



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

Odmítnutí a ukončení zdravotní péče v přednemocniční neodkladné péči

Refusal and Termination of Medical Care in Pre-hospital Emergency Care

Bakalářská práce

Studijní program: Zdravotnické záchranářství

Autor bakalářské práce: Andrea Macháčková

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Martina Dingová Šliková, Ph.D.

Kladno 2023

I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Macháčková** Jméno: **Andrea** Osobní číslo: **499596**
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**
Garantující katedra: **Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**
Studijní program: **Zdravotnické záchranářství**

II. ÚDAJE K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Název bakalářské práce:

Odmítnutí a ukončení zdravotní péče v přednemocniční neodkladné péči

Název bakalářské práce anglicky:

Refusal and Termination of Medical Care in Prehospital Emergency Care

Pokyny pro vypracování:

Bakalářská práce bude věnována problematice odmítnutí přijetí a ukončení péče v přednemocniční neodkladné péči. Teoretická část se bude zaměřovat zejména na důvody, typy a procesy odmítnutí poskytnutí či ukončení přednemocniční neodkladné péče zdravotníky, a to na podkladě současně uznávaného legislativního a etického ukotvení problematiky. V praktické části je plánováno uchopit problematiku pomocí kvalitativního typu výzkumu, v níž budou kombinovány dvě metody, a to případové studie a polostrukturované rozhovory se zdravotníky ze zdravotnických záchranných služeb. Cílem práce je zjistit důvody a typy odmítnutí i ukončení zdravotní péče zdravotníky v přednemocniční neodkladné péči, popsat uvedené procesy tak, jak reálně probíhají v praxi, detekovat event. problémy, které se během uvedených procesů vyskytují a porovnat výsledky se zjištěními, získanými studiem relevantní odborné literatury.

Seznam doporučené literatury:

- [1] ČERNÍKOVÁ Nikola, Ukončení péče o pacienta z pohledu zdravotnických pracovníků, Časopis zdravotnického práva a bioetiky, ročník 11, číslo 1, 2021, 53-71 s., ISSN 1804-8137
- [2] BURIÁNEK, Aleš, Dagmar ZÁLESKÁ a Jan MACH, Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování - Zákon o specifických zdravotních službách: Praktický komentář, ed. 1., Praha: Wolters Kluwer, 2018, 766 s., ISBN 978-80-7598-103-5
- [3] MACH, Jan a Marie HORÁKOVÁ, Zdravotníci, právo a praxe, ed. 1. vyd., Praha: Galén, 218, 183 s., ISBN 978-80-749-2371-5

Jméno a příjmení vedoucí(ho) bakalářské práce:

Mgr. Martina Dingová Šliková, Ph.D.

Jméno a příjmení konzultanta(ky) bakalářské práce:

Datum zadání bakalářské práce: **14.02.2023**

Platnost zadání bakalářské práce: **20.09.2024**

doc. Mgr. Zdeněk Hon, Ph.D.
vedoucí katedry

prof. MUDr. Jozef Rosina, Ph.D., MBA
děkan

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem „Odmítnutí a ukončení zdravotní péče v přednemocniční neodkladné péči“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů, které uvádím v seznamu bibliografických odkazů.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

V Kladně dne 17.05.2023

.....

Andrea Macháčková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou vyjádřila své velké poděkování vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Martině Dingové Šlikové, Ph.D. za její odborné vedení, trpělivost a cenné rady během psaní bakalářské práce, které umožnily její úspěšné dokončení. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Evě Jandové za odbornou konzultaci, dále samotným respondentům ze zdravotnických záchranných služeb, kteří ochotně věnovali svůj čas a poskytli mi cenné informace potřebné pro tuto práci. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině za podporu a trpělivost během psaní bakalářské práce.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá tématem odmítnutí a ukončení péče o pacienta v přednemocniční neodkladné péči (PNP) ze strany zdravotnických pracovníků. Cílem práce je zjistit, zda je v praxi často realizováno odmítnutí nebo ukončení v PNP a pokud ano, jaké jsou nejčastější důvody a jaké faktory mohou ovlivnit rozhodnutí o odmítnutí a ukončení péče ze strany zdravotnického pracovníka. V současné době je v oblasti etiky a práv věnována značná pozornost problematice odmítnutí zdravotní péče pacientem. Nicméně, oblast odmítnutí a ukončení péče zdravotnickými pracovníky, je rovněž velmi důležitá, ale je jí věnována relativně malá pozornost.

