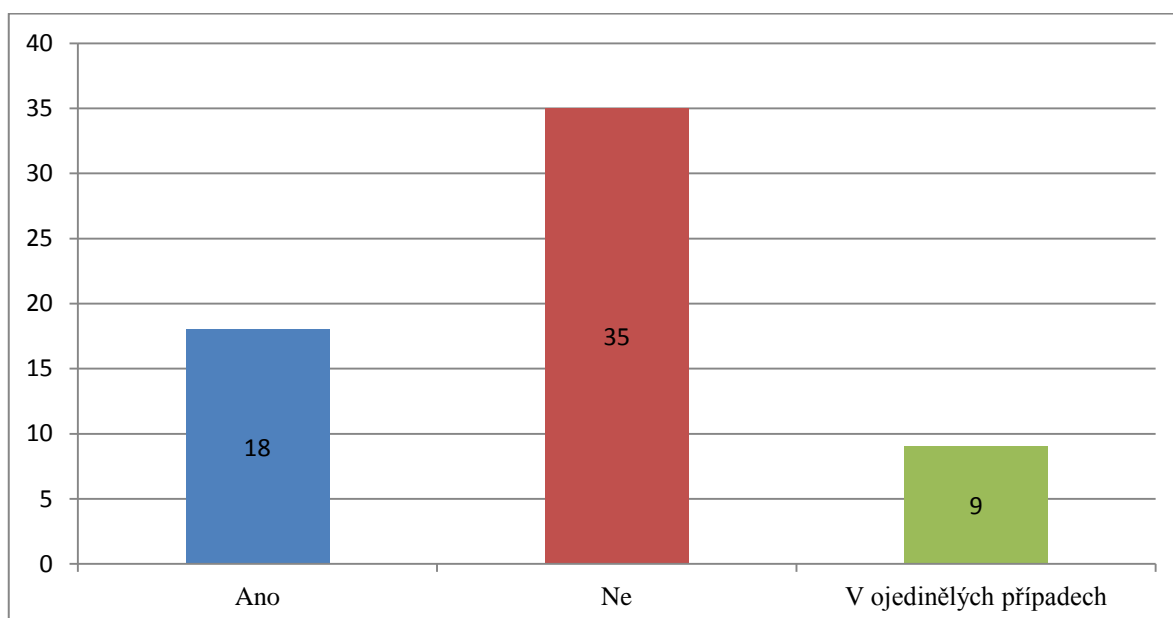
13 (tj. 20,96 %) dotázaných respondentů odpovědělo individuálně a to takto:

- Nevyléčitelné onemocnění, trpící silnými bolestmi, bez možnosti úlevy.
- Ano, pokud jsou nevléčitelně nemocní.
- Ano, pokud je indikace, DNR je lékařské rozhodnutí na základě diagnózy dle jasných pravidel.
- Ano, pokud je to tak těžké a nevléčitelné onemocnění.
- Nemožnost nabídnutí léčebné péče vedoucí ke zlepšení stavu.

- Stavy u závažných onemocnění nebo těžkých úrazů.
- Pokud by nebyl další život plnohodnotný a musel by pacient být závislý na přístrojích nebo péči na vyšší úrovni.
- Pokud jsou vyčerpány všechny možnosti a už neexistuje žádná možnost zlepšení.
- Důkladné zhodnocení stavu a zjištění že jde o terminální stav bez možnosti zlepšení, ale i tak přehodnocování stavu a klidně zrušení tohoto rozhodnutí v případě sporných stavů.
- U mladých lidí se přijímá obtížně, ale respektují rozhodnutí lékaře.
- Opravdu velmi těžké rozhodnutí, přijatelné pouze že u toho nebudu já.
- Ano, u stavů neslučitelných se životem nebo u dárců.
- U pacientů, kteří nemají šance na kvalitní život po resuscitaci, za úspěšnou KPR nepovažují obnovu kardiopulmonálních funkcí, pokud stav končí apalicky.

Tabulka č. 20 DNR jako způsob eutanázie

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ano | 18 | 29,03 |
| Ne | 35 | 56,45 |
| V ojedinělých případech | 9 | 14,52 |
| Celkem | 62 | 100,00 |



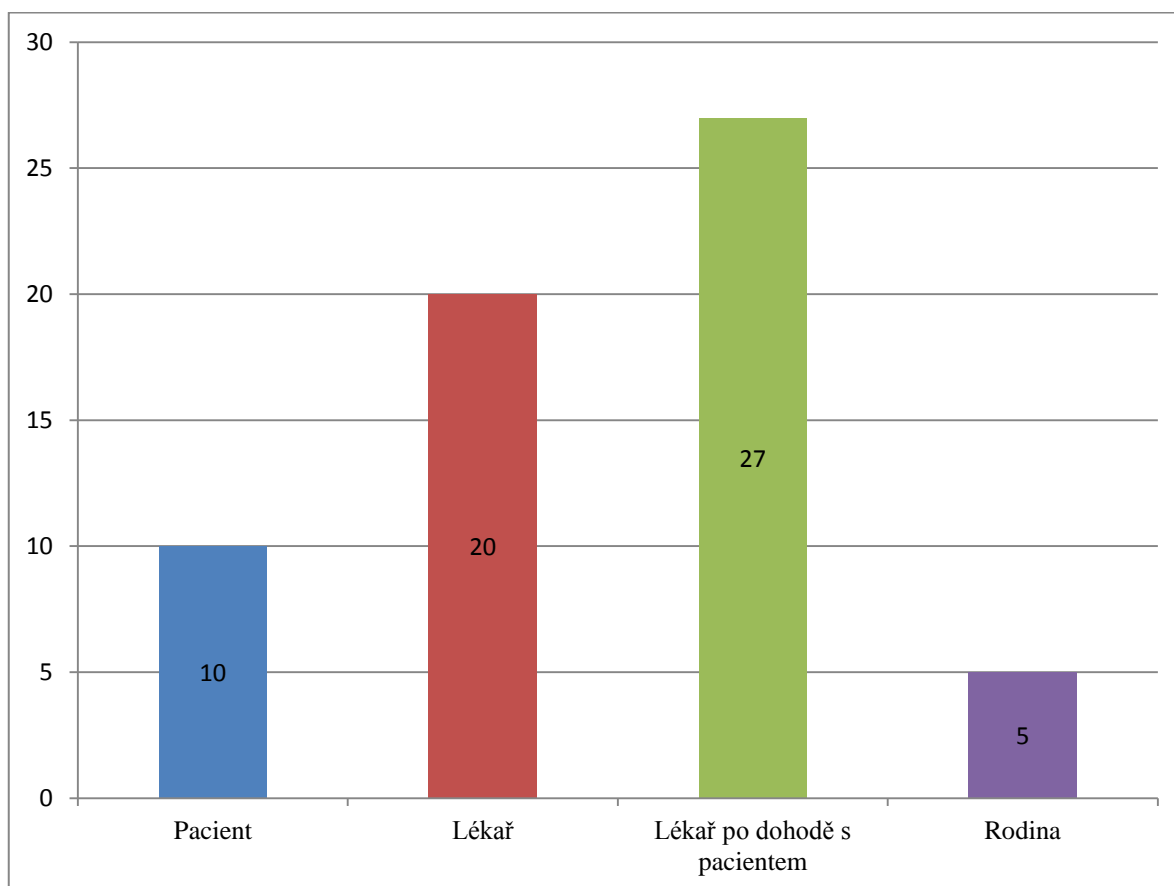
Graf č. 20 DNR jako způsob eutanázie

Z 62 (tj. 100,00 %) dotázaných respondentů, na otázku, zda považují DNR za jakýsi způsob eutanázie odpovědělo 18 (tj. 29,03 %) respondentů Ano. Ne odpovědělo 35 (tj. 56,45 %) dotázaných respondentů a 9 (tj. 14,52 %) respondentů odpovědělo, že pouze v ojedinělých případech. Každý z dotázaných respondentů měl možnost zdůvodnit svoji odpověď. Zdůvodnit odpověď, vyjádřit se k otázce využili pouze 4 respondenti a to takto:

- DNR není eutanázie, DNR je nezáhájení resuscitace při zástavě srdce.
- Pokud dojde k zástavě, je smrt na krůčku.
- ANO- strategie odkloněné stříkačky (nepodáním léků, či neprovedení jiných opatření), právnicky se o eutanázii nejedná.
- Svým způsobem ano, vždy je lépe ukončit trápení a odejít ze života v klidu.

