

Etická dilemata urgentní medicíny – názory zdravotníků na indikace a kontraindikace neodkladné resuscitace u pacientů trpících závažným chronickým onemocněním

Milana Pokorná ¹, Jana Šeblová ^{1,2,3}, Roman Skřipský

¹ Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy

² Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje, p.o.

³ Urgentní příjem ON Kladno

Abstrakt

Úvod: V podmínkách přednemocniční neodkladné péče se zdravotníci poměrně často setkávají se situacemi, kdy nemají dostatek informací o kontraindikacích neodkladné resuscitace vzhledem k terminálnímu stavu nevyléčitelného onemocnění pacienta, případně kdy je na místě zásahu jako první posádka se zdravotnickým záchranářem a pro absenci jistých známek smrti resuscitaci z forenzních důvodů zahájí.

Metoda: V průběhu celostátní oborové konference urgentní medicíny Dostálovy dny provedli autoři v roce 2015 pilotní dotazníkový průzkum, který zjišťoval názory účastníků konference na zahájení či nezahájení rozšířené kardiopulmonální resuscitace (KPR) v pěti popsaných modelových situacích zástavy oběhu, a v případě rozhodnutí o zahájení KPR zjišťovali důvod. Uváděné důvody byly ve všech dotazech totožné. Účast v průzkumu byla dobrovolná a byla zajištěna anonymita respondentů. Nebyla zjišťována žádná jiná demografická data kromě věku, pohlaví a pracovního zařazení. Výsledky byly zpracovány základní deskriptivní statistikou.

Výsledky: Z 212 odevzdaných dotazníků bylo zpracováno 205, 7 bylo vyřazeno pro neúplnost odpovědí na výzkumné otázky. 26 ze zpracovaných dotazníků obsahovalo všechny odpovědi, ale nikoliv demografická data. Z pěti modelových situací byla většinová shoda ve dvou; v obou případech se jednalo o pozorovaný kolaps a současně pacienta s předpokládanou plnou aktivitou fyzickou i psychickou, jednoho mladšího, jednoho seniora. V těchto dvou případech se respondenti i shodli na důvodu zahájení, což byla víra v návrat do plnohodnotného života. V ostatních třech případech (pacientka seniorského věku s Mb. Alzheimer dlouhodobě upoutaná na lůžko, muž – kvadruplegik středních let po opakovaných KPR a pobytech na ARO a mladší muž, který utrpěl devastující kraniotrauma neslučitelné se životem) byly názory na zahájení KPR nejednotné, přičemž uváděné důvody byly převážně jiné, než naděje na příznivý výsledek resuscitačního úsilí.

Závěr: V okamžiku zásahu zdravotnické záchranné služby je velmi obtížné vyhodnotit veškeré údaje, které rozhodují o zahájení či nezahájení resuscitace. Zdravotníci ZZS nemají v okamžiku náhlé zástavy často jinou možnost než resuscitaci zahájit kvůli nedostatku informací nebo z forenzních důvodů. Kritéria DNR (do not resuscitate) nebo AND (allow natural death), případně přání pacienta o obsahu a úrovni péče by mělo být zapsáno ve

zdravotnické dokumentaci a nejbližší příbuzní či pečovatelé by s ním měli být seznámeni a ztotožněni.

Klíčová slova: indikace a kontraindikace neodkladné resuscitace – paliativní péče – pokyny neresuscitovat (DNR) – předem vyslovená přání

Abstract

Ethical dilemmas in emergency medicine – health care professionals' opinion on indications and contraindications of advanced life support in patients with severe chronic disease

Introduction: Emergency health care professionals face quite often situations with lack of information about contraindications of advanced life support (ALS) in terminally ill patients. Similarly, when paramedic team is on scene as the first response team and they must start ALS due to the legislation in case when obvious signs of death are not present.

Methods: The authors provided a pilot questionnaire survey among participants of national emergency medicine congress Dostálovy dny in 2015. The survey mapped opinion of respondents about providing or withdrawing ALS in five described model situations of cardiac arrest. In case of choosing to provide ALS they were asked also for reason why they should start resuscitation. The options of reasons for providing ALS were the same in all five cases. Participation in the survey was voluntary and the respondents answered anonymously. No other demographic data than age, gender and professional role were asked. Basic descriptive statistics was used for the analysis.

Results: 205 out of 212 questionnaires were enrolled in the pilot study, 7 were excluded for incomplete answers. Complete answers but no data on age, gender and professional role were in 26 of enrolled questionnaires. In two of 5 model situations the participants were mostly in agreement: in these 2 cases a witnessed cardiac arrest was described and both patients (one middle aged and the other of senior age) were physically and mentally capable and active. The reason most often chosen in those two patients was expectancy of possible recovery should the resuscitation be successful. Opinion on the remaining 3 cases (a long-term immobile senior patient with dementia, a middle-aged patient with quadriplegia and severe case history with repeated resuscitations and critical care unit hospitalizations, and a young man with devastating brain injury) were inhomogenous. The selected reasons were different than hope for recovery.