V teoretické části jsou popsány základní pojmy, důvody a procesy spojené s odmítnutím a ukončením zdravotní péče zdravotnickými pracovníky. Jsou rozebrány etické a právní aspekty odmítnutí a ukončení péče v PNP. Obsah se opírá o právní úpravy a etické normy, které se zabývají touto tematikou.

V praktické části jsou představeny výsledky kvalitativních studií, a to polostrukturovaných rozhovorů z prostředí zdravotnických pracovníků zaměstnaných u zdravotnické záchranné služby (ZZS). Získané informace o důvodech, procesech a okolnostech provázejících odmítnutí či ukončení poskytnutí PNP by měly ukázat procesy tak, jak reálně probíhají v praxi. Praktická část je také zaměřena na detekci eventuálních problémů, které se během uvedených procesů vyskytují a porovnává výsledky s poznatky zjištěnými získaným studiem relevantní odborné literatury.

Klíčová slova

Odmítnutí péče, ukončení péče, přednemocniční neodkladná péče, zdravotnická etika, práva zdravotnických pracovníků

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the topic of refusal and termination of patient care in pre-hospital urgent care by healthcare professionals. The aim of the thesis is to find out whether refusal or termination in pre-hospital urgent care is frequently implemented in practice and if so, what are the most common reasons and what factors can influence the decision to refuse and terminate care by a healthcare professional. The issue of patient refusal of health care is currently receiving considerable attention in the field of ethics and rights. However, the area of refusal and termination of care by health professionals is also very important but has received relatively little attention.

The theoretical section describes the basic concepts, reasons and processes associated with the refusal and termination of care by health professionals. Ethical and legal aspects of refusal and termination of care in pre-hospital urgent cares are discussed. The content is based on legal regulations and ethical standards that deal with this topic.

In the practical part, the results of qualitative studies, namely interviews from the environment of health care workers employed by the Emergency Medical Service, are presented. The information obtained about the reasons, processes and circumstances accompanying the refusal or termination of in pre-hospital urgent care provision should show these processes as they actually take place in practice. The practical part is also aimed at detecting possible problems that occur during these processes and compares the results with the knowledge obtained by studying the relevant literature.

Keywords

Refusal of care, termination of care, pre-hospital emergency care, medical ethics, rights of healthcare workers

OBSAH

1	ÚVOD	11
2	CÍLE PRÁCE	12
3	PŘEHLED SOUČASNÉHO STAVU	14
3.1	Přednemocniční neodkladná péče	14
3.2	Zdravotnická záchranná služba.....	15
3.3	Práva zdravotnických pracovníků v přednemocniční péči.....	16
3.3.1	Zákon občanský zákoník (smlouva péče o zdraví).....	16
3.3.2	Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.....	18
3.3.3	Práva poskytovatele zdravotnických služeb ukončit péči o pacienta	19
3.3.4	Práva poskytovatele zdravotnických služeb na odmítnutí péče o pacienta.....	21
3.3.5	Negativní revers	22
3.3.6	Dříve vyslovené přání.....	23
3.4	Etika ve zdravotnictví.....	24
3.4.1	Historický vývoj etiky ve zdravotnictví.....	25
3.5	Současné etické principy ve zdravotnictví.....	28
3.5.1	Etické principy prvního řádu	29
3.5.2	Etické principy druhého řádu	30
3.5.3	Lex artis.....	31
3.6	Etika v přednemocniční péči	32
3.6.1	Komunikace v přednemocniční péči	32
3.7	Etická dilemata a etické problémy v přednemocniční péči.....	33
3.7.1	Etická otázka zahájení a ukončení kardiopulmonální resuscitace	33
3.7.2	Etická otázka přítomnosti rodinných příslušníků u KPR.....	34
3.7.3	Problematika mimořádných událostí	35
4	METODIKA.....	36

5	VÝSLEDKY	38
6	DISKUZE	76
7	ZÁVĚR.....	82
8	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	83
9	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	84
10	SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ	87
11	SEZNAM PŘÍLOH.....	88

