

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Indikace a kontraindikace kardiopulmonální resuscitace
v souvislosti se stanovením smrti záchranářem**

bakalářská práce

Autor práce: Alena Jarošová

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: MUDr. Jan Tuček

Datum odevzdání práce: 3. května 2012

ABSTRAKT

V současné době se v České republice stále více rozvíjí trend zvyšování počtu posádek rychlé zdravotnické pomoci, a to především ve městech s krátkým dojezdovým časem do nemocnic, ale často i v periferních oblastech. Problém nastává tehdy, kdy je akutní stav nutno řešit na místě a posádka rychlé zdravotnické pomoci nemá stejné pravomoci jako posádka rychlé lékařské pomoci. Příkladem toho jsou posádky rychlé zdravotnické pomoci v rámci Jihočeského kraje. Zdravotnický záchranář nemusí zahájit kardiopulmonální resuscitaci, pokud jsou přítomny jisté známky smrti a poranění neslučitelná se životem. Lékař naopak může konstatovat smrt a nezahájit kardiopulmonální resuscitaci.

Tato bakalářská práce nazvaná *Indikace a kontraindikace kardiopulmonální resuscitace v souvislosti se stanovením smrti záchranářem* si klade za cíl zmapovat postupy zdravotnických záchranářů v souvislosti se zahájením či nezahájením kardiopulmonální resuscitace v místě výjezdu při podezření na smrt. Kvalitativní výzkum je zaměřen na zdravotnické záchranáře Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje.

V teoretické části jsem se snažila přiblížit zdravotnickou záchrannou službu, zdravotnického záchranáře, kardiopulmonální resuscitaci, smrt a etickou problematiku smrti a umírání. Velký podíl teoretické práce jsem věnovala zdravotnickému právu.

Z práce vyplývá, že někteří zdravotničtí záchranáři jednají naprosto opačným způsobem, než jim jejich kompetence dovolují. Projevila se zde i absolutní neznalost zdravotnického práva a legislativy vymezující kompetence zdravotnických záchranářů. Proto jsem byla nucena stanovit hypotézu, že zdravotničtí záchranáři se vždy neřídí podle svých kompetencí v souvislosti se zahájením či nezahájením kardiopulmonální resuscitace v místě výjezdu.

Z práce je patrné, že zdravotničtí záchranáři by měli být více vzděláváni v oblasti zdravotnického práva a kvalitně proškoleni ohledně problematiky zdravotnických zákonů z roku 2011. Zároveň se domnívám, že zdravotničtí záchranáři by v kritických situacích, kdy není přítomný lékař, neměli jednat pouze podle své intuice.

ABSTRACT

Recently, the Czech Republic has seen more and more developing trends of increasing the number of paramedic assistance units, particularly in towns with a short time interval of getting to hospital, but often in peripheral areas as well. A problem occurs when the emergency condition of a patient must be treated right at the place and the paramedic assistance crew does not have the same authority as the medical emergency crew. Paramedic assistance units in the Region of South Bohemia can be named as an example. The paramedic does not have to start with cardiopulmonary resuscitation if certain signs of death are present and the injuries are incompatible with life. On the other hand, a doctor can pronounce death and not start cardiopulmonary resuscitation.

This thesis titled “Indications and Contraindications of Cardiopulmonary Resuscitation in the Context of Establishing Death by a Paramedic” aims to chart the procedures of paramedics in connection with starting or not starting cardiopulmonary resuscitation directly at the place when death is suspected. The qualitative research concentrates on paramedics of the South Bohemian Medical Emergency Service.

The theoretical part introduces medical emergency services, a paramedic, cardiopulmonary resuscitation, death and the ethical issue of death as well as dying, with a large focus on medical law.

The thesis established that some paramedics act in a completely opposite way than their competences allow them to do. Furthermore, a complete lack of knowledge regarding the medical law and legislation specifying the competences of paramedics occurred. Therefore I had to establish a hypothesis that paramedics do not always follow their competences in connection with starting or not starting cardiopulmonary resuscitation directly at the place.

The thesis indicates that paramedics should be more educated in the area of medical law and well trained in respect of 2011 medical acts. At the same time I believe that paramedics should not only follow their intuition in emergency situations when a doctor is not present.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to - v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou - elektrickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Alena Jarošová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla velmi poděkovat především svému vedoucímu práce MUDr. Janu Tučkovi za jeho ochotu a čas věnovaný mé práci. Jeho pomoci a vedení si velmi vážím. Dále bych chtěla poděkovat JUDr. MUDr. Janu Skácelovi za korekturu a konzultace zdravotnického práva.

ÚVOD.....	7
1.1 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA	8
1.1.1 Výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby	9
1.1.2 Plošné pokrytí posádek v Jihočeském kraji	10
1.2 KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE.....	11
1.2.1 Indikace kardiopulmonální resuscitace.....	12
1.2.2 Kontraindikace kardiopulmonální resuscitace	13
1.2.3 Ukončení kardiopulmonální resuscitace	14
1.3 ZDRAVOTNICKÝ ZÁCHRANÁŘ	14
1.3.1 Kompetence zdravotnického záchranáře při kardiopulmonální resuscitaci..	15
1.4 SMRT.....	15
1.4.1 Tabuizace smrti	16
1.5 ETICKÁ PROBLEMATIKA SMRTI A UMÍRÁNÍ	17
1.5.1 Psychologické a etické aspekty kardiopulmonální resuscitace	17
1.5.2 Eutanázie a dystanazie	18
1.5.3 Paliativní medicína	19
1.5.4 Syndrom vyhoření	19
1.6 ZDRAVOTNICKÉ PRÁVO	20
1.6.1 Poskytování služeb na náležitě odborné úrovni	20
1.6.2 Práva a povinnosti zdravotnického pracovníka.....	21
1.6.3 Povinnost poskytnutí první pomoci.....	22
1.6.4 Neposkytnutí první pomoci.....	23
1.6.5 Dříve vyslovené přání.....	25
1.6.6 Poskytování zdravotních služeb bez souhlasu pacienta.....	26
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	28
2.1 CÍL PRÁCE.....	28
2.2 VÝZKUMNÁ OTÁZKA	28
3 METODIKA	29
4 VÝSLEDKY	30

4.1	PŘEPIS ROZHOVORŮ	30
4.1.1	Zdravotnický záchranář číslo 1	30
4.1.2	Zdravotnický záchranář číslo 2	34
4.1.3	Zdravotnický záchranář číslo 3	36
4.1.4	Zdravotnický záchranář číslo 4	41
4.1.5	Zdravotnický záchranář číslo 5	44
4.1.6	Zdravotnický záchranář číslo 6	47
4.1.7	Zdravotnický záchranář číslo 7	49
4.2	VYHODNOCENÍ ROZHOVORŮ.....	51
4.2.1	Jisté známky smrti a postup v posádce RZP	51
4.2.2	Nehmatný tep, zástava dechu a postup v posádce RZP	52
4.2.3	Ukončení resuscitace v posádce RZP	52
4.2.4	Pocity při výjezdu k bezvědomí nebo TANR v posádce s lékařem nebo bez 52	
4.2.5	Resuscitace před rodinnými příslušníky	53
4.2.6	Resuscitace z psychologických důvodů pro rodinu.....	53
4.2.7	Resuscitace onkologicky nemocného pacienta	54
4.2.8	Udržení při životě člověka nebo potencionálního dárce orgánů	54
4.2.9	Následná kvalita života po KPR.....	54
4.2.10	Rozdílnost postupu u mladých a starých pacientů	55
4.2.11	„Dříve vyslovená přání“	55
4.2.12	Kompetence zdravotnického záchranáře při KPR	56
4.2.13	Pocit z neúspěšné KPR v posádce RZP.....	56
5	DISKUZE	57
6	ZÁVĚR.....	62
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	64
8	KLÍČOVÁ SLOVA.....	67
9	PŘÍLOHY	68

ÚVOD

Cílem mé bakalářské práce je zmapovat postupy zdravotnických záchranářů v souvislosti se zahájením či nezahájením kardiopulmonální resuscitace v místě výjezdu při podezření na smrt. Chtěla bych především poukázat na chování zdravotnických záchranářů ve specifických situacích přidružených ke kardiopulmonální resuscitaci, ve kterých se pouze oni sami bez přítomnosti lékaře musí rozhodnout pro správný postup, ke kterému jsou kompetentní. Jako metodu svého výzkumu jsem si zvolila kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Kvalitativní výzkum jsem si vybrala z toho důvodu, abych se od zdravotnických záchranářů dozvěděla jejich spontánní odpověď na to, jak opravdu v praxi postupují.

Toto téma mě oslovilo především svou aktuálností. Vybrala jsem si ho i z toho důvodu, že jednoho dne bych sama ráda chtěla pracovat na pozici zdravotnického záchranáře a chtěla bych vědět, zda zdravotničtí záchranáři opravdu postupují jen podle vymezených kompetencí, nebo je i porušují.

Výzkumné šetření jsem prováděla v rámci Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje. Na tomto území se nachází celkem 26 výjezdových základen a hned 8 z nich má k dispozici pouze posádku rychlé zdravotnické pomoci. Ta je složena vždy ze zdravotnického záchranáře a řidiče. V této posádce je vedoucím posádky zdravotnický záchranář, který není kompetentní stanovit smrt. Zdravotnický záchranář pouze nemusí zahájit kardiopulmonální resuscitaci v případě, když by takové počínání ohrozilo posádku, při zraněních neslučitelných se životem a při jistých známkách smrti. Lékař nemusí zahájit kardiopulmonální resuscitaci ani v terminálních stadiích onkologického onemocnění. Proto jsem se ptala zdravotnických záchranářů, jak postupují oni v souvislosti se zahájením či nezahájením kardiopulmonální resuscitace u takového stavu. Dále mě zajímalo, jak probíhá kardiopulmonální resuscitace u mladých a starých pacientů a u pacientů s kraniotraumatem. Zda je pro ně důležitá následná kvalita života resuscitovaného a zda myslí na „dříve vyslovená přání“ svých pacientů.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnická záchranná služba zajišťuje odbornou přednemocniční neodkladnou péči. Přednemocniční neodkladnou péčí rozumíme výkony a činnosti vedoucí k odvrácení akutního ohrožení života, eventuelně snížení následků daných úrazem či onemocněním (Pokorný, 2004).

Zdravotnická záchranná služba zahrnuje řetězec činností, které by měla poskytovat. Operátor zdravotnického operačního střediska nebo pomocného střediska přijímá neustále 24 hodin denně tísňové volání na lince 155 a také výzvy předané od dalších složek integrovaného záchranného systému (Hasičský záchranný sbor, Policie ČR). Dle stupně naléhavosti zdravotního stavu pacienta rozhodne o nejvhodnějším okamžitém řešení a o vyslání výjezdové skupiny. V místě postižení zdraví řídí a organizuje zdravotnická záchranná služba přednemocniční neodkladnou péči a spolupracuje s velitelem zásahu složek integrovaného záchranného systému. V momentě nutnosti poskytnutí první pomoci v místě události dává dispečer volajícímu instrukce, jak postupovat do příjezdu vyslané výjezdové skupiny. Výjezdová skupina vyšetří pacienta a poskytne zdravotní péči včetně neodkladných výkonů, které slouží k obnově nebo stabilizaci základních životních funkcí. Zdravotnická záchranná služba poskytuje nepřetržitou zdravotní péči pacientovi i během transportu k cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče až do doby osobního předání zdravotníkovi cílového poskytovatele zdravotní péče (Zákon č. 374/2011 Sb. § 4).

Dále zdravotnická záchranná služba zajišťuje přepravu letadlem mezi poskytovateli akutní lůžkové péče a přepravu tkání a orgánů k transplantaci. Tkáně a orgány k transplantaci zajišťuje letadlem pouze tehdy, hrozí-li nebezpečí z prodlení. Při hromadném neštěstí v důsledku mimořádných událostí nebo krizových situací zdravotnická záchranná služba zajišťuje třídění, ošetření a transport osob postižených na zdraví dle odborných postupů urgentní medicíny (Zákon č. 374/2011 Sb., § 4).

Zdravotnická záchranná služba je provozována krajem, který je povinen zajistit nepřetržitou dostupnost (Zákon č. 374/2011 Sb. §24). Financována je z prostředků veřejného zdravotního pojištění, ze státního rozpočtu a z rozpočtů krajů (Zákon č.374/2011 Sb. §22).

1.1.1 Výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby

Výjezdové skupiny jsou vysílány z výjezdových základen na pokyn operátora zdravotnického operačního střediska. Výjezdová skupina je složena vždy nejméně ze dvou členů. Poskytovatel zdravotnické záchranné služby vždy určí vedoucího výjezdové skupiny (Zákon č. 374/2011 Sb. § 13).

Rychlá zdravotnická pomoc (dále jen RZP) je složena z nejméně dvoučlenné posádky, kterou tvoří zdravotnický záchranář a řidič po absolvování speciálního kurzu. Posádka může být i ve složení dvou zdravotnických záchranářů, z nichž jeden je zároveň i řidičem. Druhý je vedoucím skupiny (Smetana, Kratochvílová, 2007).

Rychlá lékařská pomoc (dále jen RLP) je složena z nejméně tříčlenné posádky, kterou tvoří posádka RZP a atestovaný lékař. Lékař se stává vedoucím skupiny. Tato posádka vyjíždí především při stavech ohrožujících život a když je předpokládána aplikace léků na místě (Bydžovský, 2008).

Rychlá lékařská pomoc v setkávacím systému (dále jen RV) je nejméně dvoučlenná posádka ve složení zdravotnického záchranáře, který je i řidičem, a lékaře. Pohybují se samostatně a na místě výjezdu se setkají s posádkou RZP (Smetana, Kratochvílová, 2007).

Letecká záchranná služba (dále jen LZS) je složena z nejméně tříčlenné posádky, již tvoří pilot a za zdravotnickou část lékař a zdravotnický záchranář. Omezením této výjezdové skupiny je provozní doba závislá na východu a západu slunce (Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje, 2011,[on-line]). LZS může být zprostředkována také Armádou České republiky na základě dohody mezi Ministerstvem obrany a Ministerstvem zdravotnictví. O podmínkách využití LZS Armády České republiky informuje kraje a poskytovatele zdravotnické záchranné služby Ministerstvo

zdravotnictví. Poskytovatelé zdravotnické záchranné služby začlení letecké výjezdové skupiny do výjezdových základen podle plánu pokrytí území kraje (Zákon č. 374/2011 Sb. §15).

1.1.2 Plošné pokrytí posádek v Jihočeském kraji

Dostupnost zdravotnické záchranné služby je závislá na plánu pokrytí kraje výjezdovými základnami.

„Plán pokrytí území kraje výjezdovými základnami stanoví počet a rozmístění výjezdových základen v závislosti na demografických, topografických a rizikových parametrech území jednotlivých obcí a městských částí hlavního města Prahy tak, aby místo události na území jednotlivých obcí a městských částí bylo dosažitelné z nejbližší výjezdové základny v dojezdové době do 20 minut (Zákon č. 374/2011 Sb. §5 2 odst.)“

„Dojezdová doba se počítá od okamžiku převzetí pokynu k výjezdu výjezdovou skupinou od operátora zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska. Dojezdová doba musí být dodržena s výjimkou případů nenadálých nepříznivých dopravních nebo povětrnostních podmínek nebo jiných případů hodných zvláštního zřetele; v těchto případech si poskytovatel zdravotnické záchranné služby vyžádá pomoc od ostatních složek integrovaného záchranného systému“ (Zákon č. 374/2011 Sb. §5 3 odst.).

Jihočeský region je rozdělen na jedno územní středisko, které sídlí v Českých Budějovicích, a šest oblastních středisek. Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje má celkem 26 výjezdových středisek, z nichž 8 (30,77%) má k dispozici pouze RZP posádku (viz Příloha č. 1). Jedná se o tato výjezdová střediska: Kaplice, Volary, Suchdol nad Lužnicí, Soběslav, Temelín, Opařany, Čimelice, Mladá Vožice (Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje, 2011,[on-line]).

1.2 Kardiopulmonální resuscitace

Kardiopulmonální resuscitace (dále jen KPR) se provádí, dojde-li k poruše některé ze základních životních funkcí, dýchání nebo krevního oběhu. KPR rozumíme neodkladné výkony, které zajistí, aby okysličená krev byla dodávána do celého těla, především do mozku. K základní KPR není potřeba žádných pomůcek (viz Příloha č. 2), může ji provádět každý člověk kdykoliv a kdekoliv (Srnský, 2010). Rozšířená KPR obsahuje postupy vedoucí ke stabilizaci a dostatečné oxygenaci za pomoci farmakoterapie a zdravotnických pomůcek (viz Příloha č. 3) (Kapounová, 2007).

V rozšířené KPR dbáme na kvalitní zajištění dýchacích cest. Zajistit udržení průchodnosti dýchacích cest lze několika způsoby. Pomocí intubační kanyly, laryngální masky, kombirourky, ústního nebo nosního vzduchovodu. V situacích, kdy nelze využít žádnou z předchozích možností, můžeme použít koniopunkční nebo koniotomický set. U spontánně ventilujících pacientů lze zajistit přívod kyslíku pouze pomocí kyslíkové masky. U pacientů spontánně neventilujících se přisun kyslíku zajišťuje nejprve pomocí samorozpínacího vaku a dále pomocí automatického ručního ventilátoru. Při každém pokusu o zajištění dýchacích cest by měla být k dispozici odsávačka a dostatečný zdroj kyslíku (Kapounová, 2007).

