

# ETIKA V URGENTNÍ MEDICÍNĚ?

## SOUČÁST KAŽDODENNÍ PRAXE



**JANA ŠEBLOVÁ**

**Urgentní příjem ON Kladno / Urgentní příjem a LSPP dětí FN Motol**

# PŘI ZACHRAŇOVÁNÍ ŽIVOTŮ NENÍ NA ETIKU ČAS! OPRAVDU???



## Rozšířená resuscitace dospělých



Nereaguje a nedýchá normálně?

↔ Přivolejte resuscitační tým

KPR 30:2  
Nalepte elektrody a připojte monitor  
Minimalizujte přerušování masáže

Rossaint et al. *Critical Care* (2016) 20:100  
DOI: 10.1186/s13054-016-1265-x

Critical Care

RESEARCH

Open Access



## The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourth edition

Rolf Rossaint<sup>1</sup>, Bertil Bouillon<sup>2</sup>, Vladimír Černý<sup>3,4,5,6</sup>, Timothy J. Coats<sup>7</sup>, Jacques Duranteau<sup>8</sup>, Enrique Fernández-Mondéjar<sup>9</sup>, Daniela Filipescu<sup>10</sup>, Beverley J. Hunt<sup>11</sup>, Radko Komadina<sup>12</sup>, Giuseppe Nardi<sup>13</sup>, Edmund A. M. Neugebauer<sup>14</sup>, Yves Ozier<sup>15</sup>, Louis Riddez<sup>16</sup>, Arthur Schultz<sup>17</sup>, Jean-Louis Vincent<sup>18</sup> and Donat R. Spahn<sup>19</sup>



Cor et Vasa

Volume 59, Issue 6, December 2017, Pages e613-e644



Guidelines

2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Summary of the document prepared by the Czech Society of Cardiology ☆

Petr Kala<sup>a</sup>, Martin Mates<sup>b</sup>, Michael Zelizko<sup>c</sup>, Richard Rokyta<sup>d</sup>, Petr Ostadal<sup>e</sup>

Show more

<https://doi.org/10.1016/j.cvvasa.2017.10.008>

Get rights and content

Open Archive in partnership with The Czech Society of Cardiology

# ?

## NEJISTOTA KONFLIKT HODNOT

# ČTYŘI ZÁKLADNÍ ETICKÉ PRINCIPY

## AUTONOMIE

Respekt k preferencím pacienta

Dříve vyslovená přání

Informovaný souhlas



## BENEFICIENCE

Snaha léčit a zachránit život

Prognostikace

– individualizovaná péče

## NON-MALEFICIENCE

DNAR – DNA-CPR

Allow natural death

Ukončit/nazahájit marnou léčbu

Paliativní péče

## SPRAVEDLNOST A ROVNÝ PŘÍSTUP KE ZDROJŮM

Žádná diskriminace na základě  
věku, pohlaví, národnosti,  
ethnicity, náboženství,  
sociálního postavení....

Obecně otázka alokace zdrojů

# ETICKÁ ROZHODOVÁNÍ V KLINICKÉ PRAXI NA ČEM ZÁVISEJÍ V KONKRÉTNÍM PŘÍPADĚ?



# ETICKÁ ROZHODOVÁNÍ V DNEŠNÍM KONTEXTU



STŘEDEM LÉČBY  
ZDRAVOTNÍK

**BENEFICIENCE?**

STŘEDEM LÉČBY  
PACIENT

**AUTONOMIE**

**NEZBYTNÁ  
VEŘEJNÁ**

**DISKUZE!**

# PRINCIPY KLINICKÉ ETIKY

- **LÉKAŘSKÉ INDIKACE**

- Souhrn informací vedoucí k postupům diagnostiky, terapie a péče u konkrétního pacienta = odborná medicínská problematika, povaha a naléhavost problému

- **PREFERENCE PACIENTA**

- Osobní volby pacienta – nikoliv to, co si myslí zdravotníci

- **KVALITA ŽIVOTA**

- Velmi obtížné hodnotit u druhého člověka

- **KONTEXTUÁLNÍ OTÁZKY**

- Všechny ostatní sociální a další aspekty, včetně systému zdravotní péče, kultury, náboženství....**týká se pacienta, rodiny, zdravotníků**

# PŘÍJEM MLADÉHO MUŽE NA URGENTNÍ PŘÍJEM

23 let, základní onemocnění m. Werdnig-Hoffmann  
spinální svalová atrofie, dědičné degenerativní onemocnění