1 ÚVOD

Téma zaměřené na odmítnutí a ukončení zdravotní péče ze strany zdravotnických pracovníků jsem si vybrala, protože je v současné době tomuto tématu věnována poměrně malá pozornost. Pozornost je věnována především problematice odmítnutí zdravotní péče pacientem, a proto jsem se rozhodla zpracovat oblast odmítnutí a ukončení péče zdravotnickým pracovníkem v PNP, která je rovněž velmi důležitá. Zdravotníci jsou při tom často vystavováni situacím i rozhodnutím spojeným s výše uvedenou tematikou, která představuje etická i právní dilemata často přivádějící zdravotnické pracovníky do stresových situací. Jelikož v poskytování PNP hrají zdravotníci klíčovou roli v zachování zdraví a života pacientů, je pro ně důležité porozumění právním a etickým otázkám spojeným s odmítnutím a ukončením poskytování zdravotní péče takovým způsobem, aby co nejvíce minimalizovali rizika vyplývající z uvedených postupů. Odmítání a ukončování péče ze strany zdravotníků v PNP představuje významnou oblast, která vyžaduje pozornost, protože by zdravotníci měli mít znalosti, dovednosti a podporu pro správné rozhodování a řešení právních a etických dilemat, která s sebou tato tematika nese. Vzhledem k neustálému vývoji v oblasti zdravotnické péče a pro minimalizaci rizik spojených s tematikou je potřebné sledovat aktualizace právních úprav, které se týkají odmítání a ukončování péče o pacienta v PNP.

2 CÍLE PRÁCE

Cílem teoretické části této bakalářské práce je zpracování právní a etické úpravy související s tematikou odmítnutí a ukončení péče v PNP ze strany zdravotnických pracovníků. Primárním cílem není přinést komplexní teoretickou analýzu řešené problematiky, ale zjistit, zda je v praxi často realizováno odmítnutí nebo ukončení v PNP a pokud ano, jaké nejčastější důvody a jaké faktory mohou ovlivnit rozhodnutí o odmítnutí a ukončení péče ze strany zdravotnického pracovníka, ověřit funkčnost doporučení a norem v praxi a zároveň poskytnout případným zájemcům náhled na řešené téma. Dílčím cílem je i zjištění, zda zdravotníci v souvislosti s rozhodováním ohledně ukončení či odmítnutí péče prožívají negativní emoce.

Cíle praktické části

Cíl 1: Zjistit, zda je v praxi často realizováno odmítnutí nebo ukončení zdravotníkem v PNP a jakého je typu.

Cíl 2: Ověřit funkčnost právní úpravy řešené problematiky v praxi a poskytnout zájemcům náhled na řešené téma.

Cíl 3: Analyzovat vlivy různých faktorů a pocity zdravotnických pracovníků ve spojitosti s procesem odmítnutí nebo ukončení péče o pacienta v PNP.

Cíl 4: Identifikovat, zda existují důvody pro odmítnutí či ukončení péče v PNP, které nejsou právně zakotveny.

Stanovené výzkumné otázky

VO 1: V praxi PNP se vyskytují případy odmítnutí či ukončení péče ze strany zdravotníků různého typu.

VO 2: Zdravotničtí pracovníci mají dostatečný přehled o právní úpravě, a proto vzniká minimum komplikací týkajících se odmítnutí nebo ukončení péče v PNP.

VO 3: Různé faktory mohou ovlivnit rozhodnutí o odmítnutí nebo ukončení péče o pacienta v PNP.

VO 4: Existují důvody pro odmítnutí nebo ukončení péče v PNP, které však nejsou právně zakotveny.

3 PŘEHLED SOUČASNÉHO STAVU

3.1 Přednemocniční neodkladná péče

Přednemocniční neodkladná péče je v rejstříku pojmů Národního zdravotnického informačního portálu definována jako *„Péče o postižené na místě náhle vzniklého onemocnění, úrazu nebo jiného zdravotního zhoršení zdravotnického stavu, které by bez poskytnutí PNP mohly vést ke vzniku dlouhodobých nebo trvalých následků, případné selhání životních funkcí a náhlé smrti“* [1].

PNP je zajišťována čtyřmi typy výjezdových skupin: rychlou zdravotnickou pomocí (RZP), rychlou lékařskou pomocí (RLP), rendez-vous neboli RV systémem s lékařem a záchranářem ve voze, anebo leteckou záchrannou službou (LZS). Výjezdové skupiny složené z různých typů zdravotnických pracovníků (dále jen zdravotník) vyjíždí k situacím, které jsou ve zdravotnickém operačním středisku (ZOS) vyhodnoceny jako kritické [2]. Podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v §3 je zdravotník definován jako pracovník, který *„...navrhuje, koordinuje, poskytuje a vyhodnocuje individuální léčebný postup u konkrétního pacienta a koordinuje poskytování dalších potřebných zdravotních služeb“* [21]. Zdravotníci během poskytování PNP vstupují do různých prostředí, například do sociálního prostředí pacientů i jejich rodin, zasahují ve veřejném prostoru, kde se setkávají s přítomností náhodných svědků u náhle vzniklé situace [2]. Jak uvádí zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v §3 je pacient definován jako *„...fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby“* [21].