Key words: indications and contraindications of advanced life support – palliative care – do not resuscitate orders (DNR) – advanced directives

Úvod

Rozhodnutí, která se týkají zahájení či nezahájení resuscitace, bývají problematická a náročná, zejména v podmínkách přednemocniční neodkladné péče, kde je typicky naprostý nedostatek informací, přičemž toto rozhodnutí by mělo dle platných standardů padnout do deseti vteřin. Rozšířená neodkladná resuscitace je soubor vědecky podložených a ověřených neodkladných opatření a postupů v situaci náhlé zástavy oběhu. Indikace a kontraindikace

jsou jasně definovány. [1, 5, 10, 11] Indikací k zahájení kardiopulmonální resuscitace je zástava krevního oběhu, tedy situace, kdy postižený nereaguje na žádné podněty, nedýchá nebo se nadechuje ojediněle nebo v nápadně dlouhých intervalech (tzv. gasping neboli „lapavé“ dýchání) a nevyvíjí žádnou spontánní aktivitu. Kontraindikace jsou též jasně definovány: terminální stav nevléčitelného onemocnění či jisté známky smrti. V případě jasných indikací nebo kontraindikací etická dilemata nevznikají, ale v praxi existuje poměrně široká šedá zóna, kdy se lékař nebo zdravotník na místě musí rozhodnout a zohlednit i jiné než biologicko-medicínské faktory. [5, 10]

Změny v pojetí základních etických principů (non-maleficence, beneficence, autonomie a justice) se promítají i do oblasti zahájení, nezahájení či ukončení resuscitace. Vliv mají i společenské změny, globalizace, demografické změny se stárnutím populace a ostatní sociokulturní determinanty. V posledních letech se zvyšuje důraz na autonomii a právo pacientů na rozhodování o své léčbě – nejen u nás, ale celosvětově. Toto se samozřejmě promítá i do oblasti resuscitace se všemi specifiky, které tato situace s sebou nese. Pacient není v okamžiku zástavy oběhu schopen své přání aktivně vyjádřit, ale může to učinit prospektivně, a to dvěma způsoby: sepsáním tzv. dříve vyslovených přání („advanced directives“) nebo určením osoby pověřené rozhodováním o rozsahu a způsobu zdravotní péče. [2, 7, 8] Obě možnosti jsou obsaženy i v české legislativě – v Zákoně o zdravotních službách, Občanském zákoníku (byť je tzv. zástupný souhlas definován v obou normách v poněkud jiné posloupnosti, což by mohlo být v případě soudního sporu problematické), Zákon o zdravotních službách obsahuje i vymezení platnosti dříve vyslovených přání. [6, 12, 13] Na druhé straně existuje i tzv. DNR – „do not resuscitation“ kód či novější terminologií „AND“ – „allow natural death“, což je lékařský konsensus o tom, že u konkrétního pacienta je agresivní život zachraňující terapie již poškozující a v důsledku neetická, neboť zdravotní stav pacienta naplňuje kritéria tzv. „marnosti“ (futility). [3] Definice této marnosti je však velmi obtížná a rozhodnutí o neprodlužování marné léčby nesmí být učiněno jednostranně – mělo by vzniknout analýzou zdravotního stavu, podílet by se měl nejenom lékařský, ale i ošetrovatelský personál a případně i rodina (i když v tomto případě není souhlas rodiny k zařazení do režimu DNR nezbytný). Někdy se využívá i diskuze v etické komisi daného zařízení.

Jen málo z výše uvedeného lze ale použít v podmínkách přednemocniční péče. Obecně se v literatuře uvádí, že pokud nejsou jasné kontraindikace resuscitace, tato se zahájí a definitivní rozhodnutí se přenesou až do nemocnice. V mnoha systémech přednemocniční péče jsou poskytovateli nelékaři, kteří mohou nezahájit KPR jen v jasně definovaných případech (jasné známky smrti) a v legislativě prakticky všech zemí nejsou oprávněni ani ukončit již zahájenou resuscitaci ani konstatovat smrt. Navíc neexistují spolehlivé prediktory marnosti KPR v terénu, těmi nejsou věk, předpokládaná příčina, vstupní rytmus a další proměnné.

Vzhledem k existenci poměrně široké šedé zóny, kdy medicínské indikace či kontraindikace nejsou jednoznačné, postoje pacienta nejsou zřejmé či se rodinní příslušníci na místě zástavy nemohou shodnout nebo je situace jiným způsobem eticky komplikovaná, se autoři rozhodli provést dotazníkové šetření zaměřené na řešení konkrétních kazuistik z praxe ZZS s cílem zjistit, jaký je názor zdravotníků na zahájení resp. nezahájení neodkladné resuscitace v určitých modelových situacích, se kterými se setkáváme v přednemocniční péči.