## Spinální svalové atrofie (pediatrie)

**Spinální svalové atrofie (SMA)** je klinicky heterogenní skupina dědičných degenerativních chorob postihujících přední rohy míšni a často i motorická jádra hlavových nervů. Periferní nervy ani cerebrospinální dráhy nejsou postiženy. SMA je po Duchenově svalové dystrofii druhé nejčastější neuromuskulární onemocnění, je to také druhá nejčastější příčina úmrtí kojenců na **autozomálně recesivní** onemocnění. Projevují se především výraznou svalovou hypotonií s hypo- až areflexií končetin, svalovou hypotrofií až atrofií a fascikulacemi jazyka. Patogeneze ani kauzální terapie SMA doposud není známa, diagnostika je založena na molekulárně-genetickém vyšetření. V 95 % proximálních forem SMA již byla prokázána kauzální **mutace** v SMN genu na chromozomu 5q.<sup>[1]</sup>

### Klasifikace [upravit | editovat zdroj]

Klasifikace SMA dle věku počátku obtíží, motorického maxima a průměrného věku života:

#### SMA typ I. (Werdnigův-Hoffmannův)

- obtíže do 6. měsíce věku, neschopnost samostatného sedu

#### SMA typ II.

- obtíže do 18. měsíce věku, neschopnost samostatné chůze

#### SMA typ III. (Kugelbergův-Welanderové)

- obtíže po 18. měsíci věku, schopen samostatné chůze

#### SMA typ IV.

- obtíže po 30. roku věku, schopen samostatné chůze<sup>[1]</sup>

### Klinické formy [upravit | editovat zdroj]

#### SMA typ I – morbus Werdnig-Hoffmann [upravit | editovat zdroj]

- Těžká klinická forma; „akutní infantilní forma“
- představuje 35 % všech případů SMA.
- **Začátek obtíží** je již při narození, nebo se rozvíjejí do 6 měsíců věku. Ve 35 % případů udávají matky sníženou pohybovost plodu.<sup>[2]</sup>
- **Klinický obraz:** těžká, rychle progredující svalová slabost s převážně proximální lokalizací, hypotonie s hypo- až areflexií. Časté jsou fascikulace jazyka. Děti nikdy nejsou schopny samostatného sedu. Výskyt **bulbárního syndromu** (vymizení dýchacího reflexu) je nepříznivá prognostická známka, která průměrnou dobu života snižuje na 6 měsíců.<sup>[1]</sup>
- **Prognóza:** 95 % dětí umírá do 18 měsíců věku na respirační insuficienci.<sup>[2]</sup>

#### SMA typ II – morbus Werdnig-Hoffmann II [upravit | editovat zdroj]

- Středně těžká klinická forma; „chronická infantilní nebo intermedieální forma“

### Obsah [skrýt]

- 1 Klasifikace
- 2 Klinické formy
  - 2.1 SMA typ I – morbus Werdnig-Hoffmann
  - 2.2 SMA typ II – morbus Werdnig-Hoffmann II
  - 2.3 SMA typ III – morbus (Wohlfart)-Kugelberg-Welander
  - 2.4 SMA typ IV
  - 2.5 Kennedyho nemoc (bulbospinální muskulární atrofie)
- 3 Patogeneze
- 4 Diagnostika
- 5 Diferenciální diagnostika
- 6 Terapie
- 7 Odkazy
  - 7.1 Externí odkazy
  - 7.2 Reference

# ANAMNÉZA A STAV PŘI PŘÍJMU

- **NO:** asi 4 dny viróza, léčen doma symptomaticky – antipyretika, antitusika, běžně prodávaná mukolytika
- **A:** DC průchodné, zahleněný
- **B:** df 52/min., zatahuje měkké části, sat. 88 % bez O<sub>2</sub>, bez cyanózy, hrubé expirační vrzoty a vlhké chropy difuzně, hrudník deformovaný gibem
- **C:** AS – ozvy při tachykardii nehodnotitelné, tf 190/min., TK 90/50
- **D:** GCS 415, zornice iso, končetiny spastické, pohybová reakce obtížně hodnotitelná
- **E:** tt 38,7 deformity hrudníku, atrofie svalstva, kůže bez exantému, břicho měkké, bez rezistence, nereaguje bolestivě, DKK bez otoků, ostatní viz výše



# KDE BUDE PROBÍHAT STABILIZACE PACIENTA NA UP?

- 1. dáte na doporučení sester a uložíte pacienta na samostatný pokojík expektační části UP, kde bude v klidu s matkou, na kterou je fixován**
- 2. Dáte pacienta na halu UP na monitorované lůžko**
- 3. Dáte pacienta na crash-box, kde je veškeré vybavení pro invaze a případnou resuscitaci**

# CO DÁL aneb KAM S NÍM?

- Pacientovi jste podali bronchodilatancia nebulizací, podařilo se zajistit přístup do oběhu, při současné oxygenoterapii se stav velmi mírně zlepšuje, tf je 140/min., saturace O<sub>2</sub> 98 %, částečně ustupuje a pacient začíná odkašlávat .
- Budete nyní řešit umístění pacienta.