Dále se u rozšířené KPR apeluje na co nejmenší přerušování srdeční masáže. Srdeční masáž by měla být prováděna u dospělého člověka v poměru 30:2 (masáž srdce:vdechy). Ke kontrole srdečního rytmu se upřednostňují samolepící defibrilační elektrody. Defibrilátor zhodnotí rytmus srdce pomocí samolepících defibrilačních elektrod a pokud se jedná o maligní arytmiie, je defibrilace indikována. Od zastavení srdeční masáže k defibrinačnímu výboji by mělo uběhnout maximálně 5 vteřin, proto je preferováno pokračovat v srdeční masáži i během nabíjení defibrilátoru a používání samolepících defibrilačních elektrod. Je tak více zaručena bezpečnost zachránce a rychlejší práce s defibrilátorem (Truhlář, Kasal, Černý, 2011 a).

Lékem první volby při KPR je vždy kyslík. Inspirační koncentrace by měla být co nejvyšší. Žilní linku pro podání léků zajistíme kanylací periferního žilního řečiště a v případě komplikací zajistíme intraoseální kanylací. Aplikace léků tracheální kanylou

se již nedoporučuje. Při léčbě defibrilovatelných rytmů je indikovaný adrenalin v dávce 1 mg, a to až po třetím defibrilačním výboji. V případě asystolie je adrenalin ve stejné dávce podáván ihned po zajištění cévního řečiště intravenózní nebo intraoseální kanylou. Stejně množství adrenalinu je pak podáváno každých 3 až 5 minut jak u defibrilovatelných rytmů, tak u asystolie. Lék Amiodaron podáme také až po třetím defibrilačním výboji, a to pouze při bezpulsové komorové tachykardii nebo fibrilaci komor v dávce 300 mg. Účinnost atropinu byla vyvrácena a jeho aplikace se nedoporučuje (Truhlář, Kasal, Černý, 2011 b).

1.2.1 Indikace kardiopulmonální resuscitace

KPR je indikována u pacientů s náhlým a překvapivým selháním základních životních funkcí z plného zdraví nebo u kterých se nejedná o terminální stav probíhající nemoci (Třeška a kol., 2003).

Náhlá zástava oběhu (dále jen NZO) je nejčastější indikací ke KPR. Na NZO musíme myslet při zjištění bezvědomí, zástavy dýchání a nehmatného pulsu na velkých tepnách jako jsou arteria carotis nebo arteria femoralis. Mezi nejčastější NZO řadíme akutní infarkt myokardu, plicní embolizaci, maligní arytmie, dušení, cévní mozkovou příhodu, úraz elektrickým proudem, těžká traumata a hemoragický šok. Při déle trvající NZO můžeme pozorovat cyanózu, mydriázu zornic a mrtvolný vzhled. (Pokorný, 2004).

Závstavu dýchání hodnotíme dle viditelných pohybů hrudníku, slyšitelnosti vdechu a výdechu a citlivosti proudu vydechovaného vzduchu při přiložení své tváře k ústům pacienta (Hasík, 2008).

Bezvědomí může být způsobeno celou škálou příčin. Musíme myslet na opilost, epilepsii, diabetes mellitus (hypoglykemický nebo hyperglykemický šok), otravy léky, febrilní křeče a kraniocerebrální poranění. Bezvědomí jako porucha vitálních funkcí může dále progredovat až k zástavě dýchání a způsobit postižení všech orgánů (Dobiáš, 2006).

KPR bychom neměli zahajovat, pokud se jedná o pouhé prodlužování života bez přijatelné kvality dalšího žití. Měla by být zahájena pouze tehdy, má-li pacient šanci na následný život jím akceptovatelný (Pokorný, 2010).

1.2.2 Kontraindikace kardiopulmonální resuscitace

KPR nezahajujeme v situacích, kdy je poranění neslučitelné se životem, například při výhřezu mozkové tkáně nebo dekapitaci. Také ji nezahajujeme při zjištění jistých známek smrti, kterými jsou:

- Posmrtná ztuhlost (rigor mortis): Začíná v obličejové části a na dolních končetinách a dále se šíří směrem k trupu a horním končetinám.
- Mrtvolný chlad (algor mortis): Tělo se ochlazuje přibližně o 1°C za hodinu, záleží i na teplotě okolí a oděvu.
- Mrtvolný rozklad: Od 2. dne vzniká zelenavé zbarvení, dále od 4. až 8. dne rozšiřování zelenohnědé barvy podkožím a odlučování vlasů dotykem. Po 14. dnu orgány zkapaňují a ve vlhkém a teplém prostředí může dojít ke zmýdelnatění těla. V suchém a větraném prostředí naopak k mumifikaci (Bydžovský, 2008).
- Posmrtné skvrny (livores mortis): Na nejnižších položených částech těla se vytvoří nafialovělé skvrny, nejprve na stranách krku, do 20 minut od úmrtí. Dále se přesouvají dle otočení těla a po 1–2 hodinách začínají splývat. K úplnému rozvinutí dochází po 6 hodinách (Pokorný, 2010).

KPR nezahajujeme ani tehdy, jestliže je selhání základních životních funkcí důsledkem terminálního stadia nemoci, která je dle současných možností medicíny nevyléčitelná (Pachl, Roubík, 2003).

Záchrana života pomocí KPR se neprovádí, jestliže záchránce by měl být sám vystaven hrozícímu nebezpečí (Pokorný, 2010).

1.2.3 Ukončení kardiopulmonální resuscitace

KPR lze ukončit pouze při znovuoživení akce srdeční s minimální frekvencí 30 tepů za minutu nebo při úplném vyčerpání záchránců (Bydžovský, 2008).

Rozšířenou KPR ukončujeme zpravidla po 30 minutách neobnovení spontánního oběhu u dětí i dospělých. V případě hypotermie, předávkování léky nebo přechodného obnovení oběhu během KPR se zvažuje prodloužení (Pokorný, 2010).

K rozhodnutí ukončení KPR při neúspěšném snažení je kompetentní pouze lékař, který může konstatovat smrt postiženého (Pachl, Roubík, 2003).

1.3 Zdravotnický záchranář

Práci zdravotnického záchranáře může vykonávat člověk, který má dokončené maturitní vzdělání a následné tříleté vzdělání na vysoké škole (titul Bc.) nebo vyšší odborné škole (titul Dis.). Další možností je zdravotní sestra s maturitou na střední škole se specializačním studiem Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči (Brázdil, Fellnerová, 2011).

Zdravotnický záchranář je zdravotnický pracovník poskytující specifickou ošetrovatelskou péči bez odborného dohledu a bez indikace lékaře nebo bez odborného dohledu na základě indikace lékaře v rámci PNP včetně LZS a v rámci akutního příjmu. Dále provádí neodkladnou léčebnou a diagnostickou péči, vede zdravotnickou dokumentaci a pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení, dodržuje hygienicko-epidemiologický režim v souladu se zvláštními právními předpisy a poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí (Wikipedia, 2012, [online]).

Toto povolání je specifické prací v terénu. Zdravotnický záchranář pracuje na směnný provoz a za každého počasí. Měl by být fyzicky zdatný, psychicky vyrovnaný, zručný, spolehlivý a měl by se umět rychle a správně rozhodnout v každé situaci (Průvodce světem povolání, 2012, [online]).

1.3.1 Kompetence zdravotnického záchranáře při kardiopulmonální resuscitaci

Zdravotnický záchranář při KPR může monitorovat a hodnotit základní životní funkce včetně natáčení elektrokardiografického záznamu. Zdravotnický záchranář tak během KPR průběžně sleduje a hodnotí poruchy rytmu, dále vyšetřuje a monitoruje pomocí pulzního oxymetru. Zdravotnický záchranář může zahájit a provádět KPR pomocí ručních křísících vaků, včetně defibrilace srdce pomocí elektrického výboje po vytisknutí záznamu elektrokardiogramu (Vyhláška 55/2011 Sb.).

Během KPR smí zdravotnický záchranář zajistit periferní žilní vstup a podávat krystaloidní roztoky, na základě indikace lékaře smí zdravotnický záchranář navíc zajistit intraoseální vstup i podávat léčivé přípravky (Vyhláška 55/2011 Sb.).

Dále zdravotnický záchranář může bez odborného dohledu dle indikace lékaře zajišťovat dýchací cesty dostupnými pomůckami, podávat kyslíkovou terapii, zajišťovat ventilaci s parametry nastavenými lékařem a dohlížet na hygienu dýchacích cest ventilovaných pacientů (Vyhláška 55/2011 Sb.).

1.4 Smrt

Smrt je definována nezvratnou zástavou všech vitálních funkcí spolu s rozvratem vnitřního prostředí. Další probíhající změny, které nastávají ve vnitřním prostředí po smrti, se již nazývají posmrtnými změnami (Pokorný, 2004).

Smrt můžeme rozdělit na smrt náhlou, klinickou, biologickou a sociální. O náhlé smrti mluvíme tehdy, pokud nastane okamžitě do 1 hodiny, jiné definice uvádějí až do 6 hodin od projevu prvních symptomů. Nejčastěji tak nastává z důvodu ischemie srdeční, a to až v 80% (Bydžovský, 2008).

Klinická smrt je stádium stále ještě reverzibilního poškození funkcí mozku z důvodu náhlé zástavy oběhu a dýchání (Pokorný, 2010).

Biologická smrt je již ireverzibilní stav, který je daný smrtí mozku (Bydžovský, 2008). Z důvodu zástavy oběhu dochází ke smrti tkání a orgánů, a tudíž celého organismu (Pachl, Roubík, 2003). V České republice se považuje za biologickou smrt i

smrt mozku. Z toho plyne, že každý u koho je diagnostikována smrt mozku, se stává automaticky dárce orgánů, jestliže ještě za svého života nebyl zaregistrován v Národním registru osob nesouhlasících s odběrem orgánů. Pro darování orgánů jsou nejvhodnější dárce ve věkové kategorii od 5 do 55 let, především po autonehodě nebo jiném úrazu. Na tyto okolnosti by měla myslet zdravotnická záchranná služba, která by měla postiženého monitorovat, pečovat o dostatečné prokrvení orgánů, udržovat saturaci nad 95% a bránit vzniku metabolického rozvratu a hypotermie (Bydžovský, 2008).

Sociální smrtí nazýváme stav ireverzibilního poškození mozku u pacientů, kteří nejsou schopni komunikovat s okolím. Často bývá sociální smrtí nazýván apalický syndrom. Vitální funkce jsou bez známek nedostatečnosti, ale kontakt s okolím není možný (Pachl, Roubík, 2003).

Smrt zdánlivá neboli *vita minima* znamená, že jednotlivé vitální funkce neustaly, ale nejsou momentálně zjištělné. Charakteristickým příznakem pro zdánlivou smrt je minimální metabolický obrat, nízký počet leukocytů, anemizace, kolonizace bez infekční nebo septické odpovědi, malá spotřeba kyslíku a tvorba oxidu uhličitého. Pro bazální činnost orgánů postačuje i velmi nízký perfúzní tlak. Tento stav může nastat při otravě barbituráty, utopení nebo zasažení elektrickým proudem. Druhou možností je, že ve stav zdánlivé smrti přejde terminální stav u osob s nevyléčitelnou nemocí (Pokorný, 2004).

1.4.1 Tabuizace smrti

Rychlým rozvojem techniky a vědy lidé nezískali jen dobré zkušenosti, ale i ty špatné. Při bádání po nových vynálezech lidé objevili i zbraně hromadného ničení, které nyní mnoho z nás děsí. Každý den nás může srazit auto nebo můžeme sami nabourat, nebezpečí zkrátka číhá na každém kroku. Lidé na tyto okolnosti reagují popíráním vlastní smrti. Nejsme schopni pochopit možnost vlastní smrti, a proto pro sebe věříme v nesmrtnost (Kübler-Ross, 2003).

V dnešní době a naší společnosti je smrt a umírání větší tabu než sex. Bohužel i v moderním světě plném technických vynálezů se člověk pravidelně setkává se smrtí. Především zdravotníci jsou se smrtí v každodenní konfrontaci s daleko větší frekvencí a intenzitou než ostatní lidé. Dlouhodobá tabuizace však není adekvátním řešením problému, protože zvládnutí závažné situace nikomu neusnadňuje (Haškovcová, 2002). „*Člověku je život dán s podmínkou smrti*“ (Haškovcová, 2002, s. 203).

1.5 Etická problematika smrti a umírání

Na tuto problematiku je nutné nahlížet z více hledisek, především z filozofického, teologického, psychologického a sociálního. Každého člověka jednoho dne v budoucnosti čeká osobní zkušenost se smrtí a umíráním, ale žádný z nás nemůže předpokládat kdy, kde a jak se tak stane (Haškovcová, 2002). Nikdo z nás se také sám z vlastní vůle nechce zabývat myšlenkou konce svého pozemského života. Vlastní smrt si připouštíme jen příležitostně. Většinou si dokážeme v myšlenkách připustit vlastní smrt v souvislosti s lékařskou diagnózou ohrožující náš život. Až takovýto zdravotní zvrát nás nutí k zamyšlení o naší vlastní smrti (Kübler-Ross, 2003).

Zdravotník pracující v oblasti urgentní péče se často setkává se smrtí a umírajícími. V této profesi mohou nastávat situace, které jsou řešitelné více než jedním eticky správným způsobem a každý ze způsobů je pro zdravotníka eticky obhajitelný. Dilemata ohledně etického řešení situací na odděleních urgentní péče se týkají hlavně budoucí kvality života pacienta, zejména pokud pacient vyslovil přání neresuscitovat a neposkytovat žádnou podporu vitálních funkcí (Kolektiv autorů Sestra a Urgentní stavy, 2008).

1.5.1 Psychologické a etické aspekty kardiopulmonální resuscitace

Resuscitační pokusy zachránily mnohým pacientům život, ale mnohým pouze prodloužily utrpení a umírání. Pacient by měl být léčen především s důstojností. Rozhodování, zda KPR zahájit, či ne, by mělo být komplexním rozhodnutím. Faktory,

kteře ovlivňují tato rozhodnutí, jsou místní kulturní zvyklosti, legislativa v konkrétním státě, sociální aspekty, tradice i ekonomické možnosti státu (Lippert, F.K., Raffay, V., Georgiou, M., Steen, P.A., Bossaert, L., 2010).

Přítomnost veřejnosti nebo dokonce příbuzných pacienta u resuscitace může zanechat různé následky. Kladným bývá porozumění a snazší vyrovnání se smrtí blízké osoby s tím, že zdravotníci udělali vše, co bylo v jejich silách. Záporným bývá pohled na zajišťování invazivních vstupů (Šeblová, 2011).

1.5.2 Eutanázie a dystanazie

Původ slova eutanázie pochází ze staré řečtiny. Ze slova „eu“, které znamená v češtině dobrá, a ze slova „thanatos“ znamenající smrt. Staří Řekové považovali význam těchto slov pro ukončení života z důvodu zachování důstojnosti a cti (Kutnohorská, 2007). Dnešním výkladem eutanázie je ukončení života za asistence druhé osoby na žádost pacienta v terminálním stadiu onemocnění. Cílem tohoto jednání pacienta je ukončit dříve bolest a utrpení (Zadák, Havel a kol., 2007).

Pasivní eutanazie je zdravotníky nazývána „strategií odkloněné stříkačky“. Jedná se o ukončení všech opatření, která by dále prodlužovala pacientův život. Úmyslem zdravotnického personálu a lékaře je nebránit přirozené smrti, pokud životně důležité orgány vypověděly svou funkci (Kutnohorská, 2007).

O aktivní eutanazii neboli „strategii přeplněné stříkačky“ mluvíme tehdy, jestliže pacient poskytne platný souhlas. Tento souhlas může poskytnout pouze plnoletý pacient, který nejedná pod tlakem a není psychicky nemocný. V tomto případě lékař svým jednáním ukončí život pacienta (Kutnohorská, 2007).

Dystanazie je soubor zdravotnických úkonů, které oddalují přirozenou smrt pacienta a působí pacientovi v terminálním stavu onemocnění další utrpení. Jedná se o diagnostické procedury a operace, které už nemohou nepříznivý stav zvrátit (Zadák, Havel a kol., 2007).

V České republice je eutanazie trestným činem. Toto stanovisko zaujímá i Etický kodex České lékařské komory (Haškovcová, 2007).

1.5.3 Paliativní medicína

Paliativní medicína neboli útěšná a zmírňující medicína je strategie péče o nevléčitelně nemocné a umírající, která by měla být uplatňována všude tam, kde se tyto nemocní vyskytují. Poskytuje pomoc jak umírajícím, tak jejich rodinám (Haškovcová, 2002).

Existují principy a rámcová doporučení, kdy se mění péče z urgentní na paliativní u dospělých pacientů, kteří nejsou schopni o sobě sami rozhodovat v konečné fázi nevléčitelného onemocnění. Nejčastěji se jedná o pacienty s multiorgánovým selháním, které je už léčebně neovlivnitelné, a o pacienty v hlubokém bezvědomí bez předpokladu obnovení integrity mozkových funkcí z důvodu ireverzibilního poškození centrálního nervového systému (Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010, [online]).