Je velmi důležité, aby zdravotník vždy při poskytování PNP respektoval právní a etické zásady. Díky tomu nejen pomáhá zachovat pacientovu bezpečnost, ale také minimalizuje stres a obavy pacienta v náhle vzniklé situaci [3].

3.2 Zdravotnická záchranná služba

Podle zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě v §2 definice zdravotnické záchranné služby zní: „Zdravotnická záchranná služba je zdravotní službou, v jejímž rámci je na základě tísňové výzvy, není-li dále stanoveno jinak, poskytována zejména přednemocniční neodkladná péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života“ [21].

V souladu se zákonem č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě jsou v §4 zahrnuty tyto vybrané činnosti pro ZZS, při čemž ZZS poskytuje nezbytnou pomoc v souladu se zdravotním stavem pacienta; rozhoduje a zajišťuje vyslání výjezdových skupin nebo jejich přesměrování; řídí a organizuje PNP na místě události, spolupracuje se složkami a velitelem integrovaného záchranného systému (IZS) i s cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče; zajišťuje vyšetření pacienta a poskytnutí zdravotní péče v PNP, včetně neodkladných výkonů k záchraně života nebo úkonů směřujících k obnově či stabilizaci základních životních funkcí pacienta; provádí soustavnou zdravotní péči a nepřetržité sledování ukazatelů životních funkcí pacienta během jeho přepravy k cílovému poskytovateli, a to do okamžiku osobního předání pacienta tomuto cílovému poskytovateli. ZZS v případě hromadného neštěstí třídí osoby podle odborných hledisek urgentní medicíny v důsledku mimořádných událostí nebo krizových situací [21].

Přijatá volání na tísňovou linku 155 (112) jsou nahrávána a podle přílohy č. 1 k vyhlášce č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů, jsou povinně archivována na médiu s životností minimálně 5 let. Příloha č. 3 k uvedené vyhlášce upřesňuje dobu archivace záznamu hovoru o tísňovém volání nebo výzvy k výjezdu ZZS poskytovatelem zdravotních služeb (dále jen poskytovatel ZS) po dobu 24 měsíců [21]. V případě potřeby lze nahrávku hovoru přehrát a zpětně vyhodnotit krizové situace nebo záznam

využít jako důkazní materiál v případě zneužití ZZS, stížností, znaleckých posudků či soudních sporů. Z výše uvedeného vyplývá, že zdravotník má v PNP zejména povinnost poskytnout zdravotní péči podle potřeb pacienta a v případě potřeby zajistit jeho transport k cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče [4].

3.3 Práva zdravotnických pracovníků v přednemocniční péči

Právo je podle Šustka komplex pravidel, předpisů a norem, které jsou stanovovány státem nebo jinými autoritami a mají za úkol regulovat chování jednotlivců v oblasti zdravotnictví a ochrany zdraví. Právo v oblasti zdravotnictví má klíčový význam pro zajištění ochrany zdraví, prevenci nemocí a poskytování kvalitní zdravotní péče a léčby. Zdravotnické právo zahrnuje řadu právních oblastí, včetně právních předpisů týkajících se práv a povinností pacientů a zdravotníků, ochrany osobních údajů i právní otázky spojené s léčbou [4].

Na jedné straně se nachází poskytovatel ZS a na straně druhé příjemce této péče. Poskytovatelem ZS může být právnická i fyzická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotní péče na základě výše zmíněného zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Základní povinností poskytovatele ZS je zdravotní péče dle lege artis, kdy zpravidla zodpovídá za správnost provedení zdravotní péče nikoli za výsledek léčby. Práva poskytovatele ZS vůči příjemci zdravotní péče jsou nejkompaktněji sepsány v občanském zákoníku ve smlouvě o péči o zdraví [4, 21].

3.3.1 Zákon občanský zákoník (smlouva péče o zdraví)

Občanský zákoník (zákon č. 89/2012 Sb.) důkladně upravil téma týkající se zásahu do integrity člověka při poskytování zdravotních služeb. Jak se uvádí již v úvodním ustanovení občanského zákoníku, podle zákona č. 89/2012 Sb., o soukromém právu v §3: „Každý má právo na ochranu života a zdraví, jakož

i svobody, cti, důstojnosti a soukromí.“ Proto podle zákona č. 89/2012 Sb., o péči o zdraví v §2642 a §2644 každý úkon prováděný na ošetřovaném pacientovi v rámci péče o zdraví vyžaduje jeho souhlas. V případě, kdy pacient odmítne péči musí potvrdit nesouhlas poskytovateli ZS v písemné formě. Zákon také zmiňuje důležitost respektování soukromí pacienta a neumožnění přístupu o průběhu léčby dalším osobám bez jeho souhlasu. Výjimky poskytované zdravotní péče v rámci smlouvy tvoří specifické události, pokud připouští zákon, zasáhnout do osobní integrity pacienta a poskytnou mu péči i bez jeho souhlasu. Obecná ustanovení občanského zákoníku jsou doplněna úpravami obsaženými nejkomplexněji ve výše uváděných zákonech [4, 21].