1. Vyčkáte na výsledky laboratoře včetně detekce chřipkových virů (kazuistika z doby před covidem-19) a jste ochotni se domluvit s rodiči na domácí péči
2. Začnete jednat se standardním oddělením (plicní, interna, neurologie?)
3. Začnete řešit umístění pacienta do intenzivní péče

# PLÁN PÉČE A INFORMOVANÝ SOUHLAS: S KÝM A KDY BUDETE PROBÍRAT?

- Vzhledem k základnímu onemocnění pacienta je pravděpodobná další progrese respirační insuficience a bude potřeba učinit rozhodnutí o způsobu ventilace
- NIV – asi nevhodné pro svalovou slabost, OTI + UPV?

1. Rozhodovat budou zdravotníci na JIP – ošetřující lékař, primář a tým sester
2. Nechají se rozhodnout rodiče
3. Plán a možnosti se proberou s pacientem

# AUTONOMIE PACIENTA V PODMÍNKÁCH AKUTNÍ A URGENTNÍ PÉČE – INFORMOVANÝ SOUHLAS

- **Časová naléhavost rozhodovacích procesů + nedostatek informací**
- **Informovaný souhlas/nesouhlas = vyjádřením práva na sebeurčení**
  - Písemný
  - Ústní
  - konkludentní
- **Úmluva o lidských právech a biomedicíně (č. 96/2001 Sb.)**
- **Zákon 372/2011 Sb. O zdravotních službách**
- **Nelze vyžadovat léčbu non lege artis nebo nezákonné postupy**

# PODMÍNKY SOUHLASU/NESOUHLASU

- **Rozhodovací kapacita – kognitivní i afektivní funkce**
  - **Dynamický proces**
- **Orientační vyhodnocení rozhodovací kapacity**
  - 1. Schopnost přijímat informace**
  - 2. Schopnost informace zpracovat a porozumět obsahu**
  - 3. Schopnost uvažovat**
  - 4. Schopnost provést a formulovat volbu**
- **Pacienti s mírným kognitivním deficitem nebo pacienti s psychiatrickou diagnózou**
- **Děti a dospívající a osoby s omezenou způsobilostí k právním úkonům**

# ODMÍTNUTÍ PÉČE – NEGATIVNÍ REVERZ

- **Podmínkou je opět rozhodovací kapacita**
- **OPAKOVANÉ** poučení pacienta a vysvětlení dopadů na zdraví v případě odmítnutí léčby
- Možnost klást doplňující otázky
- **VŽDY PÍSEMNÝ!**
- **Podpis** (+ datum, čas):
  - Pacienta, odmítá-li, pak:
  - Svědka (rodinný příslušník, jiná osoba na místě, PČR apod., zdravotník z oš. týmu)
  - Lékaře nebo zdravotnického pracovníka, který (v rozsahu svých kompetencí) pacienta poučil a přijímá reverz

# PÉČE BEZ SOUHLASU

## Zdravotnická dokumentace + do 24 hod. hlášení soudu

- Je potřeba okamžitého zákroku, ve prospěch zdraví a záchrany života, a nelze souhlas získat (přepokládaný souhlas = „v nejlepším zájmu pacienta“)
  - **Hrozí závažné následky nebo úmrtí**
  - **Okamžitá léčba je může odvrátit**
  - **Musí být poskytnuta bezodkladně**
- Ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo okolí, jeví známka duševní choroby, je pod vlivem návykové látky
- Hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak
- Zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje vyslovení souhlasu

# DVA ZPŮSOBY JAK DO BUDOUCNOSTI ROZHODNOUT O SVÉM VLASTNÍM LÉČENÍ

## DŘÍVE VYSLOVENÁ PŘÁNÍ – právní dokument

- MUSÍ EXISTOVAT
- MUSÍ BÝT PLATNÁ
- MUSÍ BÝT V KONKRÉTNÍ SITUACI POUŽITELNÁ

## ZÁSTUPNÝ SOUHLAS – OSOBA URČENÁ PACIENTEM

- JE DŮLEŽITÉ, ABY RODINNÍ PŘÍSLUŠNÍCI A BLÍZCÍ PACIENTA DOBŘE ROZUMĚLI JEHO/JEJÍM PŘÁNÍM A PREFERENCÍM
- NEMĚLO BY DOCHÁZET K VOLÁNÍM NA TÍSŇOVOU LINKU „PRO JISTOTU“



# DŘÍVE VYSLOVENÁ PŘÁNÍ

- Dokument je k dispozici
- Jasně vymezená péče, kterou si pacient přeje nebo naopak nepřeje a situace, kdy by měla přání vstoupit v platnost
- Ověřený podpis pacienta, poučení lékařem
- Časově neomezený
- Nelze sepsat za nezletilého nebo za osobu s omezenou způsobilostí k právním úkonům
- Nesmí nabádat k úkonům, které by vedly k aktivnímu způsobení smrti nebo pokud by splnění ohrozilo jiné osoby