Tabulka č. 21 Právo rozhodnout o nezahájení resuscitace

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Pacient | 10 | 16,13 |
| Lékař | 20 | 32,26 |
| Lékař po dohodě s pacientem | 27 | 43,55 |
| Rodina | 5 | 8,06 |
| Celkem | 62 | 100,00 |



Graf č. 21 Právo rozhodnout o nezahájení resuscitace

Na otázku, kdo má podle Vašeho názoru právo rozhodnout, odpovědělo 62 (tj. 100,00 %) dotázaných respondentů. Z celkového počtu dotázaných odpovědělo 10 (tj. 16,13 %) dotázaných, že pacient a 5 (tj. 8,06 %), že rodina. 20 (tj. 32,26 %) respondentů odpovědělo, že právo rozhodnou má lékař a 27 (tj. 43,55 %) respondentů odpovědělo, lékař po dohodě

s pacientem. Každý z dotázaných respondentů měl možnost vyjádřit svůj názor k odpovědi. Tento názor vyjádřili 4 respondenti a to:

- Lékař po dohodě s rodinou pacienta.
- Pacient by neměl být schopen, už je v terminální fázi života.
- Z právního hlediska lékař z morálního a etického, i pacient (vždyť jde o jeho život).
- Ve shodě pacient (umožňuje-li mu takové vyjádření zdravotní stav).

Tabulka č. 22 Vyjádření vlastního názoru na DNR

| Možnost odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|------------------|-----------------------|-----------------------|
| Využilo | 8 | 12,90 |
| Nevyužilo | 54 | 87,10 |
| Celkem | 62 | 100,00 |

V otázce č. 22 měl každý z dotázaných respondentů možnost vyjádřit vlastní názor na DNR. 54 (tj. 87,10 %) respondentů nevyužilo možnosti vyjádřit vlastní názor na DNR. Možnost vyjádřit vlastní názor na DNR využilo pouze 8 (tj. 12,90 %) dotázaných respondentů.

Názor respondentů:

- Možnost, jak zbytečně neprodlužovat utrpení nevyléčitelně nebo těžce nemocných pacientů
- S DNR souhlasím, o DNR by si měl mít právo rozhodnout i sám pacient.
- Mám zkušenost, že i z DNR jde zpět přeradit na plnou léčbu, ale častěji je to pro pacienta vysvobozením a konec trápení.
- U jasných indikací souhlasím.
- Vysvobození, bráno z mého pohledu.
- Málo využívané v praxi.
- DNR by se mělo použít v případě přání pacienta, jinak v případě terminálního stádia pacienta.
- Rozumné řešení, ale ne vždy akceptované.

6. DISKUZE

Téma mé bakalářské práce je zaměřeno na problematiku příkazu DNR v českých podmínkách. Literatura ani legislativa České Republiky téměř pojem DNR nezná. I přes tento nedostatek v právním systému je přesně dáno, kdo a jakým způsobem je zodpovědný za neposkytnutí pomoci při ohrožení života. Pokud se pustíme do hledání pojmu DNR v české literatuře, nalezneme pouze několik krátkých tematických článků případně nějakou monografii nebo vysokoškolskou práci. Ucelenější informace lze najít v cizojazyčné literatuře, ovšem pro české podmínky je naprosto nevyhovující. Opravdovou teoretickou oporou pro příkaz DNR se stávají dokumenty např. České Lékařské Komory, nebo České Asociace Sester, které jsou však jen doporučením, v postupech pro praxi zdravotníků. V teoretické části jsou nastíněna témata, která přispějí sestřím k lepší orientaci a pochopení práce o pacienta pro kterého je vydán příkaz DNR.

Bakalářská práce byla zpracována na podkladě dotazníkového šetření provedeného ve Fakultní nemocnici Olomouc. Celkově jsem rozdál v průběhu měsíce března 2013 celkem 70 dotazníků zaměřených na problematiku DNR. Dotazníky byly rozdány a sesbírány za pomoci vedoucích sester daných oddělení. Po správném vyplnění dotazníků bylo z celkového počtu 70 navraceno 62 dotazníků od respondentů. Všech těchto 62 navracených dotazníků bylo vyhodnoceno. Každý z uvedených dotazníků byl totožný, anonymní a dobrovolný. Dotazník obsahoval 22 položek, které byly jednotlivě vyhodnoceny ve 23 tabulkách a ve 20-ti grafech. V otázkách č. 1- 6 byly zjišťovány obecné informace o respondentech. Jak bylo předpokládáno, což je pochopitelné, převládá stále ve zdravotnictví převaha žen. Pouze 3 dotázání, byl mužského pohlaví. Dále se v obecných otázkách objevil dotaz na věk respondentů, jejich pracoviště a délku praxe na specializovaném pracovišti. Další dotaz byl směřován na dosažené vzdělání respondentů a také na to, na jaké pracují pozici na oddělení.

Další část otázek byla zaměřena přímo na pojem DNR, na jeho předávání, rozhodování o něm, co s sebou tento příkaz nese pro pacienta a podobně. Otázky č. 7, 17, 18, 19, a 22 byly otevřené, v těchto otázkách byl ponechán prostor pro vlastní názor respondentů, a proto je považuji za nejcennější. V otázce č. 7, co znamená pojem DNR, odpovědělo shodně 37 (tj. 59,67 %) respondentů, že neresuscitovat. Ostatní odpovědi respondentů na tuto otázku byly obdobné. V otázce č. 17 byl každý z respondentů dotázán, co kladného a co záporného znamená příkaz DNR pro pacienta. Klady vidí v příkazu DNR (90,32 %) re-

spondentů. Nejčastější odpovědí bylo: přirozený konec pro pacienta, nebo ukončení utrpení, zato 33,87 % respondentů vidí v příkazu DNR záporny a to nejčastěji špatné posouzení situace. V otázce č. 18 jaké onemocnění je nejčastěji spojené s příkazem DNR, se potvrdila moje předpověď, když nejčastější odpovědí respondentů bylo: onkologické onemocnění. Otázka č. 19 stavěla respondenty na hranu mezi profesionalitu svého povolání a obyčejné lidské cítění. V této otázce jsem se respondentů dotázal, zda je pro ně přijatelné DNR u mladých lidí a u dětí, proto mě nepřekvapilo, že téměř 25 % respondentů neodpovědělo na tuto otázku. Vedle nejčastější odpovědi: pokud bude onkologicky nemocný, nebo v terminálním stádiu zazněla i odpověď: profesně je přijatelné, eticky však ne. Poslední otevřenou otázkou v tomto šetření byla otázka č. 22, kde měl každý z dotázaných respondentů možnost vyjádření vlastního názoru na DNR. Tuto možnost využilo pouze 8 respondentů, čehož lituji z důvodu rozmanitosti a zajímavosti zpracovaných názorů.

Zbytek položených otázek byl uzavřený, případně byla možnost k otázce vyjádřit vlastní názor. Tyto otázky byly zaměřeny na příkaz DNR, na jeho předávání a v neposlední řadě, kdo vůbec o příkazu DNR rozhoduje a zda je takovéto rozhodnutí akceptováno. Jednou z nejzajímavějších otázek, která byla v dotazníku položena zní takto: Jak budete postupovat při zástavě srdce, u pacienta který dříve vyslovil přání „neresuscitovat“? Při vyhodnocování této otázky jsem byl odpovědí respondentů značně překvapen, když pouze jeden respondent odpověděl, že bude ctít pacientovo přání a nezahájí resuscitaci. Bez ohledu na přání pacienta by zahájilo KPR 48,39 % respondentů a 32,26 % respondentů by počkalo na příchod lékaře, a na jeho indikaci. V závěru dotazníkového šetření jsem se dotázal respondentů, zda považují DNR za jakýsi způsob eutanázie. I přes rozmanitost odpovědí respondentů, odpovědělo téměř 57 % dotázaných, že nepovažují příkaz DNR za eutanázii. Při zpracovávání jsem ocenil ukázněnost respondentů při vyplňování dotazníků. Po zpracování této problematiky jsem došel k závěru, že jedním z hlavních problémů je samotné předávání příkazu DNR, jak uvádí valná část respondentů.

V rámci zhodnocení cílů této bakalářské práce mohu konstatovat, že se mi podařilo na dostatečném vzorku kvalitní skupiny respondentů provést průzkum znalosti problematiky DNR u českého zdravotnického personálu. Cílem mé práce bylo rovněž vytvořit jakýsi přehled o aktuální legislativě týkající se resuscitace v podmínkách České republiky, což se mi podařilo. Podařilo se mi také v rámci výzkumu analyzovat pohled zdravotnického personálu na tuto problematiku, zjistit nedostatky v předávání příkazů a informací v rámci vertikální organizační struktury zdravotnického zařízení. Některé výsledky mého výzkumu

jsou překvapivé a svědčí o nedokonalém právním ošetření dříve vysloveného přání pacienta „neresuscituj“. Toto přání pacienta je z důvodu obav z trestního postihu zdravotnickým personálem nerespektováno.