Podnět ke změně péče z urgentní na paliativní může dát kdokoliv ze zdravotnického týmu, stejně tak do rozhodování by měli být zapojeni jak lékaři, tak nelékařský zdravotnický personál. Je-li to možné, musí být respektováno přání pacienta a rodina by měla být náležitě informována. Rodině by měla být umožněna přítomnost u pacienta, pokud ji nemocný nezamítá. Za závěrečné rozhodnutí je odpovědný vždy vedoucí lékař a vše musí být náležitě zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci. Hlavní prioritou změny péče je odstranění dyskomfortu, bolesti a strádání (Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010, [online]).

1.5.4 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je stav psychického vyčerpání, které je důsledkem dlouhodobých stresových podmínek při výkonu povolání. Nejčastěji se tento jev vyskytuje u profesí, ve kterých dochází k intenzivnímu kontaktu s lidmi a velké pracovní náročnosti, jež je neadekvátně ohodnocena. Mezi tato povolání řadíme i zdravotnickou profesi (Bartošíková, 2006).

V pomáhajících profesích je nutné pracovat s mírou empatie neboli vcítění. Zdravotnický pracovník by měl mít adekvátní míru empatie k pacientovi, kterého

ošetřuje, ale následně by měl umět tyto pocity odbourat. Syndrom vyhoření na sebe upozorní v momentě, kdy zdravotník ztrácí zájem a cit nejen při výkonu svého povolání, ale i ve svém soukromí. Zdravotník může pociťovat napětí, vyčerpání a podrážděnost. Syndrom vyhoření se nejčastěji rozvíjí druhý až pátý rok po nástupu do zaměstnání (Haškovcová, 2007) .

1.6 Zdravotnické právo

Každý člověk během svého života vstupuje do právních vztahů se zdravotníky a poskytovateli zdravotních služeb. Každý kontakt s lékařem v ambulantním zařízení nebo ošetření poskytovateli zdravotnické záchranné služby můžeme považovat za právní vztah. V dnešní době má každý pacient právo na výběr svého poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství, právo na výběr zdravotní pojišťovny a poskytovatele zdravotních služeb, jimž by chtěl být ošetřen. Vztah pacienta/klienta ke zdravotnickému personálu se postupně mění s dobou. Nyní není kladen důraz pouze na odbornou způsobilost lékaře a nelékařských zdravotnických pracovníků, ale i na právní znalost (Mach, 2006, Zákon č. 372/2011 Sb.).

1.6.1 Poskytování služeb na náležitě odborné úrovni

Poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni (dříve postup lege artis) prošlo nedávno právní úpravou. Dříve byl považován za právní základ § 11 zákona č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Zdravotnická zařízení byla povinna poskytovat zdravotní péči v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy (Mach, 2006). Novou definici pojmu vysvětluje zákon o zdravotních službách § 28 odst. 2 č. 372/2011 Sb., kdy pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni. § 4 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb. definuje náležitou odbornou úroveň jako poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti (Zákon č.372/2011 Sb.).

Neposkytování služeb na náležitě odborné úrovni je chybný postup, tedy poskytování zdravotních služeb v rozporu s náležitou odbornou úrovní. Jinými slovy je to poskytování zdravotních služeb, které nejsou podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů (Zákon č. 372/2011 Sb.). To se nejčastěji týká chyby v diagnóze nebo volby léčby a techniky provedení určitého výkonu. Pochybení může nastat i v organizaci poskytovatele zdravotnických služeb a v komunikaci při předávání informací pacientovi (Holčapek, 2011).

1.6.2 Práva a povinnosti zdravotnického pracovníka

Především práce v sektoru přednemocniční neodkladné péče je pro zdravotníky velmi forenzně rizikové prostředí. Jedná se o práci vykonávanou téměř bez zázemí a s umírajícími pacienty, jejichž osud bývá nevyhnutelný a hlavně neovlivnitelný. Situace je podporována nadměrnými a nereálnými požadavky ze strany veřejnosti, ke kterým přispívá médii vytvořený dojem všemocnosti medicíny (Knor, 2011).

§49 odst. 1 zákona č.372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování definuje povinnosti zdravotnického pracovníka takto:

„Zdravotnický pracovník je povinen poskytovat zdravotní služby, ke kterým získal odbornou nebo specializovanou způsobilost podle jiných právních předpisů, v rozsahu odpovídajícím jeho způsobilosti, zdravotnímu stavu pacienta, na náležitě odborné úrovni a řídit se etickými principy, poskytovat neprodleně odbornou první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby poskytnutí zdravotních služeb, plnit další povinnosti stanovené tímto zákonem, nebo jinými právními předpisy.“

Dále §50 odst. 1 zákona č.372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování popisuje práva zdravotnického pracovníka takto:

„Zdravotnický pracovník má právo získat od pacienta informace o tom, že pacient, kterému má poskytovat zdravotní služby, je nosičem infekční nemoci podle zákona o ochraně veřejného zdraví, a o dalších závažných skutečnostech týkajících se pacientova

zdravotního stavu, neposkytnout zdravotní služby v případě, že by došlo při jejich poskytování k přímému ohrožení jeho života nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví.“

1.6.3 Povinnost poskytnutí první pomoci

Každý občan České republiky je dle zákona povinen poskytnout nebo zprostředkovat první pomoc člověku, který je ve smrtelném nebezpečí nebo jeví známky závažné poruchy zdraví. Zdravotnický pracovník i laik je povinen vždy poskytnout první pomoc neprodleně každému, jestliže by byl ohrožen na životě, nebo bylo vážně ohroženo jeho zdraví. Měl by také zajistit další odbornou péči zvoláním poskytovatele zdravotnické záchranné služby (Mach, 2010, Zákon č.372/2011 Sb. §49 odst. 1.).

Členové Zdravotnické záchranné služby jsou povinni poskytnout první pomoc i bez tísňové výzvy. Tuto skutečnost nově uvozuje §19 odst. 2 zákona č.374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě.

„Členové výjezdové skupiny jsou povinni poskytnout přednemocniční neodkladnou péči i bez tísňové výzvy. V tomto případě je vedoucí výjezdové skupiny povinen bezodkladně nahlásit čas zahájení poskytování přednemocniční neodkladné péče a místo události zdravotnickému operačnímu středisku nebo pomocnému operačnímu středisku.“

Za účelem přednemocniční neodkladné péče jsou členové zdravotnické záchranné služby také oprávněni vstoupit na cizí pozemek, jak říká §18 odst. 1 zákona č.374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě.

„Členové výjezdových skupin jsou oprávněni vstupovat za účelem poskytnutí přednemocniční neodkladné péče do cizích objektů, obydlí a na cizí pozemky, pokud se tam podle dostupných informací nachází osoba, které má být přednemocniční neodkladná péče poskytnuta.“

Dále jsou členové zdravotnické záchranné služby oprávněni požadovat od fyzických osob věcnou nebo osobní pomoc dle §18 odst. 2 zákona č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě.

„Členové výjezdových skupin jsou oprávněni, vyžaduje-li to účinná ochrana lidského života a zdraví, požadovat od fyzických osob, které se zdržují na místě události nebo v její blízkosti, osobní nebo věcnou pomoc nezbytně nutnou k poskytnutí zdravotnické záchranné služby, a to v nezbytné míře a pokud tím tyto nebo jiné osoby nebudou vystaveny ohrožení života nebo zdraví.“

Zda bude poskytnuta přednemocniční neodkladná péče v místě události, rozhoduje vedoucí výjezdové skupiny dle §19 odst. 3 zákona č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě.

„Vedoucí výjezdové skupiny je oprávněn rozhodnout o neposkytnutí přednemocniční neodkladné péče v místě události, pokud by při poskytování přednemocniční neodkladné péče byly bezprostředně ohroženy životy nebo zdraví členů výjezdové skupiny, nebo měla být přednemocniční neodkladná péče poskytnuta za podmínek, pro jejichž zvládnutí nebyli členové posádky vycvičeni, vyškoleni nebo vybaveni vhodnými technickými či osobními prostředky a poskytnutí přednemocniční neodkladné péče to vyžaduje.“

Své rozhodnutí je vedoucí výjezdové skupiny povinen ohlásit zdravotnickému operačnímu středisku dle §19 odst. 4 zákona č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě.

„Rozhodne-li vedoucí výjezdové skupiny o neposkytnutí přednemocniční neodkladné péče podle odstavce 3, je povinen neprodleně oznámit tuto skutečnost zdravotnickému operačnímu středisku nebo pomocnému operačnímu středisku, včetně důvodu tohoto rozhodnutí.“

1.6.4 Neposkytnutí první pomoci

V případě neposkytnutí potřebné pomoci (pod níž spadá i první pomoc), ublížení na zdraví z nedbalosti a usmrcení z nedbalosti může být trestně stíhán zdravotník i laik. V případě laika se jedná o maximální trest odnětí svobody až na dva roky, jak praví §150 odst. 1 zákona č. 40/2009 Sb. trestního zákoníku.

„Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.“

Zdravotník může být potrestán zákazem činnosti a odnětím svobody až na tři roky dle §150 odst. 2 zákona č. 40/2009 Sb. trestního zákoníku. Avšak kdyby k tomu došlo při výkonu praxe, práce, zaměstnání či povolání zaviněně, nebo minimálně z nedbalosti k ublížení na zdraví, bude aplikován vyšší trest dle §148 odst. 1., nebo §147 odst. 1 a 2, anebo §143 odst. 1 a 2 zákona č.40/2009 Sb.

„Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.“

Za ublížení na zdraví může být zdravotník potrestán zákazem činnosti nebo odnětím svobody až na jeden rok dle §148 odst. 1 zákona č. 40/2009 Sb. trestního zákoníku.

„Kdo jinému z nedbalosti ublíží na zdraví tím, že poruší povinnost vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok nebo zákazem činnosti.“

Těžké ublížení na zdraví z nedbalosti může mít pro zdravotníka důsledek odnětím svobody na šest měsíců až čtyři léta nebo peněžitým trestem dle §147 odst. 2 zákona č.40/2009 Sb. trestního zákoníku.

„Odnětím svobody na šest měsíců až čtyři léta nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán, spáchá-li čin těžké ublížení na zdraví z nedbalosti proto, že porušil důležitou povinnost vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona.“

V situaci, kdy dojde ke způsobení smrti z nedbalosti, může být zdravotník potrestán odnětím svobody na jeden rok až šest let dle §143 odst. 2 zákona č. 40/2009 Sb. trestního zákoníku.

„Odnětím svobody na jeden rok až šest let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin usmrcení z nedbalosti proto, že porušil důležitou povinnost vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona.“

1.6.5 Dříve vyslovené přání

Termín „dříve vyslovené přání“ je ukotven do české legislativy zákonem č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Jedině praxe a čas mohou ukázat, jakým způsobem se bude takovýto doklad prokazovat a ověřovat (Těšínová, 2011).

§36 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování popisuje možnost pacientů, jak vyjádřit svůj názor na situaci pro případ pozdější neschopnosti.

„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“).“

§36 odst. 5 zákona č.372/2011 Sb. vysvětluje především zdravotníkům, jak postupovat v souvislosti se záchranou života pacienta a „dříve vysloveným přáním“.

„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“.

Administrativa a časová náročnost úkonů nedovoluje „dříve vyslovené přání“ zcela dodržet, a to například v situaci, kdy by došlo k náhlému selhání základních životních funkcí. Neodkladná resuscitace musí být zahájena vždy dle platných standardů, a jestliže dojde k obnovení vitálních funkcí, byla by zdravotní vůle pacienta stejně dodána pozdě (Těšínová, 2011).

1.6.6 Poskytování zdravotních služeb bez souhlasu pacienta

S takovýmto případem se nejčastěji setkávají zdravotníci pracující v terénu, kdy pacientův stav neumožňuje rozhodnutí o poskytnutí souhlasu či nesouhlasu s léčbou. I těmto pacientům je potřeba poskytnout neodkladnou péči nutnou k odvrácení úmrtí nebo závažnému zhoršení stavu. V takovýchto situacích se řídíme dle článku 8 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, kdy jde o stav nouze vyžadující okamžitá řešení (Mach, 2010).

„Pokud v situacích nouze nelze získat příslušný souhlas, jakýkoliv nutný lékařský zákrok lze provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotyčné osoby (96/2001 Sb.m.s. Úmluva o lidských právech a biomedicíně, článek 8).“

§34 odst. 8 zákona č.372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování určuje kompetentní osobu pro poskytnutí souhlasu, jedná-li se o zletilého pacienta.

„Jestliže pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, a nejde-li o zdravotní služby, které lze poskytnout bez souhlasu, vyžaduje se souhlas osoby určené pacientem podle § 33 odst. 1 (osoby určené pacientem, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu), není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, manžela nebo registrovaného partnera, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas rodiče, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas jiné osoby blízké způsobilé k právních úkonům, pokud je známa“.

Další okolnosti poskytování péče u zletilého pacienta bez souhlasu popisuje §38 odst. 3 zákona č.372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, které provádí čl. 7 a čl. 8 Úmluvy o biomedicíně.

„Pacientovi lze bez jeho souhlasu poskytnout pouze neodkladnou péči, a to v případě, kdy zdravotní stav neumožňuje pacientovi tento souhlas vyslovit; tím není dotčeno dříve vyslovené přání podle § 36, nebo léčby vážné duševní poruchy, pokud by v důsledku jejího neléčení došlo se vši pravděpodobností k vážnému poškození zdraví pacienta“.

Kompetentní osoby k poskytnutí souhlasu ohledně nezletilého pacienta nebo osob zbavených způsobilosti k právním úkonům určuje §35 odst. 4 zákona č.372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

„Jde-li o zdravotní služby, které lze podle § 38 poskytovat bez souhlasu a jsou-li nezbytné k záchraně života nebo zdraví nezletilého pacienta a odpírají-li rodiče nebo jeden z nich nebo jiný zákonný zástupce souhlas, rozhodne o poskytnutí zdravotních služeb ošetřující lékař nebo jiný zdravotnický pracovník, určený poskytovatelem“.

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Zmapovat postupy zdravotnických záchranářů v souvislosti se zahájením či nezahájením kardiopulmonální resuscitace v místě výjezdu při podezření na smrt.

2.2 Výzkumná otázka

Řídí se zdravotničtí záchranáři vždy podle svých kompetencí v souvislosti se zahájením či nezahájením kardiopulmonální resuscitace v místě výjezdu?

3 METODIKA

Tato bakalářská práce byla zpracována na základě kvalitativního výzkumu, k němuž jsem využila metody polostrukturovaného rozhovoru. Sběr dat byl proveden pomocí rozhovorů nahrávaných na diktafon. Rozhovor obsahoval 13 otázek zaměřených na postupy zdravotnických záchranářů při podezření na smrt v místě události.

Vybranou skupinou respondentů jsou zdravotničtí záchranáři Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje. S rozhovorem a zapojením do mého výzkumu souhlasili všichni dotázaní. Ti byli vybráni především dle délky praxe a pohlaví. Věk dotazovaných zdravotnických záchranářů se pohybuje od 22 do 49 let a i délka vykonávání praxe je velice různá. Někteří pracují u zdravotnické záchranné služby krátkou dobu (0,5 roku), jiní i více než 10 let. Výzkumné šetření probíhalo v období říjen 2011 až březen 2012.

4 VÝSLEDKY

4.1 Přepis rozhovorů

4.1.1 Zdravotnický záchranář číslo 1

Žena, 31 let, délka praxe 3 roky, dosažený titul Bc.

Setkáváte se ve Vaší profesi s příjezdem k člověku, který má zřejmé jisté známky smrti?
Jak postupujete po příjezdu v posádce RZP?

Nejčastěji se s těmito situacemi setkávají kolegové, kteří jezdí v systému RV, protože pokud je hlášeno bezvědomí – ohledání, tak na místo vyjíždí pouze posádka RV. Ostatní posádky vyjíždí k bezvědomí, kdy podle informací od volajícího existuje pravděpodobnost, že pacienta lze zachránit. Někdy se stane, že na místo přijede posádka RZP a RV současně a pacient je již delší dobu po smrti. Vzhledem k dostupnosti lékaře mohou obě posádky přijet téměř současně, takže posádka RZP se řídí pokyny lékaře. Pokud se stane, že na místo skutečně dorazí jako první posádka RZP, tak ta není oprávněna konstatovat smrt, pokud pacient nejeví jisté známky smrti. To je ale pouze posmrtná ztuhlost a např. dekapitace. Posmrtné skvrny se někdy uvádějí jako nejisté známky smrti. Sama jsem se přesvědčila, že je nelze bezpečně identifikovat. Např. u pacientů s rozsáhlými hematomy, kteří leží zrovna tak, že se tyto hematomy jeví jako posmrtné skvrny. V případě, kdy tedy je již plně rozvinutá posmrtná ztuhlost či dojde k dekapitaci a zranění je evidentně neslučitelné se životem a není naděje na záchranu, tak posádka pouze připojí pacienta na monitor a potvrdí smrt vytištěním EKG záznamu s asystolií v minimálně 3 svodech. Počká se na příjezd lékaře, který vypíše list o prohlídce mrtvého, a pacient je ponechán na místě.