Metodika

Na celostátní oborové konferenci Dostálových dnů v roce 2015 byl v průběhu přednášky na toto téma rozdan účastníkům dotazník se žádostí o vyplnění. Dotazník byl anonymní a účast ve studii byla zcela dobrovolná. Vzhledem k tomu, že nešlo o data pacientů ani o nakládání

s osobními údaji, nebylo nutné předchozí schválení etickou komisí. Úkolem respondentů bylo zodpovědět, jak by se rozhodli v pěti hypotetických situacích, které jsou níže uvedeny. Na odpověď u každého příkladu měli jednu minutu a ve všech pěti případech vybírali ze stejných odpovědí. (Obr. 1)

Obr. 1: legenda k dotazníku

MOŽNÉ ODPOVĚDI NA OTÁZKU: ZAHÁJÍTE V DANÉM PŘÍPADĚ KPR? (Vyberte jedno možnost)

1.1. KPR nezahájím

1.2. KPR zahájím z níže uvedeného důvodu:

- a) věřím, že existuje možnost, že se pacient vrátí do plnohodnotného života
- b) protože to mám nařízeno
- c) abych se nedostal do problémů, i když v uzdravení nevěřím
- d) protože existuje možnost, že pacient bude zařazen do transplantačního programu jako dárce a zachráni tak život jinému člověku
- e) jiný důvod (tato odpověď byla doplněna po vyhodnocení dotazníků)

Obdrželi jsme celkem 212 vyplněných dotazníků. Vyřazeno bylo 7 (důvody: v základním dotazu KPR ANO či NE uvedli nevím, nebo zatrhli ANO i NE, nebo odpověděli slovy, ale z odpovědi nebylo zřejmé, zda ANO či NE).

Do analýzy bylo zahrnuto 205 kompletně vyplněných dotazníků, v nichž respondenti zodpověděli základní dotaz: zda by KPR zahájili, či nezahájili, a to ve všech pěti uvedených případech.

9 respondentů v některém z uvedených případů nevybralo důvod pro zahájení KPR ze čtyř nabízených možností ani jej slovy nedoplnilo pod dotazem „jiný důvod“ (v tabulkách jsou tyto označeny jako "neúplné formuláře").

20 respondentů v některém z uvedených případů nevybralo důvod pro zahájení KPR ze čtyř nabízených možností, ale důvod napsalo slovy. Zapracováno dodatečně jako odpověď e) – „jiný důvod“.

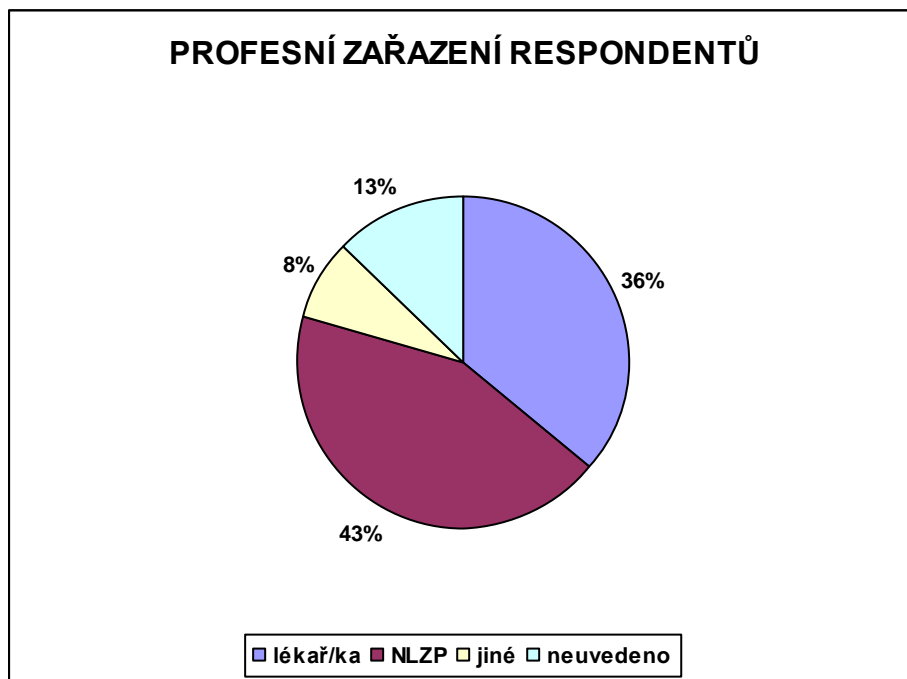
26 respondentů neuvedlo pracovní zařazení, věk a pohlaví.