7. ZÁVĚR

Samotné zpracování této práce, bylo vzhledem k tématu velmi zajímavé. Rád bych ocenil spolupráci Fakultní Nemocnice Olomouc, spolupráci vrchních sester při distribuci dotazníků a v neposlední řadě spolupráci samotných sester na specializovaných odděleních. Pojem DNR je stále častěji užívaným příkazem, ale i přes různá ustanovení a doporučení jsem přesvědčen, že jeho právní úprava není kompletní. Cílem bakalářské práce bylo informovat sestry o problematice DNR a seznámit sestry s péčí o pacienta a legislativou vázanou k resuscitaci. Jsem znepokojen situací, kdy sestry nechápou váhu dříve vysloveného přání pacienta a neví jak se zachovat, například když pacient požádá o DNR. Je mým skromným přáním aby tato práce posloužila sestrám jako určitá poučka, nebo shrnutí v základních znalostech příkazu DNR, nebo dříve vysloveného přání.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 149 s, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.

KÖNIGOVÁ, Radana. Příkaz "neresuscitovat" a paliativní léčba u těžkých úrazů. *Postgraduální medicína*, Roč. 3, č. 5., 2011. ISSN: 1212-4184.

BRÁZDIL, Milan a FELLNEROVÁ, Ivana. *Urgentní medicína: záchrana lidského života, resuscitace*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 100 s. 2011. ISBN 978-80-244-2725-6.

JUNG, Carl Gustav. *Archetypy a nevědomí*. 1. vyd. Brno: Tomáš Janeček, 437 s. Výbor z díla; sv. 2. 1997. ISBN 80-85880-16-4.

BEAUCHAMP, T. L., & CHILDRESS, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics*. New York, Oxford University Press.

CÍSAŘOVÁ, Dagmar et al. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 97 s, 2010. ISBN 978-80-87146-31-6.

PTÁČEK, Radek a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, © 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.

Série Evropských úmluv č. 164 Úmluva o lidských právech a biomedicíně

ERC European Resuscitation Council. *ERC* [online]. 2001 [cit. 2013-05-17]. Dostupné z: <https://www.erc.edu/index.php/mainpage/en/>

American Heart Association – Building healthier lives, free of cardiovascular diseases and stroke. *American Heart Association* [online]. 2013 [cit. 2013-05-17]. Dostupné z: <http://www.heart.org/HEARTORG/>

Ilcor - Home. *International Liaison Committee on Resuscitation* [online]. 2013 [cit. 2013-05-17]. Dostupné z: <http://www.ilcor.org/home/>

ČESKÁ RESUSCITAČNÍ RADA & Česká resuscitační rada. *Česká resuscitační rada* [online]. 2010 [cit. 2013-05-17]. Dostupné z: http://www.resuscitace.cz/?page_id=2

HLAVNÍ CÍLE ČRR & Česká resuscitační rada. *Česká resuscitační rada: Hlavní cíle České resuscitační rady* [online]. 2010 [cit. 2013-05-17]. Dostupné z: http://www.resuscitace.cz/?page_id=253

Neodkladná resuscitace. *Neodkladná resuscitace* [online]. 2009 [cit. 2013-05-17]. Dostupné z: http://www.urgmed.cz/postupy/2009_nr.pdf

Práva pacientů a pacientek. *Právní úprava práv pacientů a pacientek* [online]. 1992 [cit. 2013-05-17]. Dostupné z: <http://www.breastcancer.cz/pub/att/co-je-dobre-vedet/prava-pacientu-cr.pdf>

Česká asociace sester. *Etický kodex sester vypracovaný mezinárodní radou sester* [online]. 2003 [cit. 2013-05-17]. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf

SBÍRKA ZÁKONŮ Česká Republika. *TRESTNÍ ZÁKON Č.40/2009 SB.,1.1.2010 – NEPOSKYTNUTÍ PRVNÍ POMOCI* [online]. 2010 [cit. 2013-05-17]. Dostupné z: <http://www.vitae.ic.cz/files/sb011-09.pdf>

Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. *Zákon č. 372/2011 Sb.*, [online]. 2011 [cit. 2013-05-17]. Dostupné z: http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/docs/zakon-o_zdrav_sluzbach_c_372_2011

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

KPR Kardiopulmonální resuscitace.

IZS Integrovaný Záchranný systém.

AHA Americká kardiologická společnost.

ERC Evropská rada pro resuscitaci.

HSFC Kanadská nadace kardiovaskulárních chorob.

ANZCOR Výbor pro resuscitaci Austrálie a Nového Zélandu.

RCSA Resuscitační rada Jižní Afriky.

RCA Resuscitační rada Asie.

IAHF Americká nadace pro srdeční onemocnění.

ILCOR Mezinárodní koordinační orgán pro resuscitaci.

ČRR Česká Resuscitační Rada.

ALS Advanced Life Support.

NR Neodkladná Resuscitace.

NZO Náhlá Zástava Oběhu

EKG Elektronická křivka činnosti srdce

SpO₂ Okysličení krve kyslíkem

ČLS JEP Česká Lékařská Společnost Jana Evangelisty Purkyně

PP První Pomoc

DNR Neresuscituj

ČLK Česká Lékařská Komora

ČAS Česká Asociace Sester

ICN Mezinárodní Rada Sester

PSS Pomaturitní Specializační Studium

ARIP Pomaturitní Specializační vzdělávání v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

Tabulka č. 2 Věk respondentů

Tabulka č. 3 Praxe respondentů ne pracovišti ARO/JIP

Tabulka č. 4 Pracoviště respondentů

Tabulka č. 5 Pracovní pozice respondentů

Tabulka č. 6 Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č. 7 Co znamená pojem DNR

Tabulka č. 8 Setkání se s příkazem DNR při výkonu povolání

Tabulka č. 9 Předávání příkazu DNR na oddělení

Tabulka č. 10 Údaj v dokumentaci týkající se příkazu DNR

Tabulka č. 11 Kdo rozhoduje o nezahájení resuscitace

Tabulka č. 12 Akceptování názoru lékaře

Tabulka č. 13 Konzultace lékaře o nezahájení resuscitace

Tabulka č. 14 Dříve vyslovené přání pacienta

Tabulka č. 15 Postup při zástavě srdce u pacienta s dříve vysloveným přáním

Tabulka č. 16 Přizvání rodiny k rozhodování o DNR

Tabulka č. 17.1 Co kladného znamená příkaz DNR pro pacienta

Tabulka č. 17.2 Co záporného znamená příkaz DNR pro pacienta

Tabulka č. 18 Onemocnění spojené s příkazem DNR

Tabulka č. 19 Přijatelnost DNR u mladých lidí a u dětí

Tabulka č. 20 DNR jako způsob eutanázie

Tabulka č. 21 Právo rozhodnout o nezahájení resuscitace

Tabulka č. 22 Vyjádření vlastního názoru na DNR

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví respondentů

Graf č. 2 Věk respondentů

Graf č. 3 Praxe respondentů ne pracovišti ARO/JIP

Graf č. 4 Pracoviště respondentů

Graf č. 5 Pracovní pozice respondentů

Graf č. 6 Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf č. 7 Co znamená pojem DNR

Graf č. 8 Setkání se s příkazem DNR při výkonu povolání

Graf č. 9 Předávání příkazu DNR na oddělení

Graf č. 10 Údaj v dokumentaci týkající se příkazu DNR

Graf č. 11 Kdo rozhoduje o nezahájení resuscitace

Graf č. 12 Akceptování názoru lékaře

Graf č. 13 Konzultace lékaře o nezahájení resuscitace

Graf č. 14 Dříve vyslovené přání pacienta

Graf č. 15 Postup při zástavě srdce u pacienta s dříve vysloveným přáním

Graf č. 16 Přizvání rodiny k rozhodování o DNR

Graf č. 18 Onemocnění spojené s příkazem DNR

Graf č. 19 Přijatelnost DNR u mladých lidí a u dětí

Graf č. 20 DNR jako způsob eutanázie

Graf č. 21 Právo rozhodnout o nezahájení resuscitace

SEZNAM PŘÍLOH

Dotazník

ČLK JEP Neodkladná resuscitace

Etický kodex sester vypracovaný mezinárodní radou sester

Práva pacientů a pacientek

Institut zdravotnických studií

Ústav ošetrovatelství

Dobrý den,

jsem studentem Institutu zdravotnických studií oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně a provádím dotazníkové šetření, které se zabývá problematikou DNR (Do Not Resuscitate). Toto šetření je součástí mé bakalářské práce na téma „DNR v podmínkách České Republiky“. Chtěl bych Vás požádat o spolupráci při vyplnění dotazníku, který zabere několik minut Vašeho drahocenného času. Dotazník je naprosto anonymní a dobrovolný. Rád bych formou tohoto dotazníku zjistil jaké je povědomí zdravotnických pracovníků ohledně DNR.

Předem děkuji za spolupráci, Vařeka Karel.

1) Jste:

- Muž
- Žena

2) Kolik je Vám let?

- 18-25
- 26-35
- 36 a více

3) Jak dlouho máte praxi na pracovišti ARO/JIP?