# INDIKACE A KONTRAINDIKACE KPR

VERSUS

## INDIKACE PALIATIVNÍ PÉČE



**ROZHODNUTÍ  
BĚHEM 10 VTEŘIN!**



*„Medicína jako věda nejistoty a umění pravděpodobnosti“...*

**Legislativní rámec, odborná doporučení, protokoly**

**Anamnéza**

**Kvalita života před zástavou**

**Předpokládaná kvalita po případné úspěšné KPR???**

**Prognózování – nejdříve 72 hodin od ROSC**

**Definice „marné léčby“ v podmínkách urgentní medicíny**

# TEORIE versus OTÁZKY V PRAXI

Resuscitation 132 (2018) 112–119

Contents lists available at ScienceDirect

Resuscitation

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/resuscitation](http://www.elsevier.com/locate/resuscitation)



ELSEVIER



Clinical paper

Perception of inappropriate cardiopulmonary resuscitation by clinicians working in emergency departments and ambulance services: The REAPPROPRIATE international, multi-centre, cross sectional survey<sup>☆</sup>

Patrick Druwé<sup>a,\*</sup>, Koenraad G. Monsieurs<sup>b</sup>, Ruth Piers<sup>c</sup>, James Gagg<sup>d</sup>, Shinji Nakahara<sup>e</sup>, Evan Avraham Alpert<sup>f</sup>, Hans van Schuppen<sup>g</sup>, Gábor Élő<sup>h</sup>, Anatolij Truhlár<sup>i</sup>, Sofie A. Huybrechts<sup>b</sup>, Nicolas Mpotos<sup>j</sup>, Luc-Marie Joly<sup>k</sup>, Theodoros Xanthos<sup>l</sup>, Markus Roessler<sup>m</sup>, Peter Paal<sup>n</sup>, Michael N. Cocchi<sup>p</sup>, Conrad Bjørshol<sup>q</sup>, Monika Paulíková<sup>q</sup>, Jouni Nurmi<sup>f</sup>, Pascual Piñera Salmeron<sup>o</sup>, Radosław Owczuk<sup>k</sup>, Hildigunnur Svavarsdóttir<sup>at</sup>, Conor Deasy<sup>v</sup>, Diana Cimpoesu<sup>v</sup>, Marios Ioannides<sup>o</sup>, Pablo Aguilera Fuenzalida<sup>y</sup>, Lisa Kurland<sup>z</sup>, Violetta Raffay<sup>A</sup>, Gal Pachys<sup>f</sup>, Bram Gadeyne<sup>o</sup>, Johan Steen<sup>o</sup>, Stijn Vansteelandt<sup>B,C</sup>, Peter De Paepe<sup>D</sup>, Dominique D. Benoit<sup>a</sup>

## Commence, continue, withhold or terminate?: a systematic review of decision-making in out-of-hospital cardiac arrest

Natalie E. Anderson<sup>a,b</sup>, Merryn Gott<sup>b</sup> and Julia Slark<sup>b</sup>

When faced with an out-of-hospital cardiac arrest patient, prehospital and emergency resuscitation providers have to decide when to commence, continue, withhold or terminate resuscitation efforts. Such decisions may be made difficult by incomplete information, clinical, resourcing or scene challenges and ethical dilemmas. This systematic integrative review identifies all research papers examining resuscitation providers' perspectives on resuscitation decision-making for out-of-hospital cardiac arrest patients. A total of 14 studies fulfilled the inclusion criteria: nine



## Ethically justified treatment limitations in emergency situations

Joonas Tirkkonen<sup>a,b</sup>, Klaus T. Olkkola<sup>c</sup>, Jyrki Tenhunen<sup>a,d</sup> and Sanna Hoppu<sup>a</sup>

**Objective** Medical emergency teams (METs) implement do not attempt cardiopulmonary resuscitation (DNACPR) orders and other limitations of medical treatment (LOMTs) in hospitals regularly. However, METs operate in emergency situations with limited or no patient information at the scene. We aimed to study the medical ethics of LOMTs implemented in in-hospital emergency situations.

**Methods** This was a prospective observational study with retrospect case-note analysis conducted in a single Finnish university hospital over 16 months. Data were collected

reviews (31 vs. 31 min,  $P=0.9$ ) were comparable in the two groups. Age alone was never recorded as a reason for LOMT.

**Conclusion** LOMTs were implemented in a decent and ethically justified manner in emergency situations following the code of conduct recommended by guidelines, even though MET operated under highly suboptimal circumstances for end-of-life care planning. *European Journal of Emergency Medicine* 23:214–218 Copyright © 2016 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

*Journal of Emergency Medicine* 2016, 23:214–218

evaluation of cardiac arrest registry data or clinical notes, but these may not capture all salient factors. Future research should explore resuscitation provider perspectives to better understand these important decisions and the clinical, ethical, emotional and cognitive demands placed on resuscitation providers. *European Journal of Emergency Medicine* 24:80–86 Copyright © 2017 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

*European Journal of Emergency Medicine* 2017, 24:80–86

# NEPŘIMĚŘENÁ KPR A OTÁZKY:

ZAHÁJIT? NEZHÁJIT? UKONČIT? DŘÍVE VYSLOVENÁ PŘÁNÍ?