Výsledky

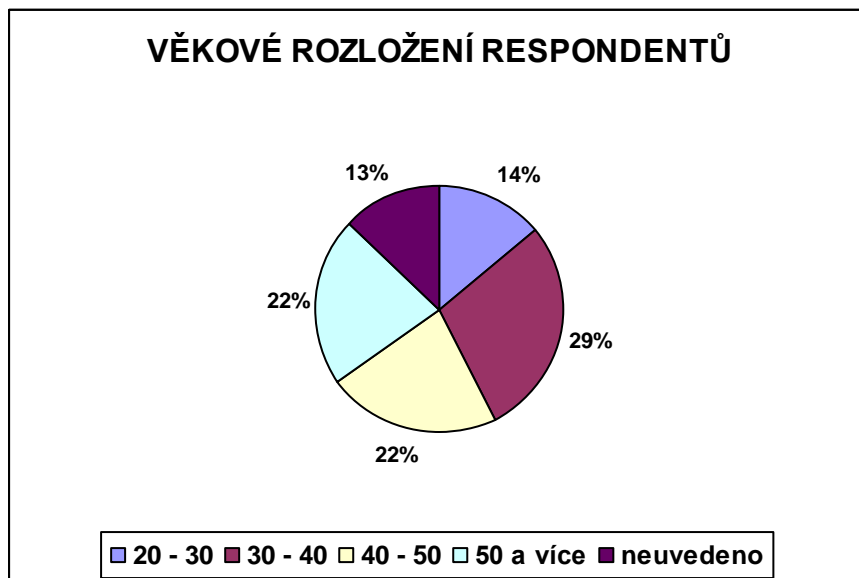
Do analýzy bylo zařazeno 205 dotazníků, základní demografická data jsou na grafech 1, 2 a 3. Z grafů vyplývá, že profesní zařazení (lékaři versus nelékaři) bylo poměrně vyrovnané, stejně

tak i věkové rozložení a poměr mužů a žen. 26 dotazníků (13 %) bylo odevzdáno s vyplněnými odpověďmi, ale bez demografických údajů.

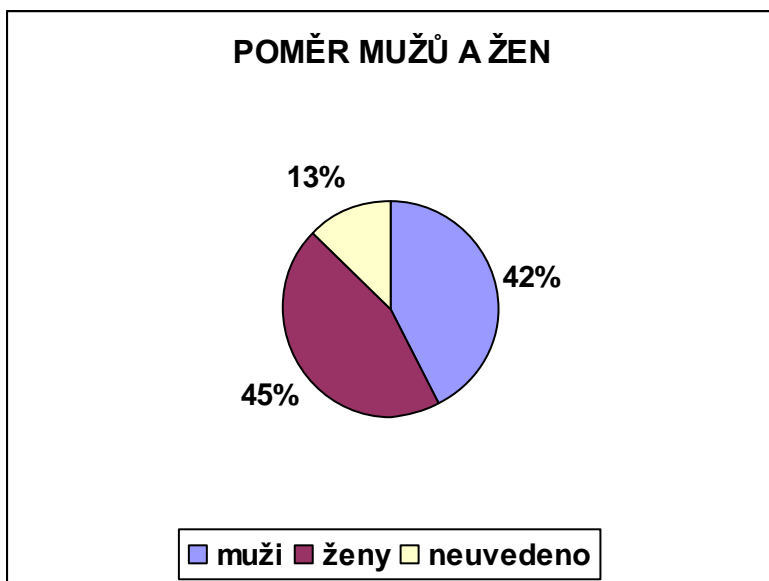
Graf č. 1: profesní zařazení respondentů:



Graf č. 2:



Graf č. 3:



Jednotlivé posuzované případy náhlé zástavy oběhu z dotazníku

První případ (viz. Tab. 1) byl definován legendou jako pozorovaný náhlý kolaps muže středních let s probíhající základní resuscitací laiky. V tomto případě respondenti jednoznačně (ve 100 %) odpověděli, že by resuscitaci zahájili. Důvodem zahájení resuscitace u převážné většiny odpovídajících byla víra, že pacient má šanci vrátit se do plnohodnotného života tj. odpověď ANO a).

Tab. 1:

	KPR NE	KPR ANO	1) M 50 let - NZO - zastávka BUS				
			ANO a)	ANO b)	ANO c)	ANO d)	ANO e)
Lékař	0	71	69	1	0	1	0
Lékař: Neúplné formuláře	0	3	x	x	x	x	x
NLZP	0	87	84	2	0	1	0
NLZP: Neúplné formuláře	0	2	x	x	x	x	x
Jiný zdrav. pracovník	0	15	15	0	0	0	0
Jiný ZdrP: Neúplné formuláře	0	1	x	x	x	x	x
Neuveďeno prac. zařazení	0	23	20	1	1	1	0
Neuveďeno: Neúplné formuláře	0	3	x	x	x	x	x
SUMA	0	205	188	4	1	3	0
	0%	100%					

Legenda 1: Muž cca 55 let, náhlý kolaps na autobusové zastávce, po kolapsu bezdeší a bezvědomí. Interval od kolapsu do příjezdu ZZS cca 10 minut. Přijíždíte na místo jako vedoucí resuscitačního týmu ZZS. BLS prováděna – masáž laiky.

Druhý případ našeho šetření (viz Tab. 2) popisuje pozorovanou zástavu oběhu u seniorky dlouhodobě upoutané na lůžko, se základní resuscitací zahájenou zdravotníky. V tomto případě byli respondenti v názoru velmi nejednotní. KPR by nezahájilo 44 % a 56 % zahájilo.