- 0-5 let
- 6-10 let
- 11-20 let
- Pracuji ve zdravotnictví déle než 20 let.

4) Na kterém oddělení / jednotce pracujete?

- ARO
- Chirurgická JIP

- Ortopedická JIP
- Interní JIP
- Dětská JIP
- Jiné oddělení (jaké).....

5) Na oddělení / jednotce pracuji jako:

- Zdravotnický asistent
- Všeobecná sestra
- Zdravotnický záchranář
- Jiné (jaké).....

6) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Odborné středoškolské (SZŠ)
- VOŠ -titul DiS.
- VŠ -titul Bc.
- VŠ -titul Mgr.
- Jiné

7) Krátce popište, co si představujete pod pojmem DNR?

.....
.....

8) Setkal/a jste se s příkazem DNR při Vašem výkonu povolání?

- Nikdy
- Ojedíněle
- Občas
- Často
- Denně

9) Jakou formou je příkaz DNR na oddělení předáván?

- Písemně v dokumentaci pacienta
- Písemně na protokolu k tomu určenému
- Pouze ústní formou, příkaz není nikde značen
- Jiné.....

10) Uvítal/a, by jste v dokumentaci místo pro údaj, týkající se příkazu DNR, jako oficiální ordinaci lékaře? Zdůvodněte proč!

- Ano
- Ne

.....

11) Kdo na Vašem oddělení rozhoduje o nezahájení resuscitace?

- Pouze sám pacient
- Rodina pacienta při jeho nekompetentnosti
- Ošetřující sestra
- Pouze lékař

12) Je vždy rozhodnutí lékaře akceptováno? Setkal/a jste se s nesouhlasem (např. ošetřovatelského týmu, jiného lékaře, rodiny pacienta) při nezahájení resuscitace?

- Rozhodnutí lékaře je vždy akceptováno
- Setkal/a jsem se s nesouhlasem (krátce popište situaci)

.....
.....
.....

13) Konzultuje lékař se na vašem oddělení nezahájení resuscitace?

- Vždy
- Ojediněle
- Rozhoduje se sám
- Nevím

14) Setkal/a jste se někdy při výkonu profese s dříve vysloveným přáním pacienta, nebo rodiny pacienta „neresuscitovat“ ?

- Nikdy
- Ojediněle
- Často

15) Jak budete postupovat při zástavě srdce, u pacienta který dříve vyslovil přání „neresuscitovat“?

- Zahájím KPR bez ohledu na jeho přání
- Budu ctít pacientovo přání a nezahájím KPR
- Počkám na příchod lékaře a jeho indikaci
- Jiné.....

16) Setkal/a jste se někdy s tím, aby při rozhodování o DNR byla přizvána rodina, nebo s ní bylo rozhodování o DNR konzultováno?

- Nikdy
- Ojediněle
- Vždy

17) Co z Vašeho pohledu příkaz DNR znamená pro pacienta?

Klady:.....

Zápory:.....

18) U jakých onemocnění / faktorů se **nejčastěji** setkáváte s příkazem DNR?

.....
.....

19) Je pro Vás přijatelné DNR u mladých lidí nebo dětí? Za jakých podmínek by pro Vás bylo přijatelné nezahájení resuscitace?

.....
...
.....
...

20) Považujete DNR za jakýsi způsob eutanázie?

- Ano
- Ne
- V ojedinělých případech
(Zdůvodněte každou Vaši odpověď):

.....
.....

21) Kdo má podle Vašeho názoru právo rozhodnout o nezahájení resuscitace?

- Pacient
- Lékař
- Lékař po dohodě s Pacientem
- Rodina

Váš názor:.....
.....

22) Chcete vyjádřit vlastní názor na DNR?

Váš názor:
.....
.....
.....

Česká lékařská společnost J.E. Purkyně
Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof



Neodkladná resuscitace

Doporučený postup výboru ČLS JEP - spol. UM a MK
Aktualizace: 29.6.2009

Úvod

Tento materiál vznikl na základě potřeby zdravotnických pracovníků poskytujících odbornou přednemocniční neodkladnou péči (dále PNP) v České republice (ČR), lékařů a zdravotníků zdravotnických záchranných služeb (dále jen ZZS) a event. dalších lékařů a zdravotníků **primární péče**. Materiál vychází z doporučených postupů a standardů ILCOR Guidelines 2000 a jejich revize (CoSTR Guidelines 2005) a dalších dostupných údajů a zohledňuje specifické české zkušenosti. Předpokládá se přidávání dalších kapitol dle aktuálních potřeb.

Není-li v tomto materiálu uvedeno jinak, postupuje poskytovatel NR ve shodě s doporučeními Evropské rady pro resuscitaci z roku 2005.

Cíl:

1. Sjednotit českou terminologii
2. Stanovit jednoznačné definice v češtině
3. Aplikovat obecně doporučované postupy na specifické české podmínky
4. Vytvořit podmínky pro standardní sběr dat o náhlých zástavách oběhu (NZO) v terénu

Část I.: Vymezení pojmů, definice, poskytovatelé

Náhlá zástava oběhu (NZO) je situace, při které došlo z jakéhokoliv důvodu k náhlému přerušení cirkulace krve v systémovém krevním oběhu.

Neodkladná resuscitace (NR) je souborem na sebe navazujících léčebných postupů sloužících k neprodlenému obnovení oběhu okysličené krve u osoby postižené náhlou zástavou krevního oběhu (NZO) s cílem uchránit před nezvratným poškozením zejména mozek a myokard.

Další použitelné zkratky pro NR:

KPCR – kardio-pulmo-cerebrální resuscitace, anglický ekvivalent **CPCR** – cardio-pulmonary-cerebral resuscitation

KPR – kardio-pulmonální resuscitace, anglický ekvivalent **CPR** – cardio-pulmonary resuscitation

A. Základní NR

Anglický ekvivalent: BLS (Basic Life Support)

Poskytovatelé: všichni občané mají být schopni poskytovat základní NR bez speciálního vybavení a pomůcek podle zásady: „vše, co je potřeba, jsou dvě ruce“. Poskytují ji i vycvičení lékaři a zdravotničtí pracovníci, nejsou-li vybaveni žádnými pomůckami. Absence pomůcek určených k poskytování základní NR (například resuscitační rouška) neopravňuje k zahájení NR.

Základní NR (BLS) zahrnuje tyto úkony:

A - *airway* – zhodnocení vědomí a obnovení a zajištění průchodnosti dýchacích cest (dále DC)

B - *breathing* – zhodnocení a zajištění základní životní funkce dýchání

C - *circulation* – zhodnocení a zajištění základní životní funkce krevního oběhu

D - *defibrillation* – provedení defibrilace proškoleným laikem, pokud je k dispozici automatický defibrilátor

Důležité zásady základní NR:

1. Indikací k zahájení NR je situace, kdy postižený
 - a. nereaguje na žádné podněty
 - b. nedýchá, nebo se nadechuje ojedinelé nebo v nápadně dlouhých intervalech („lapané“ dýchání)
 - c. nevyvíjí žádnou spontánní aktivitu s výjimkou případných „lapaných“ nádechů
2. Dominujícím výkonem v rámci základní NR je nepřímá srdeční masáž. Pokud není záchránce proškolen v provádění řízené ventilace (dýchání z plic do plic, použití samorozpínacího vaku apod.), provádí pouze nepřímou masáž. Pokud je záchránce proškolen v provádění řízené ventilace, může střídat stlačení hrudníku a vdechy v poměru 30:2 (u novorozenců 3:1). Nepřímá masáž srdce se provádí stlačováním hrudní kosti do hloubky 4-5 cm (u dětí přiměřeně méně) frekvencí cca 100 x za minutu. Ruce záchránce se opírají o střed hrudní kosti postiženého.
3. Hmatání pulsu není doporučeno pro riziko falešného výsledku, „Trojitý manévra“ není doporučen pro zjednodušení postupu, uvolnění DC se provádí pouze záklonem hlavy.

Automatické externí defibrilátory (AED)

Uložení AED je doporučeno na místech, kde lze předpokládat jejich využití častěji než 1x za 2 roky, a ve zdravotnických zařízeních zabývajících se péčí o pacienty se zvýšeným rizikem náhlé srdeční smrti, pokud zde není bezprostředně dostupný defibrilátor jiného druhu včetně přítomnosti vyškolené obsluhy.

Pokud je dostupný automatický externí defibrilátor (AED), stává se defibrilace součástí základní NR, použití postupů A, C a event. B je ovšem prioritou.

Srdeční rytmus se po výboji zjišťuje po 2 minutách, během kterých je nutno pokračovat v nepřímé srdeční masáži a umělém dýchání.