Setkáváte se ve Vaší profesi s příjezdem k člověku, který nemá hmatný tep a nedýchá?
Jak postupujete po příjezdu na místo v posádce RZP?

Ano, setkávám. Bezvědomí tohoto typu však posuzujeme pouze podle zástavy dechu, stavu zornic a křivky EKG. Palpace pulzu se neprovádí, nebo pouze výjimečně.

Spolehlivou metodou je pouze EKG křivka, kterou lze získat okamžitě přiložením pádel na hrud' pacienta. Posádka okamžitě zahajuje nepřímou srdeční masáž a manuální resuscitaci dýcháním, zpravidla nejprve ambuvakem. Během srdeční masáže připravujeme pomůcky pro zajištění žilního přístupu a zajištění dýchacích cest laryngální maskou. Srdeční masáž a vdechy ambuvakem lze provádět jednou osobou, a proto druhý ze záchránců pracuje na dalších postupech. Nebo masáž provádí jeden ze záchránců a v cyklech mezi jednotlivými vdechy se druhý záchránce věnuje dalším postupům. Po zajištění žilní linky a zajištění dýchacích cest posádka pokračuje v neodkladné resuscitaci, dokud nedojde k obnovení oběhu a dechu nebo do příjezdu lékaře. V případě komorové fibrilace nebo bezpulzové komorové tachykardie a pacient je v bezvědomí použijeme defibrilační výboj.

Ukončil jste někdy resuscitaci dříve, než na místo dorazil lékař?

Ne, nikdy, to není v mé kompetenci.

Jaké máte pocity při výjezdu v posádce RZP k bezvědomí nebo telefonicky asistované neodkladné resuscitaci (TANR)? Jsou tyto pocity jiné, když vyrážíte na výjezd s lékařem?

Pocity mám stejné jako při každém jiném výjezdu. Pocit při výjezdu bez lékaře je příjemnější. Jsem rozhodně klidnější, protože vím, co mám dělat a co mohu udělat. Většina kmenových lékařů běh situace zhoršuje a posádku i rodinu zbytečně stresuje.

Jaký máte názor na resuscitaci před rodinnými příslušníky pacienta?

V žádném případě se takto nepostupuje, pokud lze resuscitovat bez nich. Na veřejnosti to však nejde. V každém případě by se resuscitace měla provádět za co nejmenšího počtu osob okolo, rodiny nevyjímaje. Bohužel však v praxi místo události ani přítomnost lidí neovlivníme.

Resuscitujete nebo prodlužujete resuscitaci v případech, kdy je vám jasné, že se bude jednat o neúspěšný pokus, pouze proto, aby si rodina pacienta myslela, že jste udělali maximum?

Ano, někdy je to nezbytné. Jde o jakousi morální podporu. Provádí se to hlavně u dětí, kde, i když víme, že již není žádná naděje, tak se v resuscitaci pokračuje. Postupovala jsem tak několikrát i u mladších pacientů, kde došlo k náhlému úmrtí bez předchozí jasné příčiny. Rodina by měla vědět, že bylo učiněno vše. Ale vše záleží na lékaři. Pokud ten ukončí resuscitaci, tak posádka musí s oživovacími pokusy přestat.

Jak se cítíte a chováte při resuscitování již nezresuscitovatelného stavu (terminální stadium onkologického onemocnění), jestliže znáte anamnézu pacienta, ke kterému pravidelně vyjíždíte?

Postupuji jinak než u jiných pacientů. Mou povinností je zahájit resuscitaci, ale je jasné, že stav je již tak vážný, že případná obnova vitálních funkcí by vlastně nebyla pro nikoho přínosem a jen by prodloužila pacientovi utrpení a bolest. Resuscitaci provádím, ale s menším důrazem na hloubku stlačení hrudníku. Jinak postupuji stejně jako u jiných pacientů. Pocity mám neutrální. Situaci vyhodnocuji racionálně, nikoli emocionálně. Zhodnotím fakta a podle toho volím postup. Emocím se někdy člověk neubrání, ale na práci nemají vliv.

Jaké máte pocity při resuscitaci člověka s devastujícím poranění hlavy (střelná poranění, rozsáhlé kraniotrauma)? Myslíte při takové resuscitaci na udržení člověka při životě, nebo ho vnímáte jako potencionálního dárce orgánů?

Pocity mám opět neutrální. Je to výjezd jako každý jiný, z pohledu posádky RZP. Ano, na takové varianty myslím, ale na postupu se nic nemění. Posádka RZP vždy provádí všechny postupy, které jsou pro danou situaci indikované, produktivní, které mají smysl. Na případný odběr orgánu to nemá vliv. O smrti však rozhodne lékař, a pokud ten ukončí resuscitaci jako neúspěšnou a požaduje ukončení všech oživovacích pokusů, tak posádka musí toto rozhodnutí respektovat.

Má vliv na Vámi prováděnou KPR charakter a vyhlídka postižení a kvalita života zresuscitovaného?

Ne, postup u resuscitace je vždy stejný, kromě situace, kterou jsem zmínila výše, terminální stadium nemoci. Zde nechceme prodlužovat nevyhnutelné, a proto v podstatě srdeční masáž „šidíme“. V každém jiném případě je ale celá KPR prováděna tak, jak má být.

Líší se Váš přístup ke KPR u mladých a starých pacientů?

Ne, jak jsem již odpověděla výše.

Myslíte při resuscitaci na „dříve vyslovená přání“? Víte, jak v praxi postupovat?

Nikdy jsem se s takovým „přáním“ nesetkala. To má zřejmě hned několik logických důvodů. Musel by být na místě někdo, kdo o tomto přání ví, a to jsou zpravidla jen velmi blízké osoby. Těmto osobám na pacientovi zpravidla velmi záleží a myslím si, že tyto osoby mají ve chvíli, kdy se rozhoduje mezi smrtí a životem pacienta, úplně jiné myšlenky a úplně jiná přání. Proto se k nám zřejmě žádná nedostanou. Další předpoklad je skutečnost, že pokud rodina chce pacientovi vyhovět a nenechat ho resuscitovat, chce respektovat jeho přání zemřít, tak v okamžiku umírání nevolá záchrannou službu a taková rodina ani nedává pacienta do péče nemocnice. Nebo jen na nezbytně krátkou dobu pro zvládnutí akutního stavu.

Znáte své kompetence při KPR? Víte, jaký zákon je upravuje?

Ano, znám své kompetence. Moc jich není, tak se dobře pamatují. Řídíme se zákonem o záchranné službě, ale kompetence jsou nám blíže upraveny vnitřním předpisem, který kompetence upřesňuje. Vnitřní předpisy se stále upravují. V současné době je nám podle nich dovoleno i podat adrenalin při resuscitaci, což je ale v rozporu se zákonem. Proto se takovým vnitřním předpisem neřídím. Zaměstnavatel mi sice evidentně může povolit něco, co mi zákon zakazuje, ale nemůže po mě vyžadovat, abych takový postup dodržovala.

Jak se cítíte po neúspěšné resuscitaci v posádce RZP?

Neexistuje situace, kdy by resuscitace byla neúspěšná a na místě by byla až do jejího ukončení pouze posádka RZP. Na místě je vždy dříve či později lékař. Pokud je resuscitace neúspěšná, neřeším to, protože vím, že jsem udělala vše, co mi kompetence dovolují nebo co lékař indikoval. Postup u resuscitace je daný, neměnný a není individuální, postupuje se vždy stejně. Takže není prostor pro úvahy o tom, co se dalo ještě udělat. Myslím u středního zdravotnického personálu. Lékař má více možností, protože má k dispozici celou škálu léků. Posádka RZP může ovlivnit kvalitu resuscitace a tím i vlastní svědomí pouze kvalitou své práce, kterou se snažím osobně udržet na co nejvyšší úrovni právě kvůli vlastním pocitům a vlastnímu svědomí.

4.1.2 Zdravotnický záchranář číslo 2

Muž, 22 let, délka praxe 0,5 roku, dosažený titul Bc.

Setkáváte se ve Vaší profesi s příjezdem k člověku, který má zřejmé jisté známky smrti?

Jak postupujete po příjezdu v posádce RZP?

Na padesáti procentech výjezdů, které máme indikované jako bezvědomí, po dojezdu na místo shledáváme, že pacient jeví jisté známky smrti a nezahajujeme resuscitaci. Pokud si v posádce RZP nejsem jistý jistými známkami smrti, zahájím resuscitaci vždy a počkám na příjezd lékaře, který rozhodne o ukončení.

Setkáváte se ve Vaší profesi s příjezdem k člověku, který nemá hmatný tep a nedýchá?

Jak postupujete po příjezdu na místo?

Ano, setkávám. Postupuji dle algoritmu ABC a dle krajského předpisu o resuscitaci.

Ukončil jste někdy resuscitaci dříve, než na místo dorazil lékař?

Ne, zatím jsem se nesešel s případem, že bych byl nucen ukončit resuscitaci například z důvodu vyčerpání.

Jaké máte pocity při výjezdu v posádce RZP k bezvědomí nebo TANR? Jsou tyto pocity jiné, když vyrážíte na výjezd s lékařem?

Jestliže jedu na takový výjezd v posádce RZP, cítím se stejně jako v posádce RLP a cestou si promýšlím, co vezmu, abych nic nezapomněl, a v duchu si opakuji postup KPR. Jiné pocity zažívám jako řidič RV, kdy cítím velkou odpovědnost za dopravení lékaře na místo KPR.

Jaký máte názor na resuscitaci před rodinnými příslušníky pacienta?

Není mi to příjemné, radši resuscituji v uzavřeném prostoru, ale pokud je situace taková, že musím provádět KPR před rodinou, snažím se okolí nevnímat.

Resuscitujete nebo prodlužujete resuscitaci v případech, kdy je vám jasné, že se bude jednat o neúspěšný pokus, pouze proto, aby si rodina pacienta myslela, že jste udělali maximum?

Zatím jsem se neseťkal s případem, že bychom uměle prodlužovali resuscitaci po příjezdu lékaře na místo.

Jak se cítíte a chováte při resuscitování již nezresuscitovatelného stavu (terminální stadium onkologického onemocnění), jestliže znáte anamnézu pacienta, ke kterému pravidelně vyjíždíte?

S touto situací jsem se za svou praxi ještě neseťkal a nedokážu si představit, jak bych se zachoval. Nejspíš bych v takové situaci nezačal resuscitaci, ale po předchozí domluvě s rodinou.

Jaké máte pocity při resuscitaci člověka s devastujícím poraněním hlavy (střelná poranění, rozsáhlé kraniotrauma)? Myslíte při takové resuscitaci na udržení člověka při životě, nebo ho vnímáte jako potencionálního dárce orgánů?

Ať se jedná o jakoukoli resuscitaci, snažím se potlačit své pocity a dát do záchrany všechno, ať se jedná o staříka nebo dvacetiletého s kraniotraumatem. Ne vždy se to daří. Člověk má při resuscitaci mladého pacienta pocit, že ho musí vždy zachránit.

V takovýchto situacích myslím na udržení účinného oběhu potencionálního dárce. A pokračuji v resuscitaci do příjezdu lékaře, který rozhodne o dalším postupu.

Má vliv na vámi prováděnou KPR charakter a vyhlídka postižení a kvalita života zresuscitovaného?

Nemá, u každého provádím KPR stejně.

Líší se Váš přístup ke KPR u mladých a starých pacientů?

Jak jsem již zmiňoval výše, tak KPR provádím stejně, ale v případě ukončení je mi to u mladého pacienta více nepříjemné.

Myslíte při resuscitaci na „dříve vyslovená přání“? Víte, jak v praxi postupovat?

Myslím, že myslet na dříve vyslovená přání v přednemocniční neodkladné péči není moc reálné. A nevím, jak bych postupoval v případě, kdy by na mě rodina tlačila rodina, abych nezahajoval resuscitaci, a zároveň argumentovala notářsky ověřeným přáním o nezahájení resuscitace.

Znáte své kompetence při KPR? Víte, jaký zákon je upravuje?

Ano, své kompetence znám. Mám je jasně dané Jihočeskou zdravotnickou záchrannou službou. Kompetence při KPR udává zákon? Myslím, že 40/1960 o zdraví lidu a 221/2011 Sb.

Jak se cítíte po neúspěšné resuscitaci v posádce RZP?

Hlavou mi běží, co mám doplnit do auta, abych byl opět připraven na další výjezd.

4.1.3 Zdravotnický záchranář číslo 3

Muž, 29 let, délka praxe 3,5 roku, dosažený titul Mgr.

Setkáváte se ve Vaší profesi s příjezdem k člověku, který má zřejmé jisté známky smrti?

Jak postupujete po příjezdu v posádce RZP?

Setkávám. Po příjezdu v posádce RZP bychom měli začít postupovat podle našich kompetencí, kdy já nemůžu určit smrt do příjezdu lékaře, pokud tam nejsou naprosto jisté známky smrti, jako jsou dekapitace a masivní poranění a posmrtné známky jako například posmrtné skvrny.

Setkáváte se ve Vaší profesi s příjezdem k člověku, který nemá hmatný tep a nedýchá? Jak postupujete po příjezdu na místo v posádce RZP?

To je jednoduché, zahájím KPR. Někdy je na první pohled vidět, že ten pacient je tam už dlouhou dobu a je mrtvý. I my už víme, že se na místě nedá nic dělat, tak přesto srdeční masáž děláme, zvláště když jsme tam bez doktora. Provádí se komprese hrudníku a dýcháme s pacientem. V podstatě ne úplně na oko, ale pro tu rodinu je dobré, že ví, že se alespoň něco dělalo. Někteří doktoři nám nadávají, co tam blbneme a děláme. Pak záleží na rodině, když budeme u pacienta v posádce RZP a doktor bude na výjezdu. Příkladem je posádka v Kaplici. Než dojede doktor z Krumlova, tak se můžeme rozumně domluvit, že pacient zemřel, pokud k tomu má rodina rozumný přístup a bylo tam nějaké závažné onemocnění. Ale vždycky bychom měli resuscitovat, než přijede doktor.

Ukončil jste někdy resuscitaci dříve, než na místo dorazil lékař?

Nevzpomínám si, myslím, že ne.

Jaké máte pocity při výjezdu v posádce RZP k bezvědomí nebo TANR? Jsou tyto pocity jiné, když vyrážíte na výjezd s lékařem?

Budu to brát, že jsme pouze v RZP, tudíž třeba v Kaplici. Určitě je to jiné, protože když jedeme s lékařem, tak si určuje on, co bude chtít dělat. Samozřejmě ty postupy známe. Vše záleží na tom, s jakým lékařem jedeme, to je hrozně důležité. Někdy mnohdy jedeme radši sami. Na druhou stranu 80% lidí, co jsou hlášení jako bezvědomí nebo TANR, tak po příjezdu se proberou, že to tak úplně bezvědomí není. A když se podávala TANR, tak se s námi pacienti i po příjezdu perou. Když budu v Kaplici a budu vědět, že je doktor daleko, tak nebudu více nervózní, ale spíše více soustředěný. Naše kompetence jsou jasně dané a poměrně omezené, takže i to nám dává klid na výjezdy. Víme hranice

toho, co můžeme dělat. A když jedeme na takový výjezd v Kaplici, tak si říkám, že budeme dělat to, co máme. Budeme mačkat, budeme dýchat. Většinou pak dojede lékař z Krumlova, se kterým pak spolupracujeme na intubaci a dále.

Jaký máte názor na resuscitaci před rodinnými příslušníky pacienta?

Já si myslím, že rodina by u toho asi být neměla. Pokud je to možné, tak by měli jít vedle do místnosti a tam prostě počkat. Každý člověk je jiný, někdo u toho chce být, někdo ne. Určitě bych to nechal na nich, ale záleží na jejich chování. Pokud nepřekáží a nedělají hysterické scény a přejí si u toho být, například matka u dítěte, tak bych jim to úplně nezakazoval. Na druhou stranu, my musíme mít na práci klid. Nemůžeme resuscitovat a ještě se při tom starat o rodinu. Nejvhodnější je, když jeden člověk odvede rodinu vedle do pokoje a tam čekají. Chápu, že pro někoho je to možná horší než tu resuscitaci vidět naživo, ale spíš bych viděl, aby byli vedle v pokoji.

Resuscitujete nebo prodlužujete resuscitaci v případech, kdy je vám jasné, že se bude jednat o neúspěšný pokus, pouze proto, aby si rodina pacienta myslela, že jste udělali maximum?

V podstatě ano. Čas od času se to dělá, pokud jsme tam jako RZP. Pokud je tam lékař, tak je výhoda, že lékaři jsou ve společnosti bráni hodně vysoko a pokud lékař řekne, že se s tím nedalo nic dělat, tak ta rodina se s tím lépe smíří. Když to řeknu já, jako zdravotnický záchranář, tak na mě budou koukat jako z jara. A vždy je dobré, když poslední slovo řekne lékař.

Jak se cítíte a chováte při resuscitování již nezresuscitovatelného stavu (terminální stadium onkologického onemocnění), jestliže znáte anamnézu pacienta, ke kterému pravidelně vyjíždíte?