# „NEPŘIMĚŘENÉ“ RESUSCITACE, ZAHÁJENÍ KPR

Důvody zahájení jiné než medicínské (organizačně-právní, psychologické apod.)

Okolnosti zástavy  
(rytmus, etiologie,  
časové faktory aj.)

Charakteristiky  
pacienta (věk,  
komorbidity, kvalita  
života před NZO aj.)

Místo zástavy a  
laická KPR před  
ZZS

Osobnost  
poskytovatele  
(zkušenosti,  
postoje)

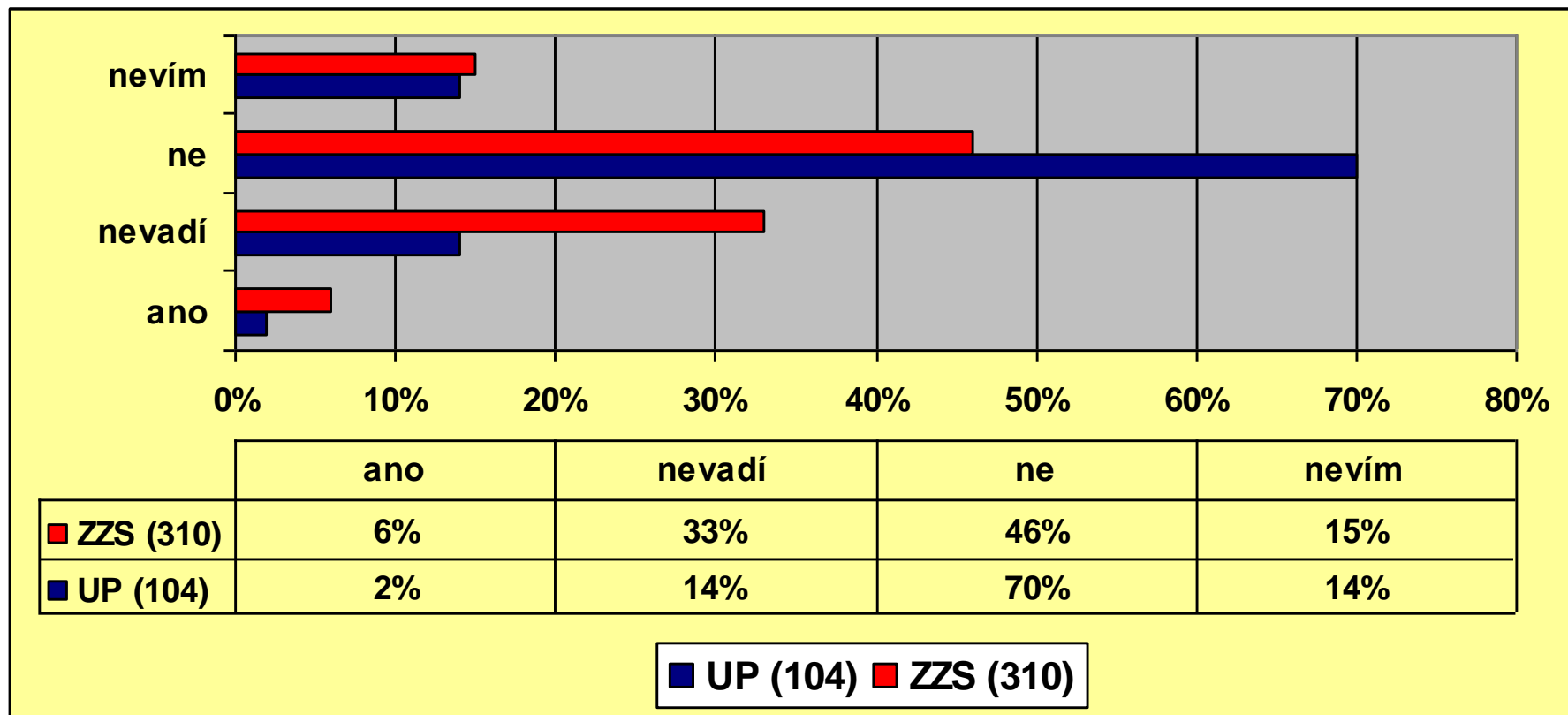
Právní a organizační  
aspekty  
(kompetence,  
protokoly, obavy ze  
stížností aj.)