Velkou roli hraje operátor přijímající tísňové volání. Jeho úkolem je:

- správně vyhodnotit tísňové volání a identifikovat situaci svědčící pro NZO
- co nejdříve aktivovat vhodnou výjezdovou skupinu (skupiny)
- vést laického záchranáře - telefonicky asistovaná NR - TANR (viz Doporučený postup č. 12 - Telefonicky asistovaná první pomoc).

B. Rozšířená NR

Anglický ekvivalent: ALS - Advanced Life Support, případně ACLS - Advanced Cardiac Life Support

Poskytovatelé: vycvičený a sehraný tým zdravotníků na místě selhání základních životních funkcí. Vedoucím týmu je lékař - odborník oboru urgentní medicína (UM), či lékař proškolený v postupech NR. Úkolem týmu na místě je navázat na základní NR poskytovanou svědky kolapsu pacienta, poskytnout rozšířenou NR s cílem obnovy spontánní cirkulace (Return of Spontaneous Circulation - ROSC), stabilizovat základní životní funkce a transportovat pacienta do nejbližšího zdravotnického zařízení schopného poskytnout adekvátní intenzivní péči.

K poskytování rozšířené NR v PNP nejsou komplexně vybaveni ani vycvičení praktičtí lékaři, ambulantní specialisté či další lékaři prvního kontaktu v terénu. Tito lékaři by však měli být schopni kromě postupů základní NR zajistit intravenózní vstup s podáváním léků a provádět umělé dýchání pomocí samorozpínacího vaku, případně provést defibrilaci pomocí AED či jiného defibrilátoru, pokud jsou tyto pomůcky dostupné.

Rozšířená NR zahrnuje:

- D - *defibrillation* - elektrická defibrilace
- E - *ECG* - monitorace elektrické aktivity myokardu
- F - *fluids and drugs* - podání léků a infuzních roztoků

Využití speciálních pomůcek, přístrojů, farmak je charakterizována těmito výkony:

- monitorace elektrické činnosti srdce (EKG);
- elektroimpulzoterapie, tj. mono- či bifázická defibrilace (DF) v případě komorové fibrilace (KF) či komorové tachykardie (KT) bez hmatného pulzu;
- zajištění dostatečné oxygenace; v případě potřeby řízené ventilace zajištění průchodnosti DC pomocí endotracheální intubace (ETI) nebo jiné alternativní metody s následnou

- umělou plicní ventilací, přičemž cílem je dosažení normální hladiny krevních plynů;
- monitoraci etCO₂ jako markeru účinnosti NR a k prevenci hypokapnie;
- zajištění vstupu do cévního řečiště a v případě potřeby podání léků a infuzních roztoků.

Tyto výkony musí být provedeny v prvních minutách od zahájení rozšířené NR. Lékař musí být vycvičen i v dalších úkonech, které může být nucen provádět v souvislosti s NR: uvolnění a alternativní přístup do DC, alternativní přístup do cévního řečiště (resp. centrálního kompartmentu), zevní stimulace elektrické činnosti srdce, hrudní drenáž a další.

Prioritou základní i rozšířené NR však nadále zůstává časné zahájení nepřímé srdeční masáže. Případné přerušení pro provedení nutných úkonů (defibrilace, endotracheální intubace) je přijatelné jen na co nejkratší dobu.

V případě, že jsou dýchací cesty zajištěny tracheální intubací, provádí se nepřímá masáž nepřetržitě a nezávisle na případně prováděné řízené ventilaci, přičemž parametry řízené ventilace je stanovit tak, aby byly minimalizovány nežádoucí tlakové změny v dýchacích cestách při dosažení potřebné výměny krevních plynů.

Adekvátní následná intenzivní péče po úspěšné NR zahrnuje:

G - gauging - rozvaha, stanovení příčiny náhlé zástavy oběhu (NZO)

H - hypothermia - mírná hypotermie (včetně zahájení v přednemocniční fázi, pokud je předpoklad přínosu pro pacienta)

I - intensive care - šetrný transport na vhodné cílové pracoviště a zajištění dlouhodobé intenzivní péče

Cílem NR je obnovení a stabilizace účinného krevního oběhu, a to zpravidla na místě události. Po obnovení oběhu následuje neodkladný transport do vhodného cílového zdravotnického zařízení (ZZ), jímž je oddělení intenzivní péče odpovídající odbornosti, schopné zajistit poresuscitační péči ve shodě s aktuálními poznatky vědy.

Jsou-li k dispozici vhodné technické prostředky, je přínosem pro normotermického pacienta, u něhož došlo k obnovení účinného krevního oběhu, zahájení ochlazování s cílem zabránit hypertermii a dosáhnout mírné hypotermie již během transportu do cílového ZZ.

V případech, kdy byly na místě vyčerpány všechny dostupné možnosti a odbornost či technické prostředky dostupné na místě nejsou dostatečné pro provedení dalších výkonů nutných pro obnovení spontánního oběhu, je pacient transportován do vhodného cílového ZZ za pokračující NR. Jde zejména o situace, kdy NZO vznikla na podkladě:

- koronární příhody, přičemž během NR přetrvávají známky terminální dechové activity;
- závažné hypotermie či tonutí ve velmi chladné vodě.

Další definice pro potřeby evidence a sledování výsledků KPCR v PNP – viz část III.

Část II.: Zásady zahájení a ukončení NR

Všeobecnou indikací k zahájení NR je zástava krevního oběhu.

NR není indikovaná, jestliže:

1. Prokazatelně uplynul od zástavy krevního oběhu časový interval delší než 15 minut u dospělých a delší než 20 minut u dětí za podmínek normotermie (při hypotermii se interval prodlužuje až na 40 minut).
2. Nevyléčitelně nemocný je v terminálním stavu.
3. Jsou přítomny jisté známky smrti.

V případě nejistoty zahájíme NR vždy!

NR lze ukočit v těchto případech:

1. Došlo k úspěšnému obnovení základních životních funkcí.
2. NR trvající nejméně 30 minut při rytmu jiném než KF nevedla k obnově základních životních funkcí. V případě KF se doporučená doba NR prodlužuje na 60 minut, v případě podání trombololytika (suspekce plicní embolizace) až na 90 minut.
3. Během NR nedošlo nejméně 20 minut k známkám okysličení organismu (těmito známkami jsou například zúžení zornic, obnovení laryngeálních reflexů, měřitelná SpO₂).
4. Při naprostém vyčerpání záchránců v průběhu základní NR.

Poznámka: V případě závažné hypotermie by měla být NR ukončena až po dosažení tělesné teploty nejméně 32-34 stupňů, přičemž je dále splněna některá z podmínek 1-4.

Ukončit rozšířenou NR může pouze lékař.

Objektivními vodítky pro hodnocení stavu při NR jsou

- spontánní aktivita pacienta,
- palpovatelný puls na velkých tepnách,
- monitorování EKG,
- monitorování ET CO₂.

Komentář: Limitem pro úspěšnost NR je obnova hemodynamicky významné akce srdeční, neboť tuto funkci neumíme dlouhodobě nahrazovat. I při kvalitně prováděné NR je organismus a zejména mozek oxygenován pouze bazálně. V drtivé většině případů je pacient po resuscitaci v bezvědomí, v respirační insuficienci a s nestabilním krevním oběhem, vyžaduje umělou plicní ventilaci a podporu oběhu inotropiky. Časová vodítka jsou pouze orientační, vždy doporučujeme zaznamenat křivku EKG při zahájení NR a při ukončení neúspěšné NR.

Část II.: Zásady zahájení a ukončení NR

Všeobecnou indikací k zahájení NR je zástava krevního oběhu.

NR není indikovaná, jestliže:

1. Prokazatelně uplynul od zástavy krevního oběhu časový interval delší než 15 minut u dospělých a delší než 20 minut u dětí za podmínek normotermie (při hypotermii se interval prodlužuje až na 40 minut).
2. Nevyléčitelně nemocný je v terminálním stavu.
3. Jsou přítomny jisté známky smrti.

V případě nejistoty zahájíme NR vždy!

NR lze ukočit v těchto případech:

1. Došlo k úspěšnému obnovení základních životních funkcí.
2. NR trvající nejméně 30 minut při rytmu jiném než KF nevedla k obnově základních životních funkcí. V případě KF se doporučená doba NR prodlužuje na 60 minut, v případě podání trombololytika (suspekce plicní embolizace) až na 90 minut.
3. Během NR nedošlo nejméně 20 minut k známkám okysličení organismu (těmito známkami jsou například zúžení zornic, obnovení laryngeálních reflexů, měřitelná SpO₂).
4. Při naprostém vyčerpání záchránců v průběhu základní NR.

Poznámka: V případě závažné hypotermie by měla být NR ukončena až po dosažení tělesné teploty nejméně 32-34 stupňů, přičemž je dále splněna některá z podmínek 1-4.

Ukončit rozšířenou NR může pouze lékař.