Nedávno nám říkal jeden lékař na školení, že i přes terminální stadium onemocnění by měli lidé být resuscitováni a předáni na ARO a tam ať oni rozhodnou. Pokud jsme tam my, tak bychom měli zahájit resuscitaci. Ale myslím si, že tyhle lidi by se už resuscitovat neměli. Ale je tu nějaký zákon nebo vyhláška, které se musím držet. Já tedy

nejsem kompetentní k tomu říct, že se s tím člověkem nic dělat nebude. Zní to divně, ale na tom místě se vlastně uklidníme. Sice budeme něco dělat, než přijede lékař, když si rodina resuscitaci přeje, ale my tu resuscitaci provádíme tak, že už tam není co zkazit. Dá se to brát i tak, že čas od času vidí i ten lékař, že resuscitace k ničemu nevede, ale přesto se snažíme a tu resuscitaci si provedeme. Už i z důvodu nácviku.

Jaké máte pocity při resuscitaci člověka s devastujícím poraněním hlavy (střelná poranění, rozsáhlé kraniotrauma)? Myslíte při takové resuscitaci na udržení člověka při životě, nebo ho vnímáte jako potencionálního dárce orgánů?

Když má pacient střelné poranění, tak já se necítím kompetentní k tomu, abych si mohl i sám pro sebe říct, jestli myslím na dárcovství. Protože někdy to může vypadat a rozsáhle, ale nakonec nemusí být. Můžou být poraněné jen okolní tkáň a mozek být poškozen nemusí. Pokud bych to věděl a bylo to opravdu zjevné, tak bych opravdu myslel na udržení fyziologických funkcí, kromě vědomí, právě z důvodu možnosti dárcovství orgánů.

Má vliv na vámi prováděnou KPR charakter a vyhlídka postižení a kvalita života zresuscitovaného?

Chtělo by se mi říct, že ne, že vždycky, když provádíme resuscitaci, tak ji provádíme stejně naplno. Ale asi to tak nemusí být vždy. Teď to беру i z toho pohledu, kdy je na místě lékař a vidím, že když jde o mladého člověka, tak jsme na místě déle a resuscitace se provádí delší dobu. Dalo by se říct, že ten člověk dostává více šancí. Když je člověk mladý, tak se dělá naprosté maximum. Když půjde o hodně starého člověka a rodina bude dělat doprovodnou scénu, proč nic neděláme, tak to bude úplně něco jiného, protože vidina kvality života tam není potom velká. Necítím se kompetentní ani vzděláním ani zkušenostmi schopný říct, jaká další kvalita života bude nebo nebude. Po 3 letech školy a 3,5 roku praxe se necítím na to, abych mohl tyto stavy hodnotit, od toho je lékař.

Líší se Váš přístup ke KPR u mladých a starých pacientů?

Kdyby se mě na tohle ptal někdo z vedení, tak mu vždycky řeknu, že ne. Že v žádném případě. Že vždy postupujeme naprosto stejně, protože algoritmy u KPR jsou u mladých a starých stejné. Ale je to jiné. U mladých lidí nejde ani tak o postupy ale o čas. Čas, který jsme na výjezdu a čas, kdy se zahájí resuscitace a určí smrt. U starých lidí to může být třeba po 5-10 minutách, ale u mladých nebo dětí může být třeba 30-45 minut nebo až hodinu, záleží na okolnostech. Například jestli byl pacient podchlazený.

Myslíte při resuscitaci na „dříve vyslovená přání“? Víte, jak v praxi postupovat?

Nejsem si jistý, jestli fungují nějaké kartičky DNR, myslím do not resuscitate, protože v zahraničí to funguje. Lidé nosí kartičky u sebe, a pokud člověk za stavu, kdy je naprosto při vědomí a je schopen o sobě rozhodovat, rozhodne, že si resuscitaci nepřeje, tak bych jeho přání akceptoval. Asi by se k tomu mělo přistupovat tak, že by se resuscitace měla poskytovat vždy, ale pokud by tam bylo teoreticky zjevné přání a člověk by měl u sebe nějakou kartu a tam by měl napsáno, že nechce být resuscitován, tak bych k tomu přihlídl.

Znáte své kompetence při KPR? Víte, jaký zákon je upravuje?

Kompetence si myslím, že znám. Myslím, že je neupravuje zákon, ale vyhláška. Vyhláška z loňského roku, číslo 52 z roku 2011, ale já si tím nejsem vůbec jistý. Vím, že ji máme v práci, takže kdybych ji měl i jinde k dispozici, tak bych to číslo asi znal.

Jak se cítíte po neúspěšné resuscitaci v posádce RZP?

Záleží na okolnostech výjezdu. Spíše mi jde o to, jak to vzala rodina. I když je to starý člověk a ta rodina na to reagovala emotivně, tak to samozřejmě přenáší i na mě a je to nepříjemný pocit. Pokud je to resuscitace starého člověka, tak lidské tělo je nastavené na nějaký čas a nikdo tu nebude věčně, v přírodě nic není věčné. Lidské tělo nebude nikdy žít 200 let, takže když někdo zemře v devadesáti letech, protože je starý, tak to necítím nijak divně. Pokud to bude mladý člověk a budu tam sám bez lékaře, tak bych si asi přehrával v hlavě, jestli jsme udělali všechno, co jsme mohli udělat a co by

se příště dalo udělat jinak. Rozhodně pokud jde o lidi v mém věku nebo děti, tak to jsou nepříjemné výjezdy, po kterých se asi nikdo necítí dobře.

4.1.4 Zdravotnický záchranář číslo 4

Muž, 34 let, délka praxe 10 let, dosažený titul Mgr.

Setkáváte se ve Vaší profesi s příjezdem k člověku, který má zřejmé jisté známky smrti?
Jak postupujete po příjezdu v posádce RZP?

Jisté známky smrti? Nahlásím to na dispečink a domluvím se s dispečinkem, podle toho v jaké jsem poloze. Když budu někde, kde je dostupný praktický lékař, tak si zavolám jeho. Když je dostupný a domluvím se s dispečinkem, tak nemám problém tam počkat. Když se domluvíme tak, že je doktor nedostupný nebo je to někde v nedostupném terénu, nebo nemá čas, tak odjedu, protože je to nahlášené. S tím, že tenhle postup není krytý zákonem, ale už jsem to realizoval.

Setkáváte se ve Vaší profesi s příjezdem k člověku, který nemá hmatný tep a nedýchá?
Jak postupujete po příjezdu na místo?

Pokud nemá jisté známky smrti, tak zahájím kardiopulmonální resuscitaci, informuji dispečink a do příjezdu posádky RLP nebo RV provádím kompletní resuscitaci.

Ukončil jste někdy resuscitaci dříve, než na místo dorazil lékař?

Ne, neukončil. V momentě, kdy tam nejsou jisté známky smrti a já nemám možnost být krytý zákonem, tak si to nedovolím. Dispečink je informovaný, a pokud mi tvrdí, že posílá posádku RLP nebo RV, tak já na doktora čekám a děj se vůle boží.

Jaké máte pocity při výjezdu v posádce RZP k bezvědomí nebo TANR? Jsou tyto pocity jiné, když vyrážíte na výjezd s lékařem?

Jsou jiné v tom, že já musím v posádce RLP doktora respektovat a nemohu si tam čarovat sám. A když tam přijedu sám, tak provádím všechno tak, aby to bylo na moji zodpovědnost. Je to určitě jiné, možná jiný stres.

Jaký máte názor na resuscitaci před rodinnými příslušníky pacienta?

Mám pocit, že mě kontrolují. Oni samozřejmě mají právo tam být, ale já mam právo na klidnou práci. Na druhou stranu, když oni vidí, že vše probíhá adekvátně a že se tam nedloubete v nose, tak nikdo nemůže říct křivého slova. Mnohdy, když člověk resuscituje, tak to okolí nezvládá sledovat. Člověk pak ani neví, jestli byl v rodinném či panelovém domě.

Resuscitujete nebo prodlužujete resuscitaci v případech, kdy je vám jasné, že se bude jednat o neúspěšný pokus, pouze proto, aby si rodina pacienta myslela, že jste udělali maximum?

Toto není v mých kompetencích, já prostě musím jet tak, abych byl krytý já. Abych udělal v rámci svého svědomí pro pacienta maximum. Nemyslím si, že v momentě, kdy by se jednalo o nějakou věkově nepříznivou diagnózu, tak že bych to nějak ukončoval. Já si to nemůžu podle zákona dovolit, takže musím dělat maximum, ať se jedná o dítě nebo o staršího člověka.

Jak se cítíte a chováte při resuscitování již nezresuscitovatelného stavu (terminální stadium onkologického onemocnění), jestliže znáte anamnézu pacienta, ke kterému pravidelně vyjíždíte?

Nesmím si dovolit neresuscitovat. Nikdo mě nepokryje, žádný zákon. Žádný kolega mě nepokryje, když se na to vykašlu, takže musím resuscitovat, pokud pacient nemá známky neslučitelné se životem. Takže resuscituji vždy, za každých okolností.

Jaké máte pocity při resuscitaci člověka s devastujícím poranění hlavy (střelná poranění, rozsáhlé kraniotrauma)? Myslíte při takové resuscitaci na udržení člověka při životě, nebo ho vnímáte jako potencionálního dárce orgánů?

O to v tu chvíli podle mě nejde. Člověk, který má nějakým způsobem zachovalou životní funkci, tak se snažím obnovit ostatní, nebo je udržovat. Spíš myslím na to, že se ten člověk z toho může dostat a někdy i bez následků. Spíš by byl pak dobrý pocit z toho, že se z toho ten člověk dostane. Pokud se nebude jednat o devastující poranění neslučitelné se životem, kdy já jsem krytý a nemusím resuscitovat a bude to jen střelné poranění, i když do hlavy, tak resuscitovat vždy budu.

Má vliv na vámi prováděnou KPR charakter a vyhlídka postižení a kvalita života zresuscitovaného?

Určitě nemá vliv. V tu chvíli je vám tohle úplně jedno. Pokud to děláte ve sto procentní, ne-li sto deseti procentní koncentraci na průběh, tak vás kvalita života vůbec nezajímá. Mě samozřejmě zajímá, jak ten člověk potom dopadl, ale na tohle člověk právo nemá, i když je zdravotník. Takže se k tomu oklikou rád dostávám, ale neměl bych to přiznávat, protože oficiální to není. Takže mě to pak zpětně zajímá, ale mnohdy se k tomu nedostanu.

Líší se Váš přístup ke KPR u mladých a starých pacientů?

Ne, je to totožné, pokud je pacient kardiak, či jde o trauma dítěte. Pokud je indikace k tomu, aby se zahájila resuscitace, pak se liší postupy v poměrech, ve frekvencích, v dávkování léků, ale jinak je postup úplně totožný.

Myslíte při resuscitaci na „dříve vyslovená přání“? Víte, jak v praxi postupovat?

Dříve vyslovená přání? Nerozumím vůbec. Ve smyslu neresuscitovat? My nejsme krytí, pro mě takový papír nemá žádnou váhu. Než zjistím platnost dokumentu, tak uběhne čas, během kterého jsem mohl stlačovat hrudník.

Znáte své kompetence při KPR? Víte, jaký zákon je upravuje?

Kompetence při KPR znám, je to 109 z roku 2011?

Jak se cítíte po neúspěšné resuscitaci v posádce RZP?

Záleží, o jakého jde pacienta, jakou věkovou kategorii, jakou příčinu a indikaci resuscitace. Záleží i jaká byla skladba posádky. To je hodně individuální. Jiné pocity jsou u dětí a jiné u starých lidí, ale je to adrenalin.

4.1.5 Zdravotnický záchranář číslo 5

Muž, 32 let, délka praxe 9 let, dosažený titul Bc.

Setkáváte se ve Vaší profesi s příjezdem k člověku, který má zřejmé jisté známky smrti?

Jak postupujete po příjezdu v posádce RZP?

Když má pacient jisté známky smrti, tak se neresuscituje. Počká se na příjezd lékaře, který bude konstatovat smrt a vypíše papíry o prohlídce mrtvého. Záchranář nemá kompetence k tomu, aby konstatoval smrt. Ale zvláštní je, že nemá resuscitovat, pokud pacient má jisté známky smrti.

Setkáváte se ve Vaší profesi s příjezdem k člověku, který nemá hmatný tep a nedýchá?

Jak postupujete po příjezdu na místo?

Pokud nejsou jisté známky smrti, zahájíme resuscitaci. Pouze jednou jsem po příjezdu viděl již nastupující mramorování kůže na zádech a bylo mi jasné, že je pacient mrtvý, proto jsem resuscitaci nezahájil i přesto, že ještě nebyly plně rozvinuty posmrtné skvrny.

Ukončil jste někdy resuscitaci dříve, než na místo dorazil lékař?

Nikdy jsem neukončil resuscitaci dříve, než na místo dorazil lékař.

Jaké máte pocity při výjezdu v posádce RZP k bezvědomí nebo TANR? Jsou tyto pocity jiné, když vyrážíte na výjezd s lékařem?

Bezvědomí může skrývat spoustu stavů, proto jsem připraven i na resuscitaci. Když je na místě lékař, tak je vedoucí posádky a já budu poslouchat jeho pokyny. Pokud jsem v posádce RZP, tak cítím vědomí odpovědnosti, protože já jsem vedoucí posádky.

Jaký máte názor na resuscitaci před rodinnými příslušníky pacienta?

Před rodinnými příslušníky je situace o něco těžší než resuscitace bez rodinných příslušníků. Co se týká samotného průběhu resuscitace, tak tam se nic nemění. Jsem si vědom tlaku a vnímám tlak smutku a zděšení rodinných příslušníků, kteří si až do poslední chvíle a i při konstatování smrti lékařem, nechtějí přiznat smrt rodinného příslušníka.

Resuscitujete nebo prodlužujete resuscitaci v případech, kdy je vám jasné, že se bude jednat o neúspěšný pokus, pouze proto, aby si rodina pacienta myslela, že jste udělali maximum?

Zřídka kdy, ale taky se tak občas stane. To okolí vyvíjí takový tlak, že za každou cenu i přes to, že stav nejde pozitivně zvrátit, rodina naléhá a přeje si transport pacienta do nemocnice. Tak v takovýchto situacích se k tomu přistupuje, ale zřídka kdy.

Jak se cítíte a chováte při resuscitování již nezresuscitovatelného stavu (terminální stadium onkologického onemocnění), jestliže znáte anamnézu pacienta, ke kterému pravidelně vyjíždíte?

Většinou jsem resuscitoval lidi, ke kterým jsem pravidelně nevyjížděl a viděl jsem je prvně. Proto tam byla snaha o obnovení základních životních funkcí. A pokud byl vyčerpán časový limit a lékař chtěl resuscitaci ukončit, tak skončila. Pokud byl dlouhý dojezd k pacientovi, kterého předtím nikdo neresuscitoval, a po příjezdu byla akce srdeční bez odpovědi, tak bylo patrné v celém týmu, že resuscitace nebude úspěšná, ale v celém týmu se pokračovalo.

Jaké máte pocity při resuscitaci člověka s devastujícím poranění hlavy (střelná poranění, rozsáhlé kraniotrauma)? Myslíte při takové resuscitaci na udržení člověka při životě, nebo ho vnímáte jako potencionálního dárce orgánů?

Lidé s tímto druhem poranění většinou umírají na místě a ani se netransportují. Pokud došlo k převozu pacienta, tak náš cíl byl udržet základní životní funkce. A co se týká potencionálního dárcovského programu, tak jsme to z pozice přednemocniční

neodkladné péče nechávali na nemocnici. Nemám pocit, že by se to někdy řešilo, že člověk bude potencionální dárce. Člověk se bude resuscitovat, dokud nebude konstatována smrt, a v jakémkoli stavu se člověk doveze na ARO.

Má vliv na vámi prováděnou KPR charakter a vyhlídka postižení a kvalita života zresuscitovaného?

Nemá. Musí se resuscitovat. Postup je stejný. Musí se pečovat o základní životní funkce jako ventilaci, oběh. Jsem si ale vědom jednoho případu. Jelo se na výzvu utonulého mladíka, trvalo asi 40 minut, než ho vytáhli, a dalších 10 minut dojezd sanitky a tam resuscitace trvala asi 5 minut. Na místě byl lékař a rozhodl o ukončení resuscitace, která proběhla vesměs formálně.

Líší se Váš přístup ke KPR u mladých a starých pacientů?

Neliší. Nevšiml jsem si rozdílu. Co se týká citové stránky věci, tak postup je stejný, ale emoční pozadí po resuscitaci je jiné.

Myslíte při resuscitaci na „dříve vyslovená přání“? Víte, jak v praxi postupovat?

Přesně nevím, co si pod tím mám představit. Budu si myslet, že třeba někdo nechce být resuscitován nebo nesouhlasí s odběrem orgánů. Nikdy jsem se nasetkal za dobu své praxe s tím, že bych tohle řešil. Vždycky se lidé resuscitovali, aniž by se vědělo o nějakém dřívějším přáním. Pokud bych to řešil sám v posádce RZP a rodina mě na toto upozornila, tak bych zahájil resuscitaci a zavolal bych lékaře. Případně bych chtěl konzultaci a zavolal bych na místo policii.