Podle základního ustanovení v občanském zákoníku se v zákoně č. 89/2012 Sb., o péči o zdraví v § 2636 uvádí: *„...poskytovatel vůči příkazci zavazuje pečovat v rámci svého povolání nebo předmětu činnosti o zdraví ošetřovaného, ať již je jím příkazce nebo třetí osoba“*. Zákon č. 89/2012 Sb., o péči o zdraví v § 2637 také stanovuje obsah péče o zdraví, která zahrnuje mj.: *„Úkon, prohlídku nebo radu a všechny další služby, které se týkají bezprostředně ošetřovaného a které jsou vedeny snahou zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav“* [21].

Poučení podle občanského zákoníku zákona č. 89/2012 Sb., o péči o zdraví v § 2638 až § 2640 znamená to, že poskytovatel ZS po příslušném vyšetření srozumitelně vysvětlí pacientovi další kroky, navrhovanou péči či vyšetření tak ,aby ošetřovaný pacient pochopil, v jakém se nachází zdravotním stavu, způsob a nezbytnost navrhované péče. V situaci, kdy by mohlo dojít k ohrožení nebo vážnému zhoršení zdravotního stavu pacienta, poučení může proběhnout dodatečně, jakmile to bude možné (tohoto práva nabývá poskytovatel ZS pouze v případě, kdy mu závažnost nebezpečí potvrdí jiná osoba poskytující péči v daném oboru) [21].

Záznam o péči o zdraví výše zmíněného zákona podle § 2647 zaznamenává poskytovatel ZS takovým způsobem, aby byly zřejmé údaje o zdravotním stavu a poskytovaných úkonech ošetřovanému [21].

3.3.2 Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování je komplexní právní předpis upravující práva při poskytování zdravotní péče.

3.3.2.1 Oprávnění a povinnosti zdravotnických pracovníků v přednemocniční péči

Práva zdravotnického pracovníka uvedené v zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v §50 předepisuje, že zdravotník má právo na získání informací o pacientovi, kterému má poskytovat zdravotní péči, včetně informace o infekčních nemocích nebo jiných závažných skutečnostech ošetřovaného pacienta. V případě, kdy dochází k vážnému ohrožení zdraví nebo přímému ohrožení života zdravotníka, má v tuto chvíli zdravotník právo na neposkytnutí zdravotních služeb.

Povinnosti zdravotnického pracovníka jsou uvedeny v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v §49. Jedná o povinnosti poskytovat zdravotní služby, ke kterým zdravotník získal odbornou způsobilost na odpovídající úrovni. Povinností zdravotníka je poskytovat odbornou zdravotní pomoc u každého, u kterého by mohlo dojít k jeho ohrožení zdraví nebo by bez této pomoci mohl přijít o život. Přitom má zdravotník povinnost řídit se etickými principy. Povinností zdravotníka je zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, které se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.

Zachování mlčenlivosti je další z povinností zdravotníka. Musí zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, které se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Zákon o zachování mlčenlivosti je zmíněn v zákoně o zdravotních službách (zákon č. 372/2011 Sb., §51). Zachování mlčenlivosti je obsaženo i v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně (Úmluva o lidských právech a medicíně 96/2001 Sb. mezinárodních smluv) a také v právech na ochranu informací v Listině základních práv a svobod (ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění č. 162/1998 Sb.), v nichž se jedná o pohled ze strany příjemce zdravotních služeb. Zachování povinné mlčenlivosti neplatí v následujících případech: mezi zdravotníky v případě, kdy je potřeba zajistit návaznost další zdravotní péči; neplatí v situaci, kdy jsou sdělovány informace o pacientovi rodinným příslušníkům a dalším osobám, ale pouze v případě je-li udělen souhlas pacienta a v případě sdělování informací zákonnému zástupci pacienta. Povinnou mlčenlivost lze dále prolomit při oznamovací povinnosti (nahlášení na pojišťovnu, matriku apod.), při trestním řízení, sdělování údajů pro ochranu vlastních práv v případě sporu mezi poskytovatelem ZS a pacientem. Povinná mlčenlivost musí být zachována i tehdy, když zdravotník odejde nebo změní zaměstnání. Rovněž povinná mlčenlivost nezaniká při úmrtí pacienta [17, 21].