Objektivními vodítky pro hodnocení stavu při NR jsou

- spontánní aktivita pacienta,
- palpovatelný puls na velkých tepnách,
- monitorování EKG,
- monitorování ET CO₂.

Komentář: Limitem pro úspěšnost NR je obnova hemodynamicky významné akce srdeční, neboť tuto funkci neumíme dlouhodobě nahrazovat. I při kvalitně prováděné NR je organismus a zejména mozek oxygenován pouze bazálně. V drtivé většině případů je pacient po resuscitaci v bezvědomí, v respirační insuficienci a s nestabilním krevním oběhem, vyžaduje umělou plicní ventilaci a podporu oběhu inotropiky. Časová vodítka jsou pouze orientační, vždy doporučujeme zaznamenat křivku EKG při zahájení NR a při ukončení neúspěšné NR.

Část III.: Evidence dat o NZO v přednemocniční fázi

Pro potřeby sběru dat o NZO v terénu a sledování osudu pacientů stížených NZO je jako minimum doporučeno používat standardní sadu dat, vycházející z materiálu **Doporučený způsob evidence dat o zástavě oběhu** ("Utsteinský protokol") podle revize z roku 2004⁴⁾.

Pro potřeby této evidence je doporučeno používat následujícím způsobem definovaných pojmů:

- *Spatřená zástava* je ta, která je viděna nebo slyšena další osobou, nebo zástava, která je monitorovaná.
- *Asistovaná ventilace* je akt inflace pacientových plic bez pomůcky nebo s jakoukoliv pomůckou či přístrojem.
- *Defibrilace* zahrnuje defibrilaci provedenou jakýmkoliv defibrilátorem včetně AED nebo implantovaného kardioverteru-defibrilátoru (ICD).
- *KPR svědky příhody* je kardiopulmonální resuscitace prováděná osobou (včetně zdravotnických pracovníků ve službě i mimo službu), která není součástí organizovaného systému neodkladné péče, zaměřené na srdeční zástavu.
- *Srdeční zástava* je zastavení srdeční mechanické aktivity potvrzené absencí známek krevního oběhu.
- *Příčina zástavy/etiologie* je předpokládána jako kardiální, jestliže není známo nebo není pravděpodobné, že byla zapříčiněna traumatem, utonutím, předávkováním léků, asfyxií, vykrvácením nebo jakoukoliv jinou nekardiální příčinou, jak je nejlépe určena zachránci.
- *Kompresie hrudníku* je rytmické stlačování hrudníku prováděné osobou nebo mechanickým zařízením během KPR s cílem obnovení spontánního oběhu.
- *KPR* (kardiopulmonální resuscitace) je pokus obnovit spontánní cirkulaci prováděním kompresí hrudníku s asistovanou ventilací nebo bez ní, a/nebo defibrilací a další související intenzivní péčí.
- *Datum zástavy* je datum, kdy došlo k zástavě nebo kdy byla oběť nalezena.
- *Datum narození nebo věk* oběti mělo by být zaznamenán. Pokud není datum narození nebo věk znám, měl by být odhadnut.
- *Datum propuštění nebo smrti* je datum propuštění z nemocnice akutní péče nebo datum, kdy nemocný prohlášen za mrtvého.
- *Defibrilační pokus před příjezdem ZZS* je jakýkoliv defibrilační pokus provedený před příjezdem první výjezdové skupiny ZZS, včetně defibrilace ICD, pokud lze zjistit.
- *Podání léků* vypovídá o podání jakékoliv medikace (intravenózní kanylou, intraoseální jehlou či tracheální roučkou) během resuscitační příhody.
- *Zdravotnická záchranná služba* je veřejně organizovaný, oficiální činitel, působící součástí organizovaného zdravotnického týmu rychlé reakce.
- *Konec události* je prohlášení pacienta za zemřelého nebo obnovení a udržení spontánního oběhu na 20 minut či déle. Je-li použit přístroj pro mimotělní oběh, konec události je 20 minut po nasazení mimotělního oběhu.
- *První monitorovaný rytmus* je první srdeční rytmus, přítomný, když je připojen pacientovi po srdeční zástavě monitor či defibrilátor. Jestliže nemá AED monitor rytmu, může být možné určit první monitorovaný rytmus z paměťového média AED.

Pokud data nejsou k dispozici, měl by být určen alespoň jako defibrilovatelný či nedefibrilovatelný.

- **Místo zástavy** je specifická lokalizace, kde se událost stala nebo kde byl pacient nalezen. Doporučené členění místa zástavy je
 - **Místo bydliště:** např. domov, byt, dvorek domova
 - **Veřejné prostranství:** např. ulice, městský park, nákupní centrum, sportovní stadion, zábavní centrum, letiště, nádraží, kostel, pláž, budova úřadu.
 - **Jiné:** hotelový pokoj, soukromá kancelář, zařízení dlouhodobé ošetrovatelské péče.
- **Neurologický výsledek při propuštění z nemocnice** by mělo být zaznamenán podle snadno hodnotitelného neurologické skóre, jako je například CPC (cerebral performance category).
- **Identifikátor pacienta** je unikátní numerická nebo alfanumerická sekvence, která identifikuje konkrétního pacienta a příhodu srdeční zástavy.
- **Resuscitační pokus personálem ZZS** znamená, že personál ZZS prováděl KPR.
- **Resuscitace personálem ZZS neposkytnutá** znamená, že personál ZZS neprováděl KPR.
- **Návrat spontánního oběhu (ROSC – Return Of Spontaneous Circulation)** znamená, že v průběhu KPR došlo k obnovení známek návratu spontánního oběhu. Pro zdravotnický personál to znamená přítomnost hmatného pulsu nebo měřitelného krevního tlaku resp. obnova spontánního perfúzního rytmu. Asistovaný oběh (např. mimotělní podpora oběhu) se nepovažuje za ROSC. „Jakýkoliv ROSC“ znamená délku trvání spontánního oběhu nejméně 30 sekund. „Trvalý ROSC“ znamená délku trvání nad 20 minut.
- **Defibrilovatelný/nedefibrilovatelný rytmus** referuje o prvním monitorovaném rytmu, který po analýze osobou obsluhující monitor/defibrilátor nebo automatický externí defibrilátor (AED) byl sledán jako ošetřitelný poskytnutím defibrilace (tj. defibrilovatelný nebo nedefibrilovatelný). Defibrilovatelné rytmy srdeční zástavy jsou fibrilace komor a „pulseless“ (bezpulzová) komorová tachykardie. Nedefibrilovatelné rytmy jsou buď asystolie nebo elektromechanická disociace (pulseless electrical activity - PEA), včetně stavů, kdy nelze rozlišit mezi asystolií resp. PEA a extrémní bradykardií.
- **Úspěšná KPR před příjezdem ZZS** znamená, že bylo dosaženo známek obnovení oběhu před příjezdem personálu ZZS.
- **Přežitá příhoda** je KPR, kdy došlo k ROSC a spontánní oběh trvá o předání péče zdravotnickému personálu přijímající nemocnice, případně déle než 20 minut (tj. do konce události).
- **Přežití do propuštění z nemocnice** je stádium, ve kterém je pacient propuštěn z akutního nemocničního lůžka bez ohledu na neurologický stav, výsledek nebo cílové místo.
- **DNAR (Do Not Attempt Resuscitate order)** je prohlášení, jímž pacient za svého života projeví vůli nebýt resuscitován.
- **Primárně úspěšná** je taková resuscitace, kdy je dosaženo přežití příhody
- **Sekundárně úspěšná** je taková resuscitace, kdy postižený kdykoliv po příhodě dosáhne CPC skóre 1 nebo 2

Hlavní časové události, které je nutno zaznamenat:

- Datum smrti
- Čas svědecky doložené/monitorované zástavy
- Čas, kdy byla obdržena výzva (čas, kdy byl kontaktován první operátor ZZS)
- Čas první analýzy rytmu /zhodnocení nutnosti KPR
- Čas prvního KPR pokusu
- Čas prvního defibrilačního pokusu

Doporučené doplňkové časové události, které je vhodné zaznamenat:

- Čas výjezdu
- Čas dojezdu na místo
- Čas návratu spontánního oběhu
- Čas zajištění žilního přístupu a čas podání léků
- Čas ukončení KPR/smrti

Pro hodnocení neurologického stavu je doporučeno opouživat CPC skóre (Cerebral Performance Categories) v tomto členění:

- 1 Při vědomí, normální neurologické funkce nebo lehké poruchy
- 2 Při vědomí, středně závažné neurologické postižení
- 3 Při vědomí, závažné neurologické postižení
- 4 Koma nebo perzistující vegetativní stav
- 5 Smrt mozku nebo smrt z jiných příčin

V příloze 1 a 2 jsou doporučené podoby formulářů pro základní sběr dat o zástavě a souhrnný výkaz o výsledcích přednemocniční KPCR. V praxi se nicméně předpokládá, že sběr a prezentace dat bude probíhat za použití prostředků výpočetní techniky.