Znáte své kompetence při KPR? Víte, jaký zákon je upravuje?

V posádce RLP je řešení KPR na indikaci lékaře. V posádce RZP budu resuscitovat pacienty, nebudou-li jevit jisté známky smrti. Vycházím z kompetencí pro zdravotnické záchranáře. Vyhláška o zdravotnických profesích.

Jak se cítíte po neúspěšné resuscitaci v posádce RZP?

Záleží na okolnostech. Když se udělá vše, co se udělat má. Já žiju s tím, že ne vždycky se to přes veškeré úsilí může podařit. A samozřejmě by bylo problematické, kdyby se všechny věci neudělaly tak, jak se dělat mají. Ale podmínky nejsou vždycky optimální. Jsem smířený s tím, že i přes veškeré úsilí nemusí vždycky všechno vyjít pozitivně.

4.1.6 Zdravotnický záchranář číslo 6

Žena, 29 let, délka praxe 6 let, dosažený titul Dis.

Setkáváte se ve Vaší profesi s příjezdem k člověku, který má zřejmé jisté známky smrti?
Jak postupujete po příjezdu v posádce RZP?

V posádce RZP se s nimi nesetkávám často. Pokud bych nemohla uplatnit kontraindikace k zahájení resuscitace, tak zahájím KPR.

Setkáváte se ve Vaší profesi s příjezdem ke člověku, který nemá hmatný tep a nedýchá?
Jak postupujete po příjezdu na místo v posádce RZP?

Pokud pacient nedýchá a nemá hmatný tep, tak zahájím KPR a budu ji provádět až do příjezdu lékaře.

Ukončil jste někdy resuscitaci dříve, než na místo dorazil lékař?

Nikdy jsem neukončila KPR dříve, než na místo dorazil lékař.

Jaké máte pocity při výjezdu v posádce RZP k bezvědomí nebo TANR? Jsou tyto pocity jiné, když vyrážíte na výjezd s lékařem?

Uvědomuji si větší zodpovědnost. Cestou si v hlavě zopakují, co vše musím na místě udělat, abych neudělala žádnou chybu.

Jaký máte názor na resuscitaci před rodinnými příslušníky pacienta?

Přítomnost rodinných příslušníků je mi nepříjemná, raději resuscituji bez jejich přítomnosti. Myslím, že je to pro rodinu velmi traumatizující.

Resuscitujete nebo prodlužujete resuscitaci v případech, kdy je vám jasné, že se bude jednat o neúspěšný pokus, pouze proto, aby si rodina pacienta myslela, že jste udělali maximum?

Za určitých okolností je potřeba v rodinných příslušnících vybudovat dojem, že záchranáři udělali maximum, zejména jedná-li se o resuscitaci dětí, u které jsou rodiče přítomni.

Jak se cítíte a chováte při resuscitování již nezresuscitovatelného stavu (terminální stadium onkologického onemocnění), jestliže znáte anamnézu pacienta, ke kterému pravidelně vyjíždíte?

Tíha odpovědnosti z resuscitace je pryč, protože tuto resuscitaci vnímám jako formalitu. V posádce RZP musím zahájit resuscitaci, protože se necítím být kompetentní k rozhodnutí nezahájit resuscitaci.

Jaké máte pocity při resuscitaci člověka s devastujícím poranění hlavy (střelná poranění, rozsáhlé kraniotrauma)? Myslíte při takové resuscitaci na udržení člověka při životě, nebo ho vnímáte jako potenciaálního dárce orgánů?

Při resuscitaci v těchto případech, mám na mysli situaci, kdy postižený může být dárce orgánů, mám velký zájem o to, aby se člověk mohl jako dárce uplatnit. Uvědomuji si, že mnoho lidí by tyto „náhradní díly“ uvítalo. Proto se snažím pro ostatní udržet vitální funkce postiženého.

Má vliv na vámi prováděnou KPR charakter a vyhlídka postižení a kvalita života zresuscitovaného?

Kvalita života a prognóza postiženého souvisí s kvalitou naší práce, takže má.

Líší se Váš přístup ke KPR u mladých a starých pacientů?

V prováděné resuscitaci rozdíl nevidím. Pouze v případě resuscitace gerontologického pacienta mi není resuscitace příjemná, přikláníla bych se k důstojné

smrti pro pacienta. I v posádce RZP bych se snažila domluvit s rodinou, jestli si opravdu resuscitaci přejí.

Myslíte při resuscitaci na „dříve vyslovená přání“? Víte, jak v praxi postupovat?

Co je to „dříve vyslovené přání“? To je ustanoveno v novém zákoně? Netuším, co máte na mysli. Jestli máte na mysli přání neresuscitovat, tak bych ho respektovala. V případě, že bych měla pochybnosti o platnosti dokumentu, tak bych resuscitaci zahájila.

Znáte své kompetence při KPR? Víte, jaký zákon je upravuje?

Znám své kompetence dobře, učí mě je v práci, jsem na ně školená. Číst zákony mě nebaví, proto nevím, který zákon je upravuje.

Jak se cítíte po neúspěšné resuscitaci v posádce RZP?

Mé pocity souvisí s prognózou pacienta. Ve chvíli, kdy vím, že jsem udělala chybu a něco jsem provedla špatně, tak bych špatné pocity měla. V momentě kdy vím, že jsem udělala maximum, tak mám z resuscitace dobrý dojem.

4.1.7 Zdravotnický záchranář číslo 7

Muž, 49 let, délka praxe 24 let, dosažený titul Dis.

Setkáváte se ve Vaší profesi s příjezdem k člověku, který má zřejmé jisté známky smrti?

Jak postupujete po příjezdu v posádce RZP?

Setkání s takovýmto jedincem není v praxi časté, KZOS diferencuje a posílá posádku RV nebo RLP. Pokud zjišťuji jisté známky smrti, jsem povinen volat lékaře.

Setkáváte se ve Vaší profesi s příjezdem k člověku, který nemá hmatný tep a nedýchá?

Jak postupujete po příjezdu na místo?

Ano, ale vzhledem k ostatním stavům to není časté. V tomto případě pokračuji v TANR nebo zahajuji KPR.

Ukončil jste někdy resuscitaci dříve, než na místo dorazil lékař?

Ne.

Jaké máte pocity při výjezdu v posádce RZP k bezvědomí nebo TANR? Jsou tyto pocity jiné, když vyrážíte na výjezd s lékařem?

Obavy mám pochopitelně větší v posádce RZP. S lékařem jsem si jistější už z toho důvodu, že provedení KPR je ve 3 lidech komfortnější.

Jaký máte názor na resuscitaci před rodinnými příslušníky pacienta?

Záleží na chování rodinných příslušníků, v některých případech mohou ztěžovat provádění KPR. Osobně preferuji přítomnost rodinného příslušníka při resuscitaci, eventuálně ho i zapojuji, aby byl svědek toho, že naše činnost byla při neúspěchu vyčerpávající.

Resuscitujete nebo prodlužujete resuscitaci v případech, kdy je vám jasné, že se bude jednat o neúspěšný pokus, pouze proto, aby si rodina pacienta myslela, že jste udělali maximum?

Ano, v některých případech, např. děti.

Jak se cítíte a chováte při resuscitování již nezresuscitovatelného stavu (terminální stadium onkologického onemocnění), jestliže znáte anamnézu pacienta, ke kterému pravidelně vyjíždíte?

Dle mého názoru je zahájení resuscitace distanzí. Dle platné právní úpravy musím zahájit KPR a pokračovat v ní do doby příjezdu lékaře.

Jaké máte pocity při resuscitaci člověka s devastujícím poranění hlavy (střelná poranění, rozsáhlé kraniotrauma)? Myslíte při takové resuscitaci na udržení člověka při životě, nebo ho vnímáte jako potencionálního dárce orgánů?

Škála pocitů je různá dle okolností úrazu a stavu pacienta. Ano považuji to za jedno z hledisek zahájení resuscitace.

Má vliv na vámi prováděnou KPR charakter a vyhlídka postižení a kvalita života zresuscitovaného?

Většinou nejsem schopen při zahájení KPR odhadnout její efektivitu pro kvalitu dalšího života pacienta.

Líší se Váš přístup ke KPR u mladých a starých pacientů?

Většinou ano. Mladí pacienti dle mého názoru mají větší šanci na kvalitní přežití po KPR, pokud se nejedná o devastující poranění mozku.

Myslíte při resuscitaci na „dříve vyslovená přání“? Víte, jak v praxi postupovat?

S tímto případem jsem se ještě nasetkal.

Znáte své kompetence při KPR? Víte, jaký zákon je upravuje?

Ano, zákon 96/2004, vyhláška 424/2004

Jak se cítíte po neúspěšné resuscitaci v posádce RZP?

Jako každý pocit neúspěchu, jsem deprimován.

4.2 Vyhodnocení rozhovorů

V této podkapitole jsem vyhodnotila odpovědi jednotlivých zdravotnických záchranářů na své otázky, které jsem jim kladla v rozhovoru. Chtěla jsem především upozornit na podobně zodpovězené otázky a vyzdvihnout, jak moc odlišné odpovědi jsem v jednotlivých otázkách obdržela. Do výběrového souboru jsem zahrnula muže i ženy od 22 do 49 let, kdy někteří pracují na zdravotnické záchranné službě krátkou dobu (0,5 roku) a někteří 10 let a více.

4.2.1 Jisté známky smrti a postup v posádce RZP

S tímto jevem se v praxi setkávají všichni dotazovaní záchranáři. Častěji než posádka RZP se s jistými známkami smrti setkávají posádky RLP nebo RV

(*zdravotnický záchranář č. 1, č. 7*). Při nejistotě, zda se opravdu jedná o jisté známky smrti, by v posádce RZP zahájili KPR *zdravotnický záchranář č. 2 a č. 6*. Nejčastěji zdravotničtí záchranáři uvádějí, že KPR nezahájí a vyčkají příjezdu lékaře, který konstatuje smrt (*zdravotnický záchranář č. 1, č. 3, č. 5, č. 7*). Pouze *zdravotnický záchranář č. 4* uvádí, že by kontaktoval praktického lékaře, a pokud by byl momentálně nedostupný, tak by z místa výjezdu po nahlášení odjel.

4.2.2 Nehmatný tep, zástava dechu a postup v posádce RZP

V této problematice odpověděli všichni zdravotničtí záchranáři prakticky stejně. Zahájili by KPR a pokračovali až do příjezdu lékaře (*zdravotnický záchranář č. 1, č. 2, č. 3, č. 6, č. 7*). Ostatní by zahájili KPR až tehdy, pokud by neshledali jisté známky smrti (*zdravotnický záchranář č. 4, č. 5*). Pouze jeden z dotazovaných přiznal, že KPR nezahájil, přestože ještě nebyly plně rozvinuty jisté známky smrti. Údajně byly zjevné nastupující posmrtné skvrny (*zdravotnický záchranář č. 5*). Dále *zdravotnický záchranář č. 3* by se pokoušel domluvit s rodinou, že pacient zemřel, a resuscitaci by nezahájil, i když si je vědom, že by měl provádět KPR do příjezdu lékaře.

4.2.3 Ukončení resuscitace v posádce RZP

Nikdo z dotazovaných zdravotnických záchranářů neukončil KPR dříve, než na místo dorazil lékař. *Zdravotnický záchranář č. 4* jako argument uvádí, že si to nemůže dovolit, protože není krytý zákonem.

4.2.4 Pocity při výjezdu k bezvědomí nebo TANR v posádce s lékařem nebo bez

V této otázce byly odpovědi více různorodé. *Zdravotnický záchranář č. 1 a č. 3* uvádějí, že záleží, se kterým lékařem vyjíždějí. V některých případech by raději jeli sami bez lékaře. Jiní uvádějí stejné pocity, pouze v posádce RZP si opakují po cestě následný postup resuscitace (*zdravotnický záchranář č. 2, č. 6*). Ostatní mají pocity jiné v posádce bez lékaře a v posádce s lékařem. *Zdravotnický záchranář č. 3* uvádí, že ho uklidňují omezené kompetence v posádce RZP. *Zdravotnický záchranář č. 4, č. 5 a č. 6*

uvádějí, že v posádce RZP prožívají větší stres, protože odvedená práce je na jejich zodpovědnost. *Zdravotnický záchranář č. 7* má bez lékaře větší obavy a s lékařem si je jistější, protože KPR je ve 3 lidech komfortnější.

4.2.5 Resuscitace před rodinnými příslušníky

Dva z dotazovaných záchranářů uvádí, že jim je tato situace nepříjemná a raději resuscitují bez přítomnosti rodinných příslušníků (*zdravotnický záchranář č. 1, č. 2*). *Zdravotnický záchranář č. 3* argumentuje, že pro někoho je možná horší čekat ve vedlejší místnosti, než vidět samotný průběh resuscitace. *Zdravotnický záchranář č. 6* říká, že pohled na resuscitaci musí být pro rodinné příslušníky velmi traumatizující. *Zdravotnický záchranář č. 4* většinou nezvládá sledovat okolí během resuscitace a *zdravotnický záchranář č. 5* naopak tlak okolí, smutek a zděšení rodinných příslušníků vnímá. *Zdravotnický záchranář č. 7* preferuje přítomnost rodinných příslušníků a jejich eventuelní zapojení, aby mohli být svědky vyčerpávající činnosti záchranářů.

4.2.6 Resuscitace z psychologických důvodů pro rodinu

Tři z dotazovaných odpovídají, že občas resuscitaci prodlužují z důvodu, aby rodina měla pocit, že udělali maximum, a to zejména u dětí (*zdravotnický záchranář č. 1, č. 6 a č. 7*). *Zdravotnický záchranář č. 1* uvádí, že nakonec vše záleží na rozhodnutí lékaře. *Zdravotnický záchranář č. 2* uvádí, že k takovému činu přistupuje především v posádce RZP, protože když poté přijede lékař, rodině situaci snáze ze svého postavení objasní. *Zdravotnický záchranář č. 4* vysvětluje, že takové počínání není v jeho kompetencích a jedná pouze tak, aby pro pacienta v rámci svého svědomí udělal maximum. *Zdravotnický záchranář č. 5* uvádí, že se taková situace stává zřídka kdy, ale také se k ní přistupuje. *Zdravotnický záchranář č. 2* se zatím neseťkal s prodlužováním resuscitace po příjezdu lékaře na místo z důvodu, aby si rodina myslela, že bylo provedeno maximum.

4.2.7 Resuscitace onkologicky nemocného pacienta

V této otázce se odpovědi odlišují asi nejvíce. *Zdravotnický záchranář č. 1* postupuje jinak než u ostatních pacientů. Resuscitaci zahájít musí, ale je mu jasné, že jen prodlužuje bolest a utrpení pacienta, proto masáž provádí s menším důrazem na hloubku stlačení. *Zdravotnický záchranář č. 2* se s takovou situací za svou praxi ještě nesešel, ale v takovém případě by prý po domluvě s rodinou KPR nezahájil. *Zdravotnický záchranář č. 3* by resuscitaci neprováděl, ale musí, protože není kompetentní k jinému rozhodnutí. Na místě se uklidní, protože dle jeho tvrzení už není co zkazit a eventuelně resuscitaci bere jako nácvik. *Zdravotnický záchranář č. 4* resuscituje za všech okolností, pokud nenalezne u pacienta známky neslučitelné se životem, protože mu žádný zákon nedovoluje jednat jinak. *Zdravotnický záchranář č. 5* uvádí, že i když byl dopředu patrný neúspěch, celý tým resuscitaci prováděl. *Zdravotnický záchranář č. 6* takovou resuscitaci vnímá jako formalitu, ale zahájít ji musí, protože se necítí být kompetentní k nezahájení resuscitace. Dle názoru *zdravotnického záchranáře č. 7* je zahájení resuscitace distanázíí, ale dle platné právní úpravy resuscitaci zahájít musí.

4.2.8 Udržení při životě člověka nebo potencionálního dárce orgánů

V tomto ohledu jsem zaznamenala jednu z největších shod dotazovaných. Většina odpověděla, že resuscitaci zahájí vždy jak z důvodů záchrany onoho člověka, tak záchrany dárce, při takové resuscitaci berou v potaz obě možnosti (*zdravotnický záchranář č. 1, č. 2, č. 3, č. 6, č. 7*). *Zdravotnický záchranář č. 4* resuscituje vždy, ale především proto, že i při takovémto poranění může člověk vyvážnout bez následků, a pro svůj dobrý pocit. *Zdravotnický záchranář č. 5* odpovídá, že bude resuscitovat vždy, dokud nebude konstatována smrt, a v jakémkoli stavu se bude snažit dopravit pacienta na anesteziologicko-resuscitační oddělení k rozhodnutí o dalším dění.