3.3.3 Práva poskytovatele zdravotnických služeb ukončit péči o pacienta

Důvody pro ukončení zdravotní péče ze strany poskytovatele ZS jsou v zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v §48, uvedeny v pěti bodech, které jsou rozepsány níže. Klíčovou podmínkou pro rozhodnutí poskytovatele ZS o ukončení péče je ale vždy zajištění pacienta takovým způsobem, aby nedošlo k jeho bezprostřednímu ohrožení nebo jinému poškození jeho zdraví.

V prvním případě může poskytovatel ZS ukončit péči o pacienta, pokud prokazatelně předá pacienta do péče jinému poskytovateli ZS. Jak zákon uvádí, pacient musí s předáním souhlasit, tudíž smlouva o péči o zdraví zde zaniká se souhlasem obou smluvních stran dohodou.

V druhé situaci poskytovatel ZS může ukončit péči o pacienta v případě, kdy dojde k pominutí důvodů pro poskytování zdravotních služeb. Může tak dojít k ukončení smlouvy o péči o zdraví z důvodu splnění závazku poskytovatele ZS vůči pacientovi. Zdravotník musí pečlivě zvážit všechny možné varianty, s cílem zabránit zanedbání péče o pacienta v případě, kdy je ponechán na místě, aby nedošlo k poškození pacientova zdraví.

Třetí situací vedoucí k ukončení zdravotní péče dochází v situaci, kdy pacient vysloví nesouhlas s poskytováním veškeré zdravotní péče nebo transportu do zdravotnického zařízení. V tomto případě se jedná o jednostranné ukončení smlouvy o péči o zdraví ze strany pacienta. Poskytovatel ZS musí v tuto chvíli vyžádat od pacienta podpis o odmítnutí zdravotního výkonu pacientem neboli tzv. negativního reversu (informovaného nesouhlasu). Opět se ale nesmí jednat o situaci, při které dochází k bezprostřednímu ohrožení nebo jinému poškození zdraví pacienta.

Čtvrtý důvod pro ukončení péče poskytovatelem ZS je situace, kdy pacient závažným způsobem omezuje práva ostatních pacientů, úmyslně a soustavně nedodrží léčebný postup, i když s poskytováním zdravotní péče vyslovil souhlas. Jeho chování však nesmí být způsobeno zdravotním stavem.

Podle posledního, pátého bodu, je možné ukončit zdravotní péči, pokud pacient nedostatečně spolupracuje s poskytovatelem ZS. Toto rozhodnutí může být učiněno zdravotníkem pouze, pokud pacientova neochota spolupracovat není způsobena jeho zdravotním stavem [6, 21].

3.3.4 Práva poskytovatele zdravotnických služeb na odmítnutí péče o pacienta

Práva poskytovatele ZS na odmítnutí poskytování péče o pacienta jsou omezená a vychází z podmínek stanovených pro ukončení péče. Stejná podmínka jako při ukončení péče o pacienta pro zdravotníky platí i u odmítnutí – v případě odmítnutí péče nesmí dojít k bezprostřednímu ohrožení nebo jinému poškození zdraví pacienta. Kromě toho nesmí dojít k odmítnutí péče pacienta ve výkonu vazby či trestu odnětí svobody, protože se jedná o zdravotní péči, kterou Vězeňská služba neposkytuje. Poskytovatel ZS, kterého si pacient zvolil, může odmítnout převzít pacienta do péče podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování podle §48.

Odmítnutí převzetí pacienta do péče může nastat v situacích, kdy by přijetím pacienta byla překročena únosná kapacita poskytovatele ZS. Příčinou může být vysoké pracovní zatížení, provozní důvody, personální zabezpečení nebo technické a věcné vybavení poskytovatele ZS.

V druhé řadě může poskytovatel ZS odmítnout péči o pacienta, pokud by místo pobytu pacienta bylo příliš vzdáleno od místa, ve kterém působí poskytovatel ZS. Odmítnout pacienta však nelze v případě bezprostředního ohrožení nebo jiného poškození zdraví pacienta.

Ve třetím případě může poskytovatel ZS odmítnout pacienta, pokud pacient není pojištěncem zdravotní pojišťovny, se kterou má poskytovatel ZS uzavřenou smlouvu podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění. Toto opatření neplatí v případě, kdy pacient pochází z jiného státu Evropské unie, Švýcarské konfederace či dalších států, se kterými má Česká republika uzavřenou smlouvu o zabezpečení, které zahrnuje zdravotní péči [21].