# PŘÍTOMNOST PŘÍBUZNÝCH U KPR BLÍZKÉ OSOBY

Postoje poskytovatelů ke KPR, 2011, 429 respondentů UP a ZKS

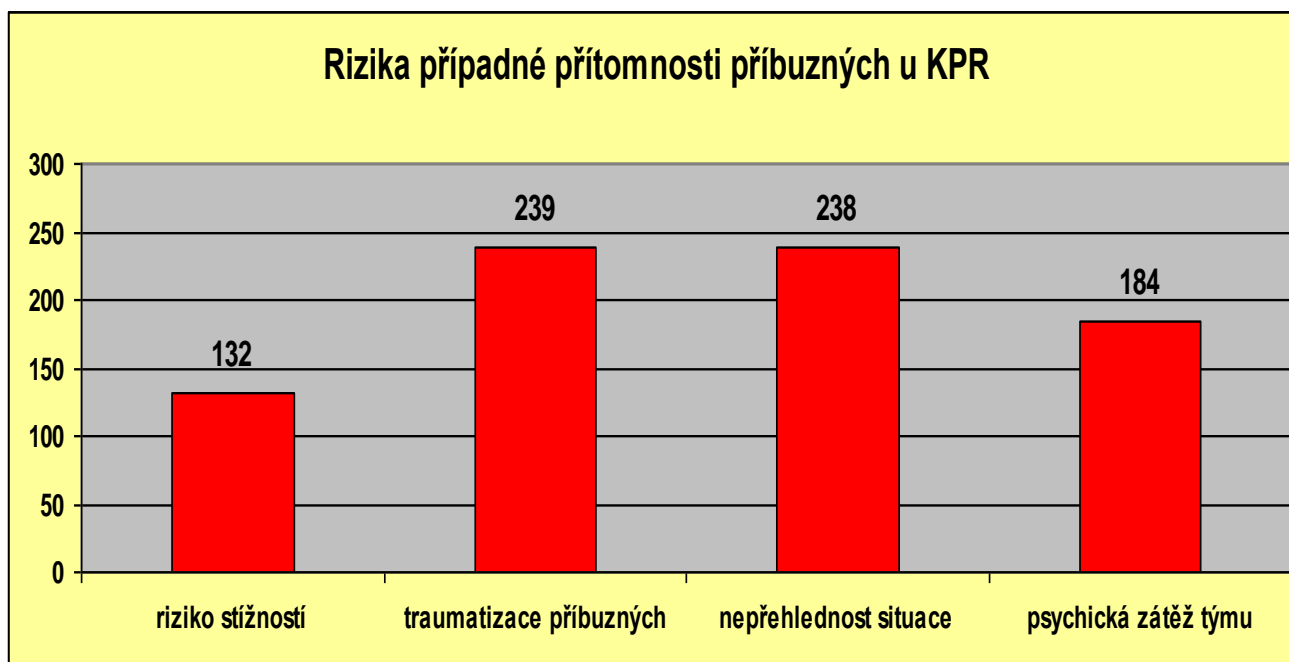
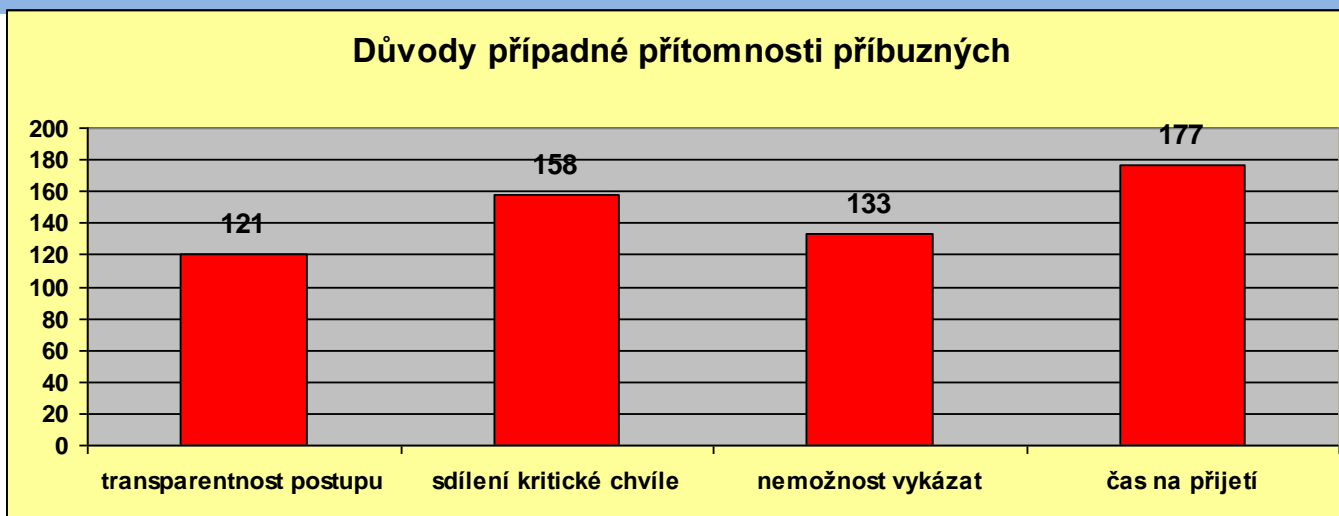
statisticky vysoce významný rozdíl mezi UP a ZKS