4.2.9 Následná kvalita života po KPR

Zdravotnický záchranář č. 1 tvrdí, že až na onkologicky nemocné na KPR nemá vliv charakter a následná kvalita života resuscitovaného, a proto ji provádí vždy stejným

způsobem. U *zdravotnického záchranáře č. 2 a č. 4* nemá vliv na KPR následná kvalita života resuscitovaného. *Zdravotnický záchranář č. 3* říká, že u mladých lidí se KPR provádí delší dobu, a tudíž mladý člověk dostává více šancí. U hodně starého člověka bude resuscitace úplně jiná, protože následná kvalita života potom není tak velká. *Zdravotnický záchranář č. 5* tvrdí, že následná kvalita života resuscitovaného nemá vliv na KPR, a vzpomíná si pouze na jeden případ, kdy proběhla KPR spíše formálně, protože vyhlídky na následný život pacienta nebyly dobré. *Zdravotnický záchranář č. 7* není schopen při zahájení KPR odhadnout její efektivitu a pro *zdravotnického záchranáře č. 6* má kvalita života po KPR význam, protože souvisí s kvalitou odvedené práce.

4.2.10 Rozdílnost postupu u mladých a starých pacientů

Postup při KPR se nijak neliší u mladých a starých pacientů (*zdravotnický záchranář č. 1, č. 2 a č. 5*). *Zdravotnický záchranář č. 4* uvádí, že se KPR liší pouze v poměrech, frekvencích a dávkování léků. *Zdravotnický záchranář č. 3* přiznává, že se resuscitace liší v čase, ve kterém je prováděna. U mladých lidí je prováděna podstatně déle. Pro *zdravotnického záchranáře č. 6* není resuscitace gerontologického pacienta příjemná a přiklání se k důstojné smrti pacienta a v posádce RZP by se snažil domluvit s rodinou, zda si KPR opravdu přeje. Podle *zdravotnického záchranáře č. 7* se přístup k mladým a starým pacientům liší, protože mladí mají po KPR větší šanci na kvalitní přežití.

4.2.11 „Dříve vyslovená přání“

Většina dotazovaných jen odhadovala, co by tento termín mohl znamenat. *Zdravotničtí záchranáři č. 1, č. 7 a č. 5* se s tímto problémem v rámci své praxe nikdy nesešli. *Zdravotnický záchranář č. 2* uvádí, že myslet na „dříve vyslovená přání“ v rámci přednemocniční neodkladné péče není moc reálné a neví, jak by v takové situaci postupoval. *Zdravotnický záchranář č. 3* si dokonce myslí, že v České republice existují kartičky do not resuscitate, ke kterým by eventuelně přihlédl, a přání respektoval. *Zdravotnický záchranář č. 4* nerozumí tomuto termínu a takové vyjádření

pro něho nemá žádnou váhu. *Zdravotnický záchranář č. 6* neví, co takový termín znamená, a odhaduje přání neresuscitovat. V takovém případě by ho respektoval, ale v případě pochybností o pravosti dokumentu by KPR zahájil.

4.2.12 Kompetence zdravotnického záchranáře při KPR

Na tuto otázku jsem neobdržela ani jednu správnou odpověď ohledně dokumentu, který kompetence zdravotnického záchranáře upravuje. *Zdravotnický záchranář č. 1* se řídí podle zákona o Záchraně službě. *Zdravotnický záchranář č. 2* postupuje podle zákona o Zdraví lidu. *Zdravotnický záchranář č. 3* byl nejbližší a tipoval vyhlášku 52 z roku 2011. *Zdravotnický záchranář č. 4* své kompetence zná, ale upravuje je zákon 109 z roku 2011. *Zdravotnický záchranář č. 5* vychází z vyhlášky o zdravotnických profesích. *Zdravotnický záchranář č. 6* své kompetence zná dobře, ale neví, který zákon je upravuje, protože ho nebaví číst. *Zdravotnický záchranář č. 7* udal velmi správně již neplatící zákon č. 96/2004 Sb. a také již neplatící vyhlášku č. 424 z roku 2004.

4.2.13 Pocit z neúspěšné KPR v posádce RZP

Zdravotnický záchranář č. 1 tvrdí, že posádka RZP může ovlivnit KPR pouze kvalitou své práce, proto se jí snaží kvůli svému svědomí provádět co nejlépe. *Zdravotnický záchranář č. 2* si situaci nepřipouští a ihned přemýšlí nad doplněním materiálu, aby byl opět připraven. *Zdravotnický záchranář č. 3* by si přemítal v hlavě, co mohl udělat lépe nebo jinak, a pokud by se jednalo o mladší lidi, nikdy se necítí dobře. *Zdravotnickému záchranáři č. 4* záleží na všech okolnostech výjezdu a je to pro něj velmi individuální. *Zdravotnický záchranář č. 5* je smířený s tím, že vše i přes veškeré úsilí nemusí dopadnout pozitivně. *Zdravotnický záchranář č. 6* tvrdí, že jeho pocity souvisí s prognózou pacienta a jeho odvedenou prací. *Zdravotnický záchranář č. 7* je deprimován jako při každém neúspěchu.

5 DISKUZE

V České republice se stále více rozvíjí trend zvyšování počtu posádek RZP, především ve městech s krátkým dojezdovým časem do nemocnic, ale často i v periferních oblastech. Jihočeský kraj, v němž byl můj kvalitativní výzkum prováděn, je právě takovým příkladem. Jak jsem již uvedla v podkapitole 1.1.2, tak výjezdová střediska, která mají k dispozici pouze posádku RZP, tvoří 30,77% ze všech výjezdových středisek v Jihočeském kraji. V tomto důsledku častěji nastává situace, kdy je první na místě výjezdu pouze zdravotnický záchranář s řidičem a lékař přijíždí až následně k již započaté KPR nebo k ohledání mrtvého.

V této bakalářské práci na téma Indikace a kontraindikace kardiopulmonální resuscitace v souvislosti se stanovením smrti záchranářem jsem se snažila zmapovat postupy zdravotnických záchranářů v souvislosti se zahájením či nezahájením kardiopulmonální resuscitace v místě výjezdu při podezření na smrt.

Ohledně problematiky jistých známek smrti a tudíž kontraindikaci k resuscitaci se téměř všichni dotazovaní shodli na stejném názoru. KPR by nezahájili a vyčkali na příjezd lékaře. Lišila se pouze jedna odpověď, a to zdravotnického záchranáře č. 4: *„Když se domluvíme tak, že je doktor nedostupný, nebo je to někde v nedostupném terénu, nebo nemá čas, tak odjedu, protože je to nahlášené. S tím, že tenhle postup není krytý zákonem, ale už jsem to realizoval.“* Zdravotnický záchranář č. 4 zřejmě svou odpověď myslel tak, že mezitím co by byl nucený čekat u mrtvého, mohl by být nápomocen u někoho, kdo bude jeho pomoc opravdu potřebovat. Neměl by ale během výkonu svého povolání zapomínat, že v dnešní době už není kladen důraz pouze na odbornou způsobilost nelékařských zdravotnických profesí a lékařů, ale především právní znalost, jak říká Mach.

Na otázku *jaký bude průběh v místě události v momentě, kdy k člověku bez dechu a hmatného tepu dorazí nejprve posádka RZP*, měla od všech dotazovaných následovat pouze jedna odpověď. Dle Pokorkého je tento stav indikován k zahájení KPR a dle trestního zákoníku hrozí zdravotnickému záchranáři při nezahájení KPR odnětí svobody na jeden rok až šest let. Proto odpověď zdravotnického záchranáře č. 5, který nezahájil

KPR v situaci, kdy ještě nebyly viditelné zřejmé jisté známky smrti, pokládám za nepřijatelnou vzhledem k jeho kompetencím.

Žádný z dotazovaných zdravotnických záchranářů neukončil nikdy resuscitaci před příjezdem lékaře. Zde se získané odpovědi shodují s Pachlem a Roubíkem. Ti uvádějí, že kompetentní k ukončení KPR při neúspěšném snažení je pouze lékař, který může stanovit smrt.

Průběh a postupy KPR jsou odlišné podle skladby posádky, která dorazí na místo výjezdu. Posádka RLP má výhodu ve větším počtu zachránců a v neomezené farmakologické léčbě, jelikož má lékaře, jako vedoucího posádky, přímo v místě výjezdu (Bydžovský, 2008). Tuto výhodu má i systém RV + RZP, kdy na místě události jsou k dispozici dokonce čtyři zachránci a lékař je opět vedoucím posádky (Smetana, Kratochvílová, 2007). Jihočeská LZS je znevýhodněna pouze počtem zasahujících zdravotníků, ale přesto má zdravotnický záchranář při sobě jako vedoucího posádky lékaře a také mají k dispozici možnou farmakologickou léčbu (Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje, 2011,[on-line]). Problém nastává u KPR v osamocené posádce RZP, než dorazí na pomoc další posádka s lékařem RLP nebo RV. V takové situaci je vedoucím posádky zdravotnický záchranář, který nemá při KPR k dispozici takové možnosti jako lékař. Přesto zdravotnický záchranář č. 1 uvádí: „ *Pocit při výjezdu bez lékaře je příjemnější. Jsem rozhodně klidnější, protože vím, co mám dělat a co mohu udělat. Většina kmenových lékařů běh situace zhoršuje a posádku i rodinu zbytečně stresuje.*“ Tento názor zastává i zdravotnický záchranář č. 3., který také uvádí, že omezené kompetence ho uklidňují. Zdravotnický záchranář č. 4, č. 5 a č. 6 naopak tvrdí, že prožívají větší stres, protože odvedená práce je pouze na jejich zodpovědnost.

Resuscitovat před rodinnými příslušníky, nebo ne? V tomto ohledu mají odlišný názor záchranáři i literatura. Šeblová uvádí, že přítomnost rodiny u KPR může zanechat na přihlížející různé následky. U některých může dojít k snazšímu porozumění a vyrovnání se smrtí blízké osoby, protože byli svědky vyčerpávajícího výkonu záchranářů. Jiní mohou být více vyděšení z přihlížení na zajišťování invazivních vstupů. Dotazovaní zdravotničtí záchranáři odpovídali protichůdně, podobně jako je uvedeno

v literatuře. Někteří jsou zásadně proti přihlížení rodiny, někteří by rodinu eventuelně zapojili a někteří ani nejsou schopní vnímat okolí.

V této profesi mohou nastávat situace, které jsou řešitelné více než jedním eticky správným způsobem a každý ze způsobů je pro zdravotníka eticky obhajitelný (Kolektiv autorů Sestra a urgentní stavy, 2008). S tímto názorem se sama ztotožňuji a myslím, že je všeříkající i k problému uměle prodlužované KPR. K prodlužování KPR z důvodu, aby si rodina myslela, že záchranáři udělali maximum, se i dotazovaní zdravotníci záchranáři staví různě. Nejvíce dotazovaných se shodlo, že se tento postup aplikuje jen občas, především u dětí. Další odpovědi se různí záchranář od záchranáře. Jak uvádí literatura, k dispozici je více eticky obhajitelných řešení.

Na nejvíce odlišných názorů jsem narazila v otázce KPR onkologicky nemocného pacienta. Pahl a Roubík uvádějí jako kontraindikaci k zahájení KPR selhání základních životních funkcí důsledkem terminálního stadia nemoci, která je dle současných možností nevléčitelná. Lippert, Raffay, Georgiou, Steen a Bossaert argumentují, že resuscitační pokusy mnohým pacientům zachránily život, ale mnohým pouze prodloužily utrpení a umírání. Dle platné legislativy může konstatovat smrt pouze lékař. Pro posádky RZP zůstává selhání vitálních funkcí na základě terminálního onemocnění indikací k provedení KPR. Zdravotnický záchranář č. 1 konstatuje: „*Mou povinností je zahájit resuscitaci, ale je jasné, že stav je již tak vážný, že případná obnova vitálních funkcí by vlastně nebyla pro nikoho přínosem a jen by prodloužila pacientovi utrpení a bolest. Resuscitaci provádím, ale s menším důrazem na hloubku stlačení hrudníku*“. Zdravotnický záchranář č. 2 by po domluvě s rodinou KPR nezahájil. Ostatní dotazovaní by KPR zahájili a prováděli. KPR v tomto případě považují za formalitu nebo dokonce distanzii a provádějí ji pouze z důvodu legislativy. Ta je k posádkám RZP v těchto situacích neúprosná.

V České republice je každý, u koho je diagnostikována smrt mozku, automaticky považován za dárce orgánů, jestliže takový člověk za svého života nebyl zaregistrován v Národním registru osob nesouhlasících s odběrem orgánů. Na tyto okolnosti by měla myslet zdravotnická záchranná služba (Bydžovský, 2008). Zde se odpovědi dotazovaných zdravotnických záchranářů shodují. Všichni odpověděli, že při KPR

člověka s devastujícím poraněním hlavy by udělali maximum pro udržení základních životních funkcí kromě vědomí, ať už zraněného nebo budoucího dárce orgánu.

V souvislosti s KPR je neopomenutelná i následná kvalita života resuscitovaného pacienta. Pokorný uvádí, že KPR bychom neměli zahajovat, pokud se jedná o pouhé prodlužování života bez přijatelné kvality dalšího žití. Legislativa bohužel nezná žádný takový pojem, který by určoval, co přesně přijatelná kvalita života znamená. Odpovědi zdravotnických záchranářů se opět velmi lišily a někteří záchranáři si dokonce protiřečili. Pro zdravotnického záchranáře č. 1 následná kvalita života údajně vliv nemá, ale v případě terminálního stavu onkologického onemocnění KPR takzvaně „šidí“, protože případná obnova vitálních funkcí by pacientovi jen prodloužila utrpení a bolest. Zdravotnický záchranář č. 3 provádí KPR u mladých lidí déle než u starých, protože u starých pacientů už následná kvalita života nebude velká. Podle ostatních dotazovaných se efektivita KPR a následná kvalita života odhadnout nedá a vliv na prováděnou KPR nemá. Pouze pro zdravotnického záchranáře č. 6 má následující kvalita života pacienta vliv na prováděnou KPR, protože podle jeho názoru souvisí s kvalitou odvedené práce.

V následující otázce, zda se liší přístup ke KPR u mladých a starých pacientů jsem narazila na zcela protichůdné názory. Legislativa opět neurčuje hranice mezi starým a mladým pacientem, a proto nejvíce sympatizuji s odpovědí zdravotnického záchranáře č. 4, že KPR se liší pouze v poměrech, frekvencích a dávkování léků. Záchranáři č. 1, č. 2 a č. 5 uvedli, že se postup při KPR u mladých a starých pacientů neliší. Zdravotnický záchranář č. 3 uvedl, že KPR je u mladých prováděna déle. Zdravotnický záchranář č. 7 argumentoval, že mladí mají větší šanci na kvalitní přežití po KPR, a proto se přístup liší. Zdravotnický záchranář č. 6 by dokonce chtěl přesvědčovat rodinu starého pacienta k nezahájení resuscitace, protože se přiklání k důstojné smrti. V takovém případě by měl být aplikován trest za ublížení na zdraví dle §148 odst. 1., za ublížení na zdraví z nedbalosti dle §147 odst. 1 a 2 anebo za způsobení smrti z nedbalosti dle §143 odst. 1 a 2 zákona č.40/2009 Sb.

Nový zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování zavádí termín „dříve vyslovená přání“. Těšínová uvádí, že jedině čas může ukázat, jakým způsobem se bude tento doklad prokazovat a ověřovat především

v přednemocniční neodkladné péči. Zdravotničtí záchranáři mi odpovídali různými způsoby. Někteří se s takovým problémem v rámci své praxe ještě nesetkali, někteří nerozumí termínu a neví, jak by postupovali. Nejvíce mě překvapila odpověď zdravotnického záchranáře č. 3, který si myslí, že v České republice existují kartičky do not resuscitate, ke kterým by přihlédl a přání respektoval. Na žádné kartičky do not resuscitate česká legislativa nemyslí a zdravotnický záchranář č. 3 by byl při takovém jednání vystaven trestu za ublížení na zdraví dle §148 odst. 1., nebo za ublížení na zdraví z nedbalosti dle §147 odst. 1 a 2, anebo za způsobení smrti z nedbalosti dle §143 odst. 1 a 2 zákona č.40/2009 Sb.

Kompetence zdravotnických záchranářů jsou dány vyhláškou č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Všichni dotazovaní zdravotničtí záchranáři tvrdí, že své kompetence znají, někteří dokonce dobře. Nikdo z dotazovaných ale neodpověděl správně na otázku, který zákon je upravuje. Záměrně jsem se ptala na zákon a ne vyhlášku za účelem zmást dotazované. Většina bohužel nevěděla ani rok poslední novelizace vyhlášky.

Dle Haškovcové jsou zdravotníci se smrtí v každodenní konfrontaci s daleko větší frekvencí a intenzitou. Dále tvrdí, že dlouhodobé popírání smrti není adekvátním řešením a, že zdravotnický pracovník by měl mít adekvátní míru empatie k ošetřovanému pacientovi, ale následně by měl umět tyto pocity odbourat. Z mého výzkumu vyplývá, že zdravotničtí záchranáři se snaží následné pocity z neúspěšné KPR odbourat, ale každý svým specifickým způsobem. Zdravotnický záchranář č. 2 tuto situaci zvládá přípravou na další výjezd. Zdravotnický záchranář č. 3 zvládá neúspěch přemítáním o průběhu, aby se ujistil, že nepochybil a případně příště svou práci zlepšil. Ostatní jsou smíření s faktem, že ne vždy musí vše dopadnout, jak by si sami přáli. Některým dotazovaným také záleží na okolnostech a prognóze pacienta.