Z 56 % respondentů, kteří by KPR zahájili, často nebyla uváděným důvodem resuscitačních pokusů víra v uzdravení, ale jiné důvody (Odpovědi ANO b/c/d/e).

Tab. 2:

	KPR	KPR	2) F 80 let-Alzheimerova choroba NZO v DPS				
	NE	ANO	ANO a)	ANO b)	ANO c)	ANO d)	ANO e)
Lékař	48	23	3	5	13	0	2
Lékař: Neúplné formuláře	0	3	x	x	x	x	x
NLZP	25	62	5	21	36	0	0
NLZP: Neúplné formuláře	0	2	x	x	x	x	x
Jiný zdrav. pracovník	2	13	1	1	11	0	0
Jiný ZdrP: Neúplné formuláře	0	1	x	x	x	x	x
Neuvedeno prac. zařazení	14	9	0	5	4	0	0
Neuvedeno: Neúplné formuláře	2	1	x	x	x	x	x
SUMA	91	114	9	32	64	0	2
	44,40%	55,60%					

Legenda 2: Žena cca 80 let klientka domu pro seniory, Alzheimerova choroba, dlouhodobě upoutána na lůžko. Nyní ztráta vědomí, bezdeší, personál DPS přítomen. Interval od kolapsu do příjezdu ZZS cca 8–10 minut. Přijíždíte na místo jako vedoucí resuscitačního týmu ZZS. BLS prováděna – masáž zdravotníky.

Ve třetím případě (viz Tab. 3) se jednalo též o seniora, dle legendy dosud aktivního a plně zvládajícího běžný život (sekání zahrady, řízení auta), avšak manželka nezvládla provádět základní neodkladnou resuscitaci. Zde byl názor na zahájení či nezahájení resuscitace opět jednotnější. I když se jednalo o pacienta vyšší věkové skupiny, nezahájilo by KPR pouze 10 % zdravotníků, velká většina zdravotníků (90 %) by KPR zahájila. Důvodem zahájení resuscitace u převážné většiny odpovídajících byla víra, že pacient má šanci vrátit se do plnohodnotného života tj. odpověď ANO a).

Tab. .:

	KPR	KPR	3) M 80 let - Řidič os.auta NZO po zaparkování				
	NE	ANO	ANO a)	ANO b)	ANO c)	ANO d)	ANO e)
Lékař	10	61	36	3	18	1	3
Lékař: Neúplné formuláře	0	3	x	x	x	x	x
NLZP	6	81	32	12	32	4	1
NLZP: Neúplné formuláře	0	2	x	x	x	x	x
Jiný zdrav. pracovník	1	14	8	0	5	1	0
Jiný ZdrP: Neúplné formuláře	0	1	x	x	x	x	x
Neuvedeno prac. zařazení	3	20	12	4	3	1	0
Neuvedeno: Neúplné formuláře	0	3	x	x	x	x	x
SUMA	20	185	88	19	58	7	4
	9,76%	90,24%					

Legenda 3: Muž 80 let celý den sekal trávu na zahradě, potom řídil svůj osobní vůz. Po zaparkování a vystoupení náhle kolaps, bezdeší, bezvědomí. Manželka přítomna kolapsu ihned volá ZZS. Interval od kolapsu do příjezdu ZZS cca 8–10 minut. Přijíždíte na místo jako vedoucí resuscitačního týmu ZZS. BLS-neprováděna – manželka sama nezvládla otočit pacienta na záda.

Čtvrtý posuzovaný případ (viz Tab. 4) popisuje muže středního věku ale od 16 let kvadruplegického po úraze, v péči rodiny, s velmi závažnou anamnézou (opakované hospitalizace na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, včetně dvou pobytů pro stav po kardiopulmonální resuscitaci). Zda probíhala laická KPR není jisté. V tomto případě byl názor zdravotníků na zahájení KPR opět nejednotný. KPR by nezahájilo 32 % zdravotníků a 68 % by KPR zahájilo. Ze 68 % respondentů, kteří by KPR zahájili, často nebyla důvodem tohoto aktu víra v uzdravení, ale jiné důvody (Odpovědi ANO b/c/d/e).

Tab. 4:

	KPR NE	KPR ANO	4) M 45 let-Kvadruplegie po úraze NZO doma				
			ANO a)	ANO b)	ANO c)	ANO d)	ANO e)
Lékař	30	41	2	2	28	7	2
Lékař: Neúplné formuláře	1	2	x	x	x	x	x
NLZP	17	70	4	18	37	11	0
NLZP: Neúplné formuláře	0	2	x	x	x	x	x
Jiný zdrav. pracovník	4	11	1	2	7	1	0
Jiný ZdrP: Neúplné formuláře	0	1	x	x	x	x	x
Neuvevedeno prac. zařazení	11	12	1	3	5	2	1
Neuvevedeno: Neúplné formuláře	3	0	x	x	x	x	x
SUMA	66	139	8	25	77	21	3
	32,20%	67,80%					