Zdravotník může podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování podle § 50 odmítnout péči o pacienta v případě, kdy poskytnutí péče odporuje jeho náboženskému vyznání či svědomí, v tomto případě musí být poskytovatelem ZS zajištěn jiný zdravotník, který pacientovi poskytne zdravotní péči. Pokud poskytovatel ZS není schopen zajistit jiného zdravotníka, bude pacientovi nabídnut jiný poskytovatel ZS, v případě, že pacient neodmítne. Pokud pacient odmítne možnost alternativního poskytovatele ZS, zaznamenává se nesouhlas do zdravotnické dokumentace s podpisem obou zúčastněných stran. Ovšem i v tomto případě platí, že nesmí dojít k bezprostřednímu ohrožení nebo jinému poškození zdraví pacienta.

První dva zmíněné důvody pro odmítnutí pacienta se setkávají s problémem, který se týká kvality poskytovaných zdravotních služeb. Třetí důvod lze prolomit přímou platbou pacienta poskytovateli ZS. Poskytovatel ZS má podle výše uvedeného zákona opět v §50 povinnost vystavit pacientovi písemnou zprávu, v níž je uveden důvod odmítnutí přijetí nebo ukončení poskytování péče pacientovi [4, 21].

3.3.5 Negativní revers

Prohlášení o odmítnutí zdravotního výkonu neboli negativní revers, také nazývaný informovaný nesouhlas, je dokument, kterým pacient vyslovuje svůj nesouhlas s navrhovanou zdravotní péčí nebo odmítá transport do zdravotnického zařízení. Zdravotník je povinen opakovaně poučit pacienta o možných rizicích včetně ohrožení života spojené s odmítnutím zdravotní péče. Skutečnost o ponaučení pacienta je potřeba zaznamenat do dokumentu včetně podpisu pacienta, který musí být zdravotně způsobilý k podpisu negativního reversu.

Negativní revers obsahuje údaje o zdravotním stavu pacienta, potřebném zdravotním výkonu, údaje o možných následcích odmítnutí zdravotní péče a záznam vyjádření pacienta. Důležité je zaznamenat, že informace z dokumentu byly řádně sděleny a vysvětleny, tak že pacient porozuměl jejich významu, a že měl možnost klást doplňující otázky.

Pacient s duševní chorobou nebo pod vlivem návykových látek je považován za právně nezpůsobilou osobu. u nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, vydá poskytovatel ZS negativní revers v případě, kdy s poskytováním zdravotních služeb nesouhlasí zákonný zástupce pacienta. Vždy je třeba zjistit a zohlednit i názor nezletilého pacienta, který je schopen s ohledem na svůj věk vnímat situaci a vyjadřovat se. Pokud zákonný zástupce odmítne podepsat negativní revers, je třeba opatřit svědka, který byl přítomen odmítnutí péče, a ten dokument podepíše. Pokud zákonný zástupce odmítl podepsat negativní revers, důvod odmítnutí zdravotník také zaznamenává.

Získání negativního reversu pomáhá zdravotníkovi zajistit, že postupuje v souladu se zákony a etickými standardy a snižuje riziko právních sporů, stížností pacientů nebo osob pacientovi blízkých [2, 20, 21].

3.3.6 Dříve vyslovené přání

Dříve vyslovené přání neboli předem vyslovený souhlas nebo nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v §36 říká, že pokud pacient není schopen vyjádřit svůj souhlas nebo nesouhlas s poskytováním zdravotní péče, může být využita forma dříve vysloveného přání, kde pacient formuluje, jak by s ním mělo být nakládáno v případě, kdy není schopen se vyjádřit. V rámci poskytování zdravotní péče bude poskytovatel ZS zohledňovat dříve vyslovená

přání pacienta, pokud je dokument k dispozici a pokud je pacient v situaci, na niž se toto přání vztahuje nebo v případě, kdy pacient není schopen vyjádřit nový souhlas nebo nesouhlas. Dříve vyslovené přání musí být učiněno na základě písemného ponaučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí praktickým lékařem nebo jiným ošetřujícím lékařem, na něž se tato práva vztahují. Dokument musí být v písemné formě s úředně ověřeným podpisem pacienta.

Podle výše citovaného zákona o zdravotních službách není třeba respektovat dříve vyslovené přání v případě, kdy došlo k vývoji zdravotního stavu, který by vedl k předpokladu, že by pacient souhlasil s poskytnutím zdravotní péče. Dříve vyslovené přání nelze respektovat, pokud by nabádalo k postupům, jejichž výsledkem by bylo aktivní způsobení smrti nebo pokud by splnění dříve vysloveného přání mohlo ohrozit jiné osoby. Čtvrtý bod stanovuje, že dokument nelze respektovat, pokud byly poskytovány zdravotní výkony v době, kdy zdravotníci neměli dříve vyslovené přání k dispozici. Posledním důvodem pro neuplatnění dříve vysloveného přání je nezletilý pacient nebo pacient s omezenou svéprávností. V ostatních případech je dříve vyslovené přání považováno za platné a závazné pro poskytovatele ZS [21].