Editoři: MUDr. Jiří Knor, MUDr. Ondřej Franěk

Literatura

1. *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005* [online] www.erc.edu, cit. 28.11.2005.
2. *The 2005 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations (CoSTR) summaries*, [online] www.erc.edu, cit. 28.11.2005
3. *American Heart Association 2005 Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*, [online] www.americanheart.org, cit. 28.11.2005
4. *A Statement for Healthcare Professionals From Task Force of the ILCOR - Cardiac Arrest and Cardiopulmonary resuscitation Outcome Reports: Update and simplification of the Utstein Templates for Resuscitation Registres*, *Circulation*, 2004;110:3385 – 3397
5. *Mazná H., Dizon J.: Reference o srdeční zástavě a výsledcích kardiopulmonální resuscitace: aktualizace a zjednodušení utsteinských protokolů pro resuscitační registry*. *Urg Med* 8, 2005, 3: 14 - 24.

Příloha 1: příklad formuláře pro základní sběr dat o přednemocniční zástavě

Protokol o náhlé zástavě oběhu

Datum zástavy:

Identifikace pacienta:

Pohlaví: M Ž

Věk: (odhad) nebo datum narození

Zástava rozpoznána (kým):

Příčina zástavy:

Resuscitace před příjezdem ZZS

Resuscitace svědkem: Defibrilace svědkem: Implantovaný defibrilátor:

Resuscitace ZZS

Místo zástavy: mimo nemocnici: v nemocnici:

Byla spatřená? Pokud ano, čas zástavy:

Úvodní rytmus:

Masáž: Defibrilace: Ventilace: Medikace:

Čas kolapsu (odhad):

Čas přijetí výzvy:

Čas zastavení na místě:

Čas zjištění úvodního rytmu:

Nemocnice

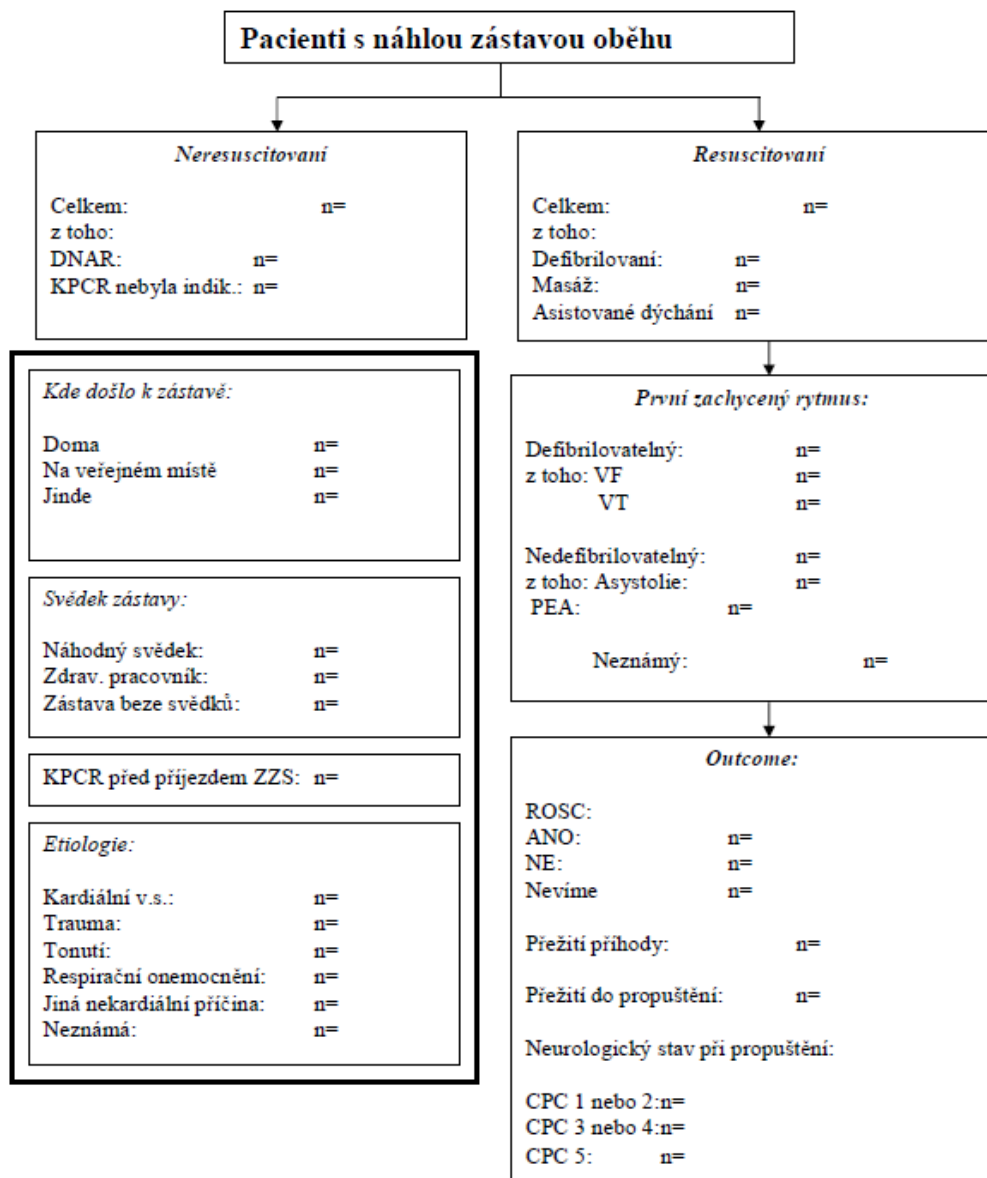
Čas přijetí do nemocnice Spontánní oběh při příjezdu:

Propuštění z nemocnice (JIP)

Datum propuštění (nebo úmrtí):

Neurologický stav při propuštění (CPC):

Príloha 2: príklad formuláre pro souhrnný výkaz o KPCR v PNP





Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester

PŘEDMLUVA

Mezinárodní etický kodex pro sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován, tato zatím poslední revize byla provedena v roce 2000.

Sestry z České republiky se prostřednictvím České asociace sester hlásí k **Etickému kodexu Mezinárodní rady sester (ICN)**, který byl projednán sněmem předsedkyň a předsedů sekcí a regionů ČAS, přijat Etickou komisí a Prezidiem ČAS a je platný od 29. března 2003.

ÚVOD

Sestry mají čtyři základní povinnosti: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Potřeba ošetrovatelské péče je všeobecná.

Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, jako je právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou.

Ošetrovatelská péče není omezena, pokud jde o věk, barvu pleti, vyznání, kulturní zvyklosti, postižení nebo nemoc, pohlaví, národnost, politické přesvědčení, rasu nebo společenské postavení pacienta.

Sestry poskytují zdravotnické služby jednotlivcům, rodinám a komunitám a koordinují svoje služby se službami jiných oborů.

KODEX ICN

Etický kodex sester připravený ICN má čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování.

Články Kodexu

1. Sestry a spoluobčan

Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují.

Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.

Sestra zaručuje, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií.

Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace pacienta. Tyto informace sděluje dalším lidem pouze na základě souhlasu pacienta a lékaře.

Sestra se spolupodílí na zahájení a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

Sestra je také spoluzodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečišťováním, úpadkem a ničením.

2. Sestry a jejich ošetrovatelská praxe

Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelské činnosti a za udržování své kvalifikace na potřebné výši průběžným celoživotním studiem. Sestra je povinna realizovat co možná nejvyšší úroveň poskytované péče.

Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.

Sestra pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje plněním určité povinnosti.

Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, vytváří profesionální image a prestižní postavení sester ve společnosti, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.

3. Sestry a profese

Sestra hraje rozhodující roli při určování, vytváření a realizaci norem ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání.

Sestra se prostřednictvím profesní, odborové nebo jiné organizace podílí na vytváření a zachování spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

4. Sestry a jejich spolupracovníci

Sestra úzce spolupracuje se všemi spolupracovníky oboru ošetrovatelství a dalších oborů.

Sestra je povinna účinně zasáhnout, pokud je péče o nemocného ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou.

NÁVRHY NA VYUŽÍVÁNÍ ETICKÉHO KODEXU MEZINÁRODNÍ RADY SESTER (ICN)

Etický kodex pro sestry připravený ICN poskytuje návod k aktivitám vycházejícím ze společenských hodnot a potřeb. Bude mít smysl jediné tehdy, pokud to bude živý dokument a bude aplikován na skutečnosti ošetrovatelské a zdravotnické péče v měnící se společnosti.

Aby Kodex splnil svůj účel, je třeba, aby jej sestry pochopily, osvojily si jej a používaly jej při všech aspektech své práce. Musí být k dispozici studentům v průběhu jejich studia a sestřám v průběhu jejich pracovního života.