Z odpovědí zdravotnických záchranářů tedy lze vyvodit tuto hypotézu:

- Zdravotničtí záchranáři se neřídí vždy podle svých kompetencí v souvislosti se zahájením či nezahájením kardiopulmonální resuscitace v místě výjezdu.

6 ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo zmapovat postupy zdravotnických záchranářů v souvislosti se zahájením či nezahájením kardiopulmonální resuscitace v místě výjezdu při podezření na smrt. Výzkum jsem prováděla v rámci Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje. Před zahájením šetření jsem si stanovila výzkumnou otázku, již jsem se zabývala ve výzkumné části práce.

V první části bakalářské práce, kapitole Současný stav, jsem se snažila z části zaměřit na všechna odvětví, kterých se problematika kardiopulmonální resuscitace dotýká. Nejprve jsem charakterizovala zdravotnickou záchrannou službu a zaměřila jsem se na pokrytí výjezdových posádek v rámci Jihočeského kraje. Dále jsem se pokusila stručně vysvětlit kardiopulmonální resuscitaci, indikace k jejímu zahájení a kontraindikace k jejímu nezahájení. V podkapitole týkající se kardiopulmonální resuscitace jsem především zdůraznila, že právo na ukončení má pouze lékař, který může konstatovat smrt postiženého. Zaměřila jsem se i na samotného zdravotnického záchranáře a jeho kompetence související s kardiopulmonální resuscitací. Neopomenutelné bylo vysvětlení, co je to smrt, jaké její druhy rozlišujeme a především jak je dnes na smrt nahlíženo. Důležitou součástí bylo objasnit etickou stránku smrti a umírání. Na závěr jsem chtěla vyzdvihnout, jak je důležité mít právní znalost týkající se profese.

Výzkumnou část jsem věnovala stanovené výzkumné otázce, zda se zdravotničtí záchranáři řídí vždy podle svých kompetencí v souvislosti se zahájením či nezahájením kardiopulmonální resuscitace v místě výjezdu. Na základě kvalitativního výzkumu jsem stanovila hypotézu, která je uvedena v kapitole Diskuze. Proto cíl práce shledávám splněným. Hypotéza byla stanovena na základě odpovědí pouze malého vzorku zdravotnických záchranářů tak, aby byl splněn rozsah bakalářské práce. I když bylo dbáno na rozdílnost délky praxe a pohlaví, není možné závěry této práce zobecnit. V budoucnosti by bylo třeba vyhodnotit výslednou hypotézu větší dotazovanou skupinou respondentů.

Věřím ve velkou aktuálnost tohoto tématu a doufám, že se mi povedlo nastínit, jak velké dilema svádí zdravotničtí záchranáři mezi tím, jak by sami postupovat chtěli a jak postupovat musí z důvodů zachování své beztrestnosti.

Doufám, že tato práce poslouží nejen k potřebám Zdravotně sociální fakulty a k zamyšlení široké veřejnosti, ale také zdravotnické záchranné službě, alespoň jako námět k diskusi.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9
- BRÁZDIL, M., FELLNEROVÁ, I. *Urgentní medicína: záchrana lidského života, resuscitace*. 1 vyd. Olomouc: Books print s.r.o., 2011. 100 s. ISBN 978-80-244-2725-6
- BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 450 s. ISBN 978-80-7254-815-6
- ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA, *DOPORUČENÍ PŘEDSTAVENSTVA A ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli*. [online, 02-2012], dostupné z:
<http://www.lkcr.cz/doporučení-představenstev-clk-227.html>
- DOBIÁŠ, V. *Urgentná zdravotná starostlivosť*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 159 s. ISBN 80-8063-214-6
- HASÍK, J. *Kardiopulmonální resuscitace v první pomoci*. 2. vyd. Praha: Úřad Českého červeného kříže, 2008. 49 s. ISBN 978-80-254-3162-7
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie nauka o smrti a umírání*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3
- HOLČAPEK, T. *Dokazování v medicínskoprávních sporech*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., 2011, 212 s. ISBN: 978-80-7357-643-1
- KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9
- KNOR, J. KPR, smrt a forenzní rizika. In: Sborník urgentní medicína 2011 „XVIII. Dostálovy dny“ Ostrava: ČLS JEP Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof., 2011. s. 8. ISBN 978-80-260-0325-0

- KÜBLER-ROSS, E. On death and dying. 1. edition New York: Simon&Schuster, 2003. 286 p. ISBN-13: 978-0-684-83938-7
- KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2
- LIPPERT, F.K., RAFFAY, V., GEORGIU, M., STEEN, P.A., BOSSAERT, L. *ERC Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions*. [online, 03-2012], dostupné z: http://www.resuscitace.cz/wpcontent/uploads/2010/09/Full_ERC_2010_Guidelines.pdf
- MACH, J. *Lékař a právo Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 320 s. ISBN 978-80-247-3683-9
- MACH, J. *Medicína a právo*. 1. vyd. Praha: C.H. Beck, 2006, 257 s. ISBN 80-7179-810-X
- PACHL, J., ROUBÍK, K. *Základy anesteziologie a resuscitační péče dospělých i dětí*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003. 374 s. ISBN 80-246-0497-5
- POKORNÝ, J. *Lékařská první pomoc*. 2. vyd. Praha : Galén, 2010. 474 s. ISBN80-7262-322-8
- POKORNÝ, J. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 547 s. ISBN 80-7262-259-5
- PRŮVODCE SVĚTEM POVOLÁNÍ, *Zdravotnický záchranář*, [online, 01-2012], dostupné z : <http://www.occupationsguide.cz/cz/povol/povolani.aspx?Par=928.htm>
- SMETANA, M., KRATOCHVÍLOVÁ, D. *Integrovaný záchranný systém a jeho složky*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007. 134 s. ISBN 978-80-7368-337-5
- SRNSKÝ, P. *Základní norma zdravotnických znalostí*. 3. vyd. Praha: JS Press, 2010. 80 s. ISBN: 978-80-87036-26-6
- TĚŠÍNOVÁ, J. *Právní aspekty poskytované péče lege artis*. In: Sborník urgentní medicína 2011 „XVIII. Dostálovy dny“ Ostrava: ČLS JEP Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof., 2011. s. 8. ISBN 978-80-260-0325-0

- TRUHLÁŘ, A., KASAL, E., ČERNÝ, V. a *Přehled nejvýznamnějších změn v Doporučených postupech pro neodkladnou resuscitaci*. Anesteziologie & Intenzivní medicína, 2011, N-2., s. 115-123. ISSN 1214-2158
- TRUHLÁŘ, A., KASAL, E., ČERNÝ, V. b *Výběr z doporučených postupů pro rozšířenou neodkladnou resuscitaci*. Urgentní medicína, 2011, N-2., s. 32-36. ISSN 1212-1924
- TŘEŠKA, V., a kol. *Propedeutika vybraných klinických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. 460 s. ISBN 80-247-0239-8
- Vyhláška 55/2011 Sb., O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků - § 17
- WIKIPEDIE – OTEVŘENÁ ENCYKLOPEDIE, Zdravotnický záchranář, [online, 01-2012], dostupné z:
http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotnick%C3%BD_z%C3%A1chran%C3%A1%C5%99
- ZADÁK, Z., HAVEL, E., A KOL. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 336 s. ISBN 978-80-247-2099-9
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.
- Zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě
- Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník
- ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA JIHOČESKÉHO KRAJE, *Letecká záchranná služba*, [on-line, 11-2011], dostupné z:
<http://www.zzs-jck.cz/cinnost/letecka-zachranna-sluzba/zakladni-informace-olzs/>
- ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA JIHOČESKÉHO KRAJE, *Střediska Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje*, [on-line, 11-2011], dostupné z:
<http://www.zzs-jck.cz/cinnost/zdravotnicka-zachranna-sluzba/strediska-zzs-jck/>

8 KLÍČOVÁ SLOVA

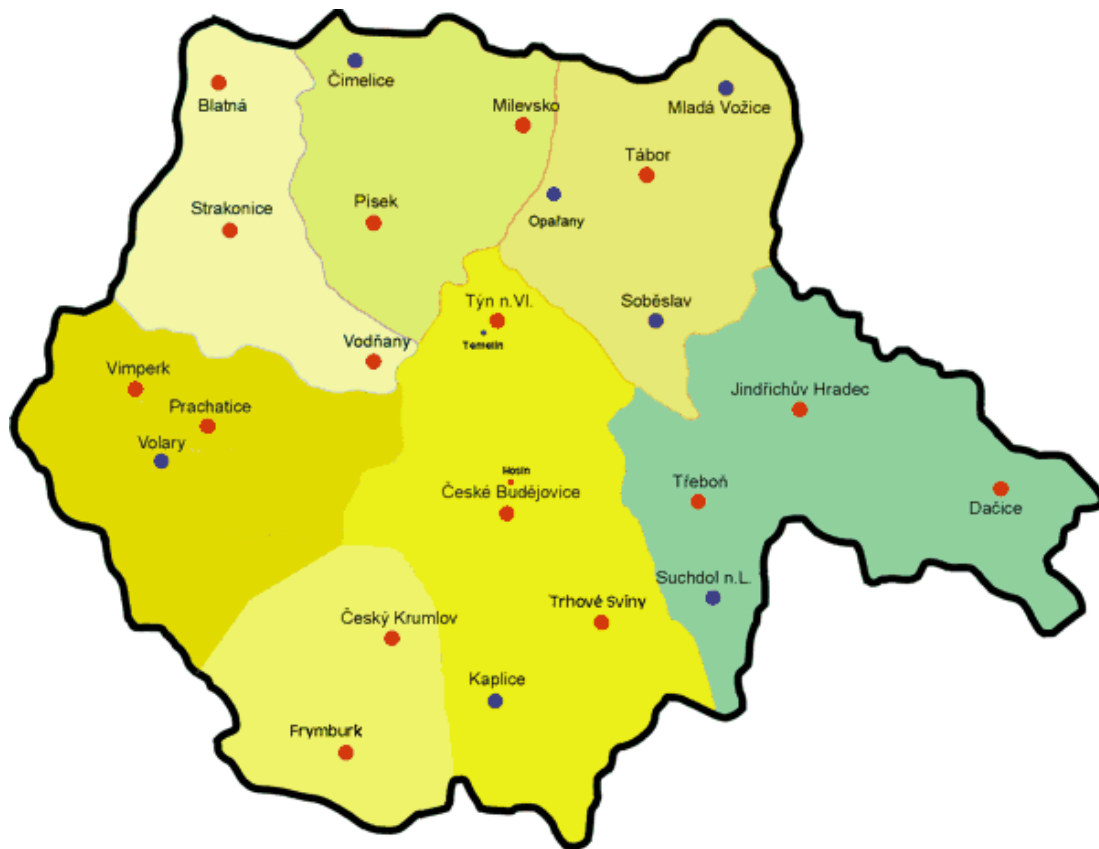
- Zdravotnická záchranná služba
- Kardiopulmonální resuscitace
- Zdravotnický záchranář
- Smrt

9 PŘÍLOHY

Seznam příloh

1. Příloha č. 1 Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje – výjezdová střediska
2. Příloha č. 2 Základní neodkladná resuscitace & Automatizovaná externí defibrilace
3. Příloha č. 3 Rozšířená neodkladná resuscitace

Příloha č. 1



Zdroj: www.zzs-jck.cz [on-line]. [cit. 2012-03-02]. Prezentací panel – Zdravotnická záchranná služba Dostupné z WWW: <http://www.zzs-jck.cz/cinnost/zdravotnicka-zachranna-sluzba/strediska-zzs-jck/>



Základní neodkladná resuscitace & automatizovaná externí defibrilace



Zkontrolujte vědomí

Jemně postiženým zatřeste
Hlasitě jej oslovte: „Jste v pořádku?“



Pokud nereaguje

Zprůchodněte dýchací cesty a zkontrolujte dýchání

**Pokud nedýchá normálně
nebo nedýchá vůbec**

Volejte 155 & přineste AED
(pokud je k dispozici)

Okamžitě zahajte resuscitaci

Položte svoje ruce na střed hrudníku
postiženého a proveďte 30 stlačení hrudníku:

- Hrudník stlačujte do hloubky alespoň 5 cm frekvencí nejméně 100/min
- Obemkněte svými rty ústa postiženého
- Plynule do nich vdechujte, dokud se nezvedne hrudník
- Jakmile hrudník klesne, vdech zopakujte
- Pokračujte v resuscitaci

KPR 30:2



Pokud normálně dýchá

*** Otočte postiženého do
zotavovací polohy na boku**

- Volejte 155
- Neustále kontrolujte, zda normálně dýchá



Zapněte AED & nalepte elektrody

Postupujte neprodleně podle hlasových pokynů přístroje

Nalepte jednu elektrodu pod levé podpaží

Nalepte druhou elektrodu pod pravou klíční kost, vpravo od hrudní kosti

Pokud je na místě více záchránců, nepřerušujte KPR během nalepování elektrod



Odstupte & proveďte defibrilaci

Postiženého by se nikdo neměl dotýkat:

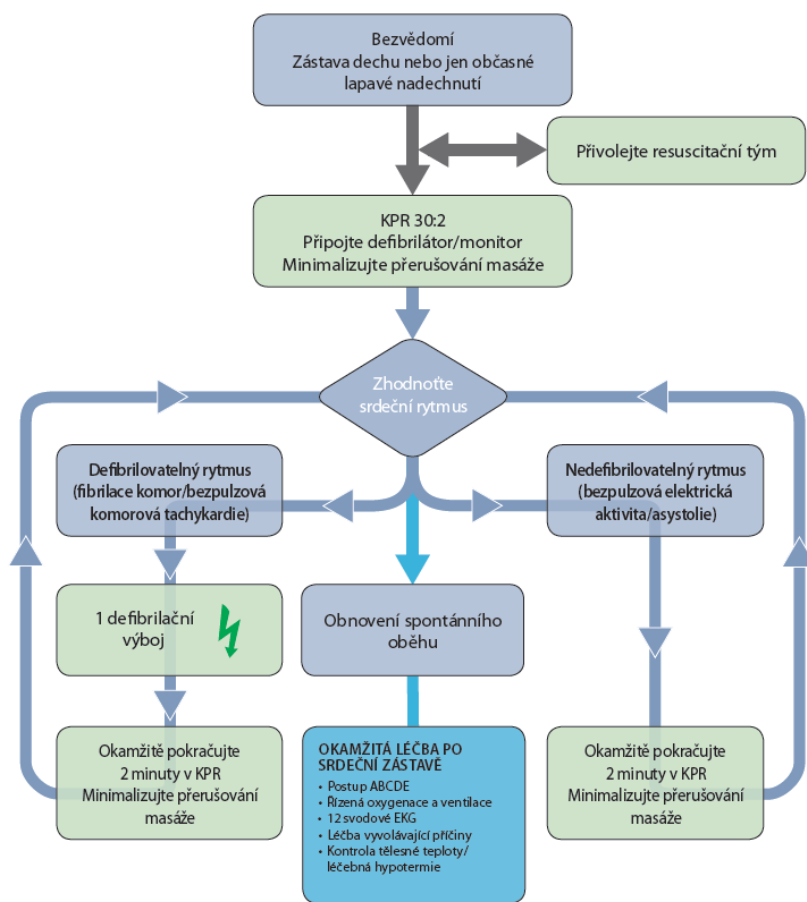
- během analýzy srdečního rytmu
- při defibrilačním výboji

Resuscitaci ukončete, pokud se postižený začne probouzet (hýbe se, otevírá oči a normálně dýchá).
Pokud zůstává v bezvědomí a normálně dýchá, otočte jej do zotavovací polohy*.

Zdroj: www.resuscitace.cz [on-line]. [cit. 2012-03-01]. ERC Guidelines 2010 Dostupné z WWW:http://www.resuscitace.cz/wpcontent/uploads/2011/01/Poster_10_BLSAED_01_01_CZE_V20110112.pdf



Rozšířená neodkladná resuscitace Univerzální algoritmus



BĚHEM KPR

- Zajistěte vysokou kvalitu KPR: správnou frekvenci a hloubku stlačování hrudníku i jeho úplné uvolňování
- Před každým přerušením KPR si dabí činnost dříve naplánujte
- Podávejte kyslík
- Zvažte definitivní způsoby zajištění dýchacích cest a kapnometrii
- Po definitivním zajištění dýchacích cest nepřerušujte srdeční masáž
- Zajistěte vstup do cévního řečiště (periferní žíla nebo intraosální vstup)
- Podávejte adrenalin každých 3-5 min
- Zajistěte léčbu reverzibilních příčin

REVERZIBILNÍ PŘÍČINY

- Hypoxie
- Hypovolémie
- Hypokalcémie/hyperkalémie/metabolické příčiny
- Hypotermie
- Trombóza (koronární tepny/plicní embolie)
- Tamponáda srdeční
- Toxické látky (intoxikace)
- Tenzní pneumotorax

ERC

Zdroj: www.resuscitace.cz [on-line]. [cit. 2012-03-01]. ERC Guidelines 2010 Dostupné z WWW:http://www.resuscitace.cz/wpcontent/uploads/2011/01/Poster_10_ALS_01_01_CZE_V20110112.pdf