Legenda 4: Muž 45 let kvadruplegií po traumatu v 16 letech. Dříve schopen pohybu na vozíku. Posledních cca 8 let pouze ležící, v domácí péči, odkázán na nepřetržitou péči rodiny, TS, schopen očním kontaktem vyjádřit svá přání. Opakovaně ošetřen ZZS pro respirační nedostatečnost z toho 2x resuscitován pro respirační selhání, opakovaně hospitalizován na ARO. Nyní zástava dechu, nehmatný pulz. Interval od kolapsu do příjezdu ZZS cca 8-10 minut. Přijíždíte na místo jako vedoucí resuscitačního týmu ZZS. Otec nám otevírá dveře, BLS nevidíme, on říká, že masíroval.

Pátý případ (viz Tab. 5) byl definován jako závažné trauma neslučitelné se životem. Taktéž v pátém případě byl názor na zahájení/nezahájení resuscitace nejednotný. KPR by nezahájilo 48 % a zahájilo 52 % respondentů. Z 52 % respondentů, kteří by KPR zahájili, většina respondentů (tj. 91) nepředpokládala uzdravení pacienta, ale zvažovala možnost zařazení pacienta do transplantačního programu (Odpověď ANO d).

Tab. 5.

	KPR NE	KPR ANO	5) M 45 let - Kraniotrauma NZO v průmyslu				
			ANO a)	ANO b)	ANO c)	ANO d)	ANO e)
Lékař	34	37	0	0	2	34	1
Lékař: Neúplné formuláře	3	0	x	x	x	x	x
NLZP	36	51	2	3	1	45	0
NLZP: Neúplné formuláře	2	0	x	x	x	x	x

Jiný zdrav. pracovník	6	9	1	1	1	5	1
Jiný ZdrP: Neúplné formuláře	0	1	x	x	x	x	x
Neuvedeno prac. zařazení	16	7	0	0	0	7	0
Neuvedeno: Neúplné formuláře	2	1	x	x	x	x	x
SUMA	99	106	3	4	4	91	2
	48,30%	51,70%					

Legenda 5: Muž 45 let ve výrobní hale utrpěl devastující poranění hlavy neslučitelné se životem. Dle svědků pouze několik desítek vteřin před naším příjezdem přestal chrčít. Interval od kolapsu do příjezdu ZZS cca 8–10 minut. Přijíždíte na místo jako vedoucí resuscitačního týmu ZZS. BLS-neprováděna.

Diskuse

V České republice je systém přednemocniční péče založený na přítomnosti lékaře, byť je v posledních letech většina výjezdů zajišťována posádkami RZP. Při zástavě oběhu je však vždy vyslána lékařská posádka, zahájit resuscitaci však někdy může posádka RZP jako první dojíždějící tým. Pozitivním rysem PNP v ČR je rovněž již standardní poskytování instrukcí operátorem/operátorkou zdravotnického operačního střediska, tzv. telefonická neodkladná resuscitace (TANR), která významně zvyšuje procento laiků provádějících v okamžiku příjezdu ZZS základní neodkladnou resuscitaci – nyní se toto číslo pohybuje kolem 75 %. Hustá síť výjezdových základen, jednotný systém poskytování PNP ošetřený legislativou, standardizace TANR i víceúrovňová odpověď systému zvyšují i úspěšnost resuscitací, která je na velmi dobré úrovni i v mezinárodním srovnání [4]. Přesto rozhodování stran zahájení, nezahájení či ukončení KPR zůstává v některých případech velmi náročné jak medicínsky, tak i eticky. [9] Zástava oběhu zůstává mezi diagnózami s vysokou mortalitou, přičemž část pacientů s obnovením oběhu (ROSC – return of spontaneous circulation) v terénu buď zemře během krátké doby po příjmu v nemocnici nebo zůstává s těžkým neurologickým postižením. Snížit tuto zátěž jak emocionální (pro příbuzné a blízké, ale i pro ošetřující personál), tak z hlediska zdrojů ve zdravotnictví (dlouhé blokování lůžek intenzivní péče) přesnější indikací resuscitací je sice žádoucí, ale obtížně proveditelné. Kritéria zatím postrádají všechny systémy PNP.

Lékař má samozřejmě vyšší kompetence i stran rozhodování (zahájit, nezahájit, ukončit probíhající rozšířenou neodkladnou resuscitaci), než jaké mají záchranáři v čistě paramedických systémech. I v těchto systémech řeší možnost nezahájit KPR paramedikem, ale pouze na základě protokolu a předem jasně definovaných situací zcela jasných známek smrti. Ukazuje se, že jistý klíč k neindikovaným resuscitacím mají spíše rodiny terminálně nemocných pacientů, což otevírá prostor pro větší komunikaci s veřejností prostřednictvím edukace ve sdělovacích prostředcích a pro práci s konkrétními rodinami prostřednictvím ošetřujících lékařů zejména praktických. Přivoláním ZZS v okamžiku bezvědomí/bezdeší k pacientovi s nevléčitelným onemocněním staví systém PNP často do neřešitelné situace a pro pacienta samotného může být i traumatizující, protože se mu nedostane indikované paliativní péče, která by zajistila jeho potřeby lépe než neindikovaná péče resuscitační, kterou např. nelékařská posádka z forenzních důvodů zahájit musí.