Využívání jednotlivých článků Etického kodexu ICN

Články Etického kodexu pro sestry připraveného ICN poskytují rámec pro normy chování. Následující tabulka by měla sestřám pomoci převést tyto normy do praxe. Sestry a studentky ošetrovatelství tak mohou:

- Studovat normy spadající pod každý článek Kodexu.
 - Přemýšlet o tom, co pro ně každá norma znamená a jak uplatnit etiku ve své oblasti ošetrovatelství: v praxi, vzdělání, výzkumu nebo řízení.
 - Diskutovat o Kodexu se svými spolupracovnicemi a dalšími lidmi.
 - Použít specifický příklad ze zkušenosti k určení etických problémů a norem chování, které jsou stanoveny v Kodexu. Sdělovat si navzájem, jak by sestry a studentky dané situace řešily.
 - Pracovat ve skupinách na objasnění etického rozhodování a dospět ke shodě, pokud jde o normy etického chování.
 - Spolupracovat s Českou asociací sester, spolupracovnicemi a dalšími lidmi při kontinuální aplikaci etických norem v ošetrovatelské praxi, vzdělání, řízení a výzkumu.
-

Práva pacientů a patientek

Právní úprava práv pacientů a patientek

- Listina základních práv a svobod, vyhlášená usnesením předsednictva ČNR č. 2/1993 Sb. jako součást ústavního pořádku České republiky (dále jen „LZPS“)
- sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb.m.s., Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině (dále jen „Úmluva“)
- zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZPZL“)
- zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZVZP“)
- zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „OZ“)
- vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů (vyhláška o zdravotnické dokumentaci)
- ...
- Etický kodex Práva pacientů (Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky. Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992.)

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

Čl. 4 Úmluvy: „Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.“

§ 11/1 ZPZL: „Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy.“

§ 55/1 ZPZL: „Zdravotničtí pracovníci jsou povinni vykonávat zdravotnické povolání svědomitě, poctivě, s hluboce lidským vztahem k občanům a s vědomím odpovědnosti ke společnosti.“

Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů

2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.

Čl. 7 LZPS: „Nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je zaručena.“

§ 11 OZ: „Fyzická osoba má právo na ochranu své osobnosti života a zdraví, občanské cti a lidské důstojnosti, jakož i soukromí, svého jména a projevů osobní povahy.“

3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.

Čl. 5 Úmluvy: „Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.“

Čl. 8 Úmluvy: „Pokud v situacích nouze nelze získat příslušný souhlas, jakýkoliv nutný lékařský zákrok lze provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotčené osoby.“

§ 23/1 ZPZL: „Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu příslušného zdravotnického povolání informuje pacienta, popřípadě další osoby v souladu s § 67b odst. 12 písm. d), o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jakož i o jeho důsledcích, alternativách a rizicích. Jestliže to zdravotní stav nebo povaha onemocnění pacienta vyžadují, je zdravotnický pracovník uvedený ve větě první oprávněn sdělit osobám blízkým pacientovi a členům jeho domácnosti, kteří nejsou osobami blízkými, též informace, které jsou pro ně nezbytné k zajištění péče o tohoto pacienta nebo pro ochranu jejich zdraví. V případě, kdy pacient vyslovil podle § 67b odst. 12 písm. d) zákaz poskytování informací, lze informace podle věty druhé sdělovat pouze se souhlasem pacienta. Pro vyslovení souhlasu se použije ustanovení § 67b odst. 12 písm. d) a § 67ba odst. 1 a 2 obdobně.“

§ 23/2 ZPZL: „Vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného, nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (revers).“

§ 23/4 ZPZL: „Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče

- a) jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení,
- b) jestliže osoba jevící známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, anebo
- c) není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví,
- d) jde-li o nosiče.

§ 1/2 písm. h) a část pátá Přílohy č. 1 vyhlášky o zdravotnické dokumentaci – stanoví náležitosti písemného souhlasu s poskytnutím zdravotního výkonu

- 4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.**

§ 23/2 ZPZL: „Vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného, nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (revers).“

Část šestá Přílohy č. 1 vyhlášky o zdravotnické dokumentaci – stanoví náležitosti negativního reversu

- 5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbor jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.**

Čl. 7 LZPS: „Nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je zaručena.“

§ 11 OZ: „Fyzická osoba má právo na ochranu své osobnosti života a zdraví, občanské cti a lidské důstojnosti, jakož i soukromí, svého jména a projevů osobní povahy.“

- 6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.**

Čl. 10 Úmluvy: „Každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví.“

§ 55/2 písm. d) ZPZL: „Každý zdravotnický pracovník je povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dověděl při výkonu svého povolání, s výjimkou případů, kdy skutečnost sděluje se souhlasem ošetřované osoby.“

§ 67b/11 ZPZL: „Osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace pouze v rozsahu nezbytně nutném a u pacientů stanovených pověřeným zdravotnickým pracovníkem zdravotnického zařízení, které zabezpečuje praktickou výuku osob získávajících způsobilost k výkonu zdravotnického povolání; k nahlížení do zdravotnické dokumentace takových pacientů je třeba jejich písemného souhlasu, případně souhlasu jejich zákonných zástupců. Souhlasu pacienta není třeba, není-li možné jej získat vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta. Osoby získávající způsobilost podle věty první jsou povinny o skutečnostech, o nichž se ze zdravotnické dokumentace dozvěděly, zachovávat mlčenlivost.“

7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí předklad nejprve schválit.

Právo na informace, informovaný souhlas

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinčních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

§ 67b odst. 12 ZPZL:

- právo na informace
- právo nahlížet do zdravotnické dokumentace
- právo nechat si pořádit výpisy, opisy a kopie zdravotnické dokumentace
- právo určit osobu, která může být informována

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

Čl. 16 Úmluvy: „Vědecký výzkum na člověku lze provádět pouze tedy, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

- k výzkumu na člověku neexistuje žádná alternativa srovnatelného účinku,
- rizika výzkumu, kterým by mohla být vystavena dotyčná osoba, nejsou neúměrně vysoká vzhledem k možnému prospěchu z výzkumu,
- výzkumný projekt byl schválen příslušným orgánem po nezávislém posouzení jeho vědeckého přínosu včetně zhodnocení významu cíle výzkumu a multidisciplinárního posouzení jeho etické přijatelnosti,
- osoby zapojené do výzkumu byly informovány o svých právech a zárukách, které zákon stanoví na jejich ochranu,
- nezbytný svobodný a informovaný souhlas byl dán výslovně, konkrétně a je zdokumentován. Takový souhlas lze kdykoliv svobodně odvolat.“

S tímto právem souvisí:

- ověřování nových poznatků na živém člověku použitím metod dosud nezavedených v klinické praxi (§ 27b ZPZL),
- klinické hodnocení léčivých přípravků (zákon léčivech, vyhláška o správné klinické praxi),
- klinické zkoušky zdravotnických prostředků (zákon o zdravotnických prostředcích),
- etické komise.

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

Čl. 1 Úmluvy: „Smluvní strany budou chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez diskriminace zaručí úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny.“

Čl. 10 odst. 1 LZPS: „Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost...“

§ 11 OZ: „Fyzická osoba má právo na ochranu své osobnosti života a zdraví, občanské cti a lidské důstojnosti, jakož i soukromí, svého jména a projevů osobní povahy.“

S tímto právem souvisí:

- negativní revers, dříve vyslovené přání (včetně „neresuscitovat“) – ANO, LZE,
- aktivní eutanázie – NELZE.

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

§ 27/2 ZVZP: „Pojištěnec, který soustavně porušuje hrubým způsobem domácí řád zdravotnického zařízení a odmítá zásadním způsobem spolupráci, může být z ústavní péče předčasně propuštěn, pokud toto chování není způsobeno závažnou duševní poruchou nebo jinými závažnými důvody a pokud by okamžitým přerušením péče nebylo ohroženo vážným způsobem jeho zdraví.“

§ 43/2 ZVZP: „Zdravotní pojišťovna vede osobní účet pojištěnce jako přehled výdajů na zdravotní péči poskytnutou tomuto pojištěnci a zaplacených regulačních poplatků podle § 16a a doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, které se započítávají do limitu podle § 16b odst. 1. Na vyžádání pojištěnce je zdravotní pojišťovna povinna písemně bezplatně a bez zbytečného odkladu poskytnout jedenkrát ročně formou výpisu z osobního účtu údaje o zdravotní péči uhrazené za tohoto pojištěnce v období posledních 12 měsíců včetně zaplacených regulačních poplatků podle § 16a a doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely za toto období, popřípadě tyto údaje za počet měsíců, po které byl pojištěnec v průběhu posledních 12 měsíců u této zdravotní pojišťovny pojištěn.“

Vypracoval: Mgr. Radek Halouzka, Masarykův onkologický ústav, e-mail: halouzka@mou.cz