$p = 0,001$  (párový t-test)



# PŘÍTOMNOST PŘÍBUZNÝCH U KPR BLÍZKÉ OSOBY

Postoje poskytovatelů ke KPR, 2011, 429 respondentů UP a ZZS



# ZÁKLADY PALIATIVNÍ PÉČE A LÉČBY BOLESTI




Original Manuscript

## What is dignity in prehospital emergency care?

Anna Abellson and Lillemor Lindwall  
Karlstad University, Sweden



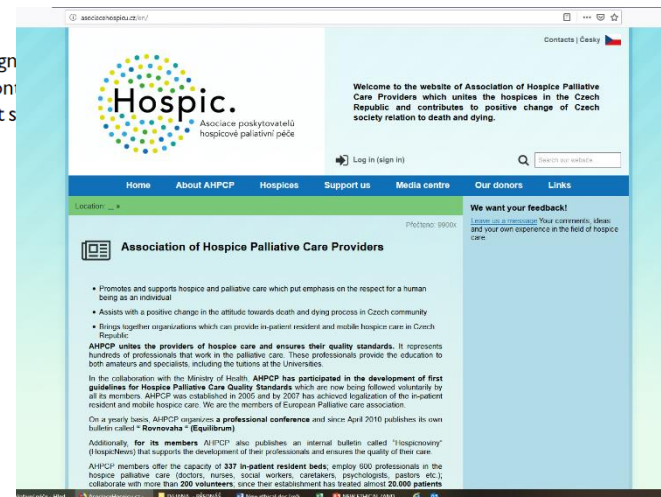
Nursing Ethics  
1-11  
© The Author(s) 2015  
Reprints and permission:  
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav  
10.1177/0969733015595544  
nej.sagepub.com  




## European Recommendations for End-of-Life Care for Adults in Departments of Emergency Medicine

### Abstract

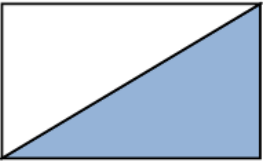
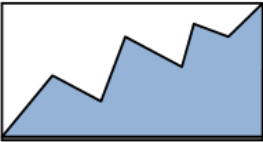

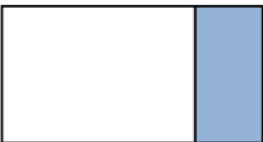
**Background:** Ethics and dignity are essential in prehospital emergency care. Patients can lose control and dignity during the emergency response.  
**Objective:** To describe what is...





# PALIATIVNÍ PÉČE V URGENTNÍ MEDICÍNĚ

- **Kontrola symptomů s cílem zajistit kvalitu života, důstojnost a komfort**
- **Bolest, dušnost, zvracení, křeče, příznaky dehydrace, malnutrice – akutní stavy, které vedou k aktivaci záchranného řetězce**

	Při postupné progresi onemocnění se důraz postupně přesouvá z intenzivní péče zaměřené na onemocnění na péči paliativní.
	Intenzivní/kurativní péče zaměřená na onemocnění může být použita k prodloužení života nebo zlepšení jeho kvality současně s léčbou paliativní. Každá z nich může dominovat v různých stádiích daného onemocnění.
	Je od počátku zřejmé, že péče intenzivní či na onemocnění zaměřená nebude poskytována, protože to nepovede k prodloužení života ani ke zlepšení jeho kvality a od počátku je poskytována pouze léčba paliativní.
	Od začátku není zřejmé, že půjde o terminální onemocnění a paliativní péče je zahajována až později v průběhu onemocnění.

# ROZHODOVÁNÍ PŘI NEDOSTATKU ZDROJŮ

## SPRAVEDLIVÁ ALOKACE Z HLEDISKA KOMUNITY

**MU S VELKÝM POČTEM ZASAŽENÝCH**

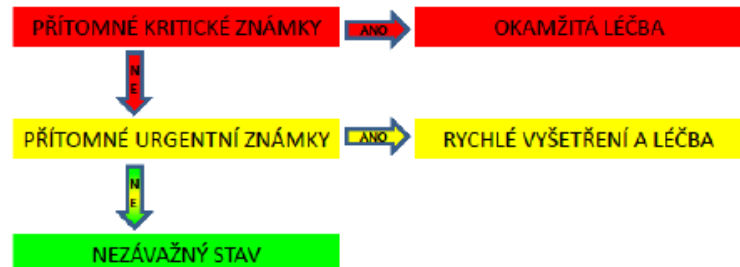
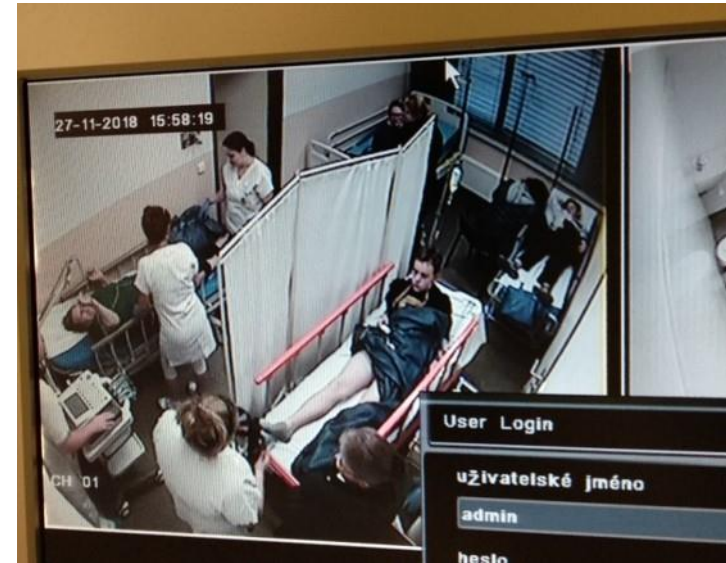