Našeho průzkumu se zúčastnili zdravotníci s praxí v terénu, takže je možné předpokládat, že respondenti mají zkušenost s těmito situacemi (dotazník neobsahoval dotazy na délku praxe či počty absolvovaných resuscitací). Většinová shoda v názorech se v našem průzkumu objevila

ve dvou z pěti případů (první a třetí), ať již s probíhající základní resuscitací nebo bez ní. Zároveň šlo o pacienty, kde se dal předpokládat aktivní život bez významných omezení. Uváděným důvodem byla naděje na příznivý výsledek resuscitace, což pravděpodobně odpovídá zkušenostem respondentů. Odpovědi ve třetím případě (senior) dokazují, že věk není v rozhodování zdravotníků překážkou a že nedochází k věkové diskriminaci v poskytování péče.

Ve druhém a čtvrtém případě byla sporná kvalita života pacienta již v okamžiku před zástavou a byly přítomny závažné komorbidity, což se projevilo v rozptylu odpovědí ANO/NE i důvodů případného zahájení. Větší rozhodovací kompetence lékařů se odrážejí u druhého případu (dlouhodobě imobilní seniorka s Mb. Alzheimer), kdy by většina lékařů (65 %) nenavázala na probíhající základní KPR rozšířenou resuscitací. U nelékařů (kategorie NLZP a jiný pracovník, neuvedené zařazení zde nepočítáno) by 74 % rozšířenou resuscitací poskytlo (ve skutečnosti by podle stávající legislativy museli všichni, pokud by byli na místě jako první). Důvody až na výjimky byly forenzní („mám to nařízeno“, „abych se nedostal/a do problémů“). U mladšího pacienta s kvadruplegií byly odpovědi ještě méně jednoznačné, lékaři by zahájili v 58 % a nelékaři v 80 %, avšak pouze 8 respondentů z důvodu naděje na příznivý výsledek.

U pacienta s těžkým kraniotraumatem by polovina lékařů zahájila rozšířenou KPR, polovina nikoliv, u nelékařů je tento poměr 58 % ve prospěch zahájených. V uzdravení v této situaci však věřily jen 3 osoby z celého souboru, nejčastějším důvodem k zahájení bylo zařazení do transplantačního programu.

Náš průzkum byl pouze orientační, byl omezen na účastníky celostátní konference, nebyla zjišťována míra zkušeností z reálných situací (nedá se odvodit z věku respondentů, mohla by korelovat s délkou praxe, avšak toto nebylo zjišťováno) a nebyla definovaná profesní role, z jejíhož pohledu mají respondenti případy posuzovat („rozhodujete jako lékař, rozhodujete jako záchranář...“). Přesto se v odpovědích odráží problematika, která není omezena na zdravotníky, ale mělo by se o ní diskutovat v rámci celé společnosti. Zdravotníci – a zdaleka nejen v přednemocniční péči – cítí ze strany veřejnosti nejasné zadání a nemají dostatečnou oporu v legislativě k rozhodnutí „AND – allow natural death“. V případech pochybností se často kloní spíše k ofenzivnějšímu postupu, který jak sami, tak jejich nadřízení, snáze zdůvodní. [9] Mnoho profesionálů si však v průběhu resuscitace uvědomuje, že zvolený postup není vůči pacientovi citlivý a vůči rodině zcela upřímný.

Tento problém neřešíme jen v ČR, jak ukázal interaktivní blok „Ethical dilemmas“, zorganizovaný na podobném principu (hlasování pomocí mobilní aplikace přímo v průběhu prezentace) na evropském kongresu přednemocniční péče EMS 2017 v Kodani. Blok byl rozdělen na dvě části, téma první byla resuscitace, téma druhé části, zda je péče poskytovaná agresorovi/viníkovi stejná jako péče poskytovaná oběti. V první části měli hlasující z důvodů velké variability systémů, z nichž pocházeli, odpovídat z pohledu záchranáře – s předpokladem, že lékaři i v paramedických systémech znají kompetence nelékařů. Situace zástavy oběhu byly definovány velmi podobně (očekávané úmrtí seniora v domácím prostředí, malé dítě s jistými známkami smrti, trauma mladého muže neslučitelné se životem a jeden případ z hlediska ZOS a poskytování TANR), podobné byly i možnosti (naděje na dobrý výsledek, forenzní, psychologické a etické důvody). Rozptyl odpovědí a uváděné důvody byly ještě méně jednoznačné než v našem průzkumu.