**KOMPLEXNÍ A KATASTROFICKÉ MU**



# TŘÍDĚNÍ - TRIÁŽ

- V okamžiku nepoměru mezi počtem poraněných/zasažených a lidskými i materiálními zdroji
- **Běžný provoz – HPO (např. velká dopravní nehoda aj.) – komplexní katastrofy (pandemie, nukleární válka)**
- Odborný zdravotnický postup – fyziologické parametry, pravděpodobnost přežití, nesmí být diskriminace
- U komplexních dříve nebo později přechod na medicínu katastrof a snížení standardu péče



# VEŘEJNÁ DISKUZE

**nezbytná – zakázka ze strany veřejnosti a politiků**

- „Kritické rozhodovací procesy nemohou být prováděny na individuálním základě případ od případu. Lékaři nikdy nesmí být postaveni do pozice nezbytnosti odmítnutí péče pro nedostatek zdrojů bez vodítka politického konsensu nebo protokolu. Z tohoto důvodu musí probíhat široká diskuze mezi poskytovateli urgentní péče, personálem, vedením zdravotnických zařízení, vedením jednotlivých církví a medicínskými etickými komisemi před možným teroristickým útokem.


*Pesik N, Keim ME, Iserson KV: Terrorism and the ethics of emergency medical care. Ann Emerg Med. June 2001;37:642-646*

# ZRANITELNÉ SKUPINY A ZDRAVOTNÍ PÉČE

- Hodnotit výhradně medicínské faktory, nikoliv ne/poskytovat péči na základě věku, pohlaví, rasy, národnosti, náboženství, socioekonomického statusu, příslušnosti k minoritám....)
- **PŘEDSUDKY – nehodnotit způsob života, ale zdravotní stav**



# STŘET ZÁJMŮ

- Pracovní / úřední / smluvní a jiné povinnosti jednotlivce nebo organizace v rozporu se soukromými zájmy 
- Nevhodné ovlivnění profesionálního úsudku jinou motivací, např. profesními ambicemi, osobními zálibami apod.
- Regulace:
  - Legislativní (trestní zákon – úplatky)
  - Etické kodexy profesních komor a jiných organizací
- V medicíně – 3 oblasti:
  - Ovlivnění klinických rozhodovacích procesů v péči o pacienty
  - Vzdělávání
  - Lékařský výzkum

# VÝZKUM V URGENTNÍ MEDICÍNĚ

- **Mezinárodně platné etické kodexy:**
  - **Norimberský kodex z roku 1949 – základní etické zásady**
  - **Helsinská deklarace WMA – první text 1964, poslední aktualizace 2013**
- **Dobrovolnost zapojení subjektů je základním principem**
- **Nesmí být na jednotlivcích ze zranitelných nebo ohrožených skupin**
- **Zkoumá-li se stav, kdy není možno souhlas získat (bezvědomí, KPR) – odložený souhlas nebo výjimka udělená etickou komisí, za podmínek:**
  - **Zkoumané osoby jsou v život ohrožujícím stavu s nutnou intervencí**
  - **Současná léčba není dostatečně účinná**
  - **Odůvodněný předpoklad, že výsledky studie mohou léčbu zlepšit**

# ČASTÉ SITUACE NEJISTOTY A KONFLIKTŮ

- **Kardiopulmonální resuscitace**
  - Zahájení, nezahájení, ukončení
- **Rozsah a úroveň poskytované péče**
  - **Problematické sociální skupiny, pacienti s kognitivním nebo pohybovým omezením, v režimu pohotovostních služeb, střídání směn...**
- **Indikace a kontraindikace náročných (operačních) výkonů**
  - **Vzhledem k předchozí a budoucí kvalitě života**
- **Fenomén „posledního volného lůžka“ na JIP**
- **Míra přípustného rizika**
- **Postup a zdravotní péče po podepsání negativního reverzu**





[seblova.jana@gmail.com](mailto:seblova.jana@gmail.com)