Náhlá zástava oběhu (NZO), náhlé i „očekávané“ úmrtí je vždy tragická a neočekávaná událost. Nové technologie a lékařské důkazy mění očekávání laické i odborné veřejnosti v otázkách ukončení života a očekávání laické veřejnosti a možnosti lékařské vědy se mohou

dostat do konfliktu. Důvodem nesplnitelných očekávání laické veřejnosti může být například to, že interpretace nových poznatků lékařské vědy sdělovacími prostředky je často nepřesná, etické aspekty ustupují do pozadí nebo jsou podceňovány (např. zachování důstojnosti člověka, existence smrti jako důležité součásti života). Klesá víra veřejnosti v názor autorit včetně lékařů, ale roste víra k informacím dostupným na internetu. Neuvážený tlak laické veřejnosti na zahájení předpokládané „marné“ resuscitace u pacientů, kde neexistuje naděje na plné uzdravení vzhledem k závažným postižením či onemocněním může vést k tomu, že výsledkem resuscitace není zdravý člověk, ale „oběť pokroku medicíny“ a její blízcí jsou jejími rukojmími.

Závěr

Cílem urgentní a intenzivní péče by mělo být zachování života a zdraví pacienta – to znamená odstranění příčiny, jež způsobuje zhoršení zdravotního stavu a poskytování postupů orgánové podpory či náhrady u nemocných se zvratným (nebo předpokládaným zvratným) orgánovým selháním tj. snaha „udržovat život, nikoli prodlužovat umírání“. [3] Tyto cíle je nutné objasňovat jak zdravotníkům, tak laické veřejnosti. Obava z reakce okolí pacienta by neměla být důvodem zahájených, avšak neindikovaných resuscitací u pacientů trpících velmi závažnými typy chronických či nevy léčitelných onemocnění. Otázkám indikací, kontraindikací a limitů resuscitace je potřeba se věnovat nejen v pre- i postgraduální výuce zdravotníků, ale měla by se zahájit celospolečenská diskuze o těchto tématech dosud často tabuizovaných. Velkou roli, jak je již zmíněno výše, má i dlouhodobá pravdivá komunikace s rodinami terminálně nemocných pacientů se stanovením léčebného plánu paliativní péče v případě propouštění z péče zdravotnického zařízení a zápis tohoto plánu do zdravotnické dokumentace, aby byl přístupný v případě zhoršení zdravotního stavu. A v neposlední řadě by s tímto plánem měla být srozuměna i rodina a pečovatelé o pacienta.

Literatura

1. Baskett, P, Steen, PA, Bossaert, LL: The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. Resuscitation, 2005, 67S1, S 171-S180.
2. Bossaret LL, Perkins GD, Askitopoulou H, Raffay VI, Greif R, Haywood KL, Mentzelopoulos SD, Nolan JP, de Voorde P, Xanthos TT: ERC Guidelines for Resuscitation, Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. Resuscitation 95 (2015) 302-311.
3. Černý V., Cvachovec K., Pařízková R. et al.: Konsensuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním. https://www.urgmed.cz/postupy/cizi/2009_paliativni.pdf
4. Gräsner J.T., Lefering R., Koster R. et al: EuReCa ONE – 27 nations ONE Europe, One Registry. Resuscitation 105 (2016): 188-195.
5. Knor J., Truhlář A., Franěk O.: Neodkladná resuscitace – doporučený postup Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP, z.s. https://www.urgmed.cz/postupy/2017_nr.pdf
6. Kozák, V.: Paliativní péče a její možné dopady do trestního práva. <http://www.lawportal.cz/paliativni-pece-a-jeji-mozne-dopady-do-trestniho-prava/>
7. Ptáček R., Bartůněk P. (Ed.): Etika a komunikace v medicíně. Šeblová J.: Komunikace a etika v urgentní medicíně (s. 209-220). Praha 2011, Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-3976-2.
8. Ptáček R., Bartůněk P. et al: Etické problémy medicíny na prahu 21. století. Šeblová J.: Etické problémy v urgentní medicíně (s. 293-300). Praha, 2014, Grada Publishing a.s., ISBN978-80-247-5471-0.

9. Šeblová J., Šeblová D.: Postoje poskytovatelů ke kardiopulmonální resuscitaci. Urgent Med 2013; 16 (1): 33-37. ISSN 1212-1924.
10. Šeblová J., Knor J. a kol.: Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. Praha, 2013, Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-4434-6.
11. Štětina, J.: Etické aspekty neodkladné resuscitace. Urgentní medicína, 2, 2001, 2: 20 – 22.
12. Zákon č. 89/2012 Sb. Občanský zákoník. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>
13. Zákon 372/2011 Sb. ve znění zák. 147/2016 O zdravotních službách. https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zakon-c147/2016-sb-kterym-se-meni-zakon-c372/2011-sb-o-zdravotnich-sluzb_11977_11.html

MUDr. Milana Poorná, Ph.D.

ZZS hl. m. Prahy

Korunní 98

101 00 Praha 10

e-mail: MilanaP@seznam.cz

Příspěvek došel do redakce 30. prosince 2016, po recenzním řízení přijat k tisku 5. září 2017