3.4 Etika ve zdravotnictví

Etika (ethika, z řec. *ethos* – mrav) je podle Šimka obecná teorie morálky, která zkoumá hodnoty, normy a principy lidského jednání. Etika má za cíl zkoumat a formulovat univerzální principy a normy, které by měly být respektovány v různých oblastech lidského jednání, a to včetně oblasti medicíny. Zájmem i cílem lékařské a zdravotnické etiky je dobro jakékoliv profesní aktivity, která se prohlašuje za mravně obhajitelnou [9].

Lékařská a zdravotnická etika jsou obory, jejichž cílem je diskutovat a řešit etické problémy i dilemata ve zdravotnictví a formulovat normy a principy,

kteřé by měly být uplatňovány v péči a přístupu zdravotníků k pacientům. Normy a principy etiky mají zajišťovat ochranu práv pacientů, zlepšovat kvalitu péče a minimalizovat rizika, které mohou být spojena s poskytováním zdravotnické péče a biomedicínským výzkumem. Zdravotník je denně vystavován náročným a složitým situacím, a proto je důležité, aby zdravotníci měli jasnou představu o tom, jaké jsou etické principy, normy a hodnoty, které by měly být respektovány při poskytování zdravotnické péče a pozitivně ovlivnily pacientovu spokojenost s poskytovanou zdravotní péčí [9].

Morálka (z lat. *mos* – mrav, *moralis* – mravní) je podle Šimka soubor zásad, pravidel a hodnot, které určují, jak by se měl člověk chovat vůči sobě samému, vůči druhým lidem a vůči společnosti jako celku. Morálka odráží společenské normy a očekávání ohledně vhodného a nevhodného chování. Mezi morální principy řadíme ve zdravotnictví například: spravedlnost, autonomii, dobročinnost nebo neškození. Řízení se těmito principy má pomoci zdravotníkům poskytovat zdravotní péči s ohledem na práva a potřeby pacientů a minimalizovat rizika, která by mohla vzniknout v souvislosti s poskytováním zdravotní péče [9].

3.4.1 Historický vývoj etiky ve zdravotnictví

V oblasti etiky ve zdravotnictví jsou užívány pojmy bioetika, biomedicínská etika, lékařská etika nebo zdravotnická etika.

Helena Haškovcová ve svém posledním vydání Lékařské etiky rozlišuje termín bioetika jako pojem nadřazený pojmům ostatním. Bioetika, podle ní, zahrnuje všechny pojmy z oblasti etiky ve zdravotnictví, ale i v přidružených oborech zabývajících se živými organismy. Lékařskou etikou pak označuje etiku v oborech medicíny. Pojem zdravotnická etika považuje za nejednotný, protože v původním slova smyslu znamenal etiku zdravotnických systémů. Nicméně se

ustálil v českém prostředí pro oblast etiky vyhrazenou v podstatě pro nelékařské zdravotnické profese a jejich pole působnosti [5].

Lékařská etika vychází zejména ze tří základních historických pramenů – Hippokratovy přísahy, židovsko-křesťanské tradice a novodobých filozofických směrů. Za základ lékařské etiky je považována především Hippokratova přísaha, přitom samotná etika má kořeny ještě daleko starší.

3.4.1.1 Hippokratova přísaha

Hippokratova přísaha, která je součástí rozsáhlého centonu Corpus Hippocraticum, je považována za nejstarší deontologický etický kodex lékařského povolání [10]. Etický kodex podle Ondriové *„...se obecně charakterizuje jako souhrn morálních pravidel a požadavků, podle kterých by se měli řídit nejen členové dané organizace, ale i organizace jako celek ve vztahu ke svému internímu a externímu prostředí“* [11, str. 57]. Hippokratova přísaha vznikla asi 400 let př. n. l. a stále není jasné, přesně kým ani proč byla sepsána. Historikové se přou, zda všechna pojednání pochází od Hippokrata nebo i od jeho žáků. Nejčastěji je spojována právě s řeckým lékařem z ostrova Kós Hippokratem. Přísaha byla postupně rozšířena a zdokonalena. Navzdory tomu, že některé pasáže jsou již překonány, jiné jsou stále diskutovány, její obecný akcent na profesní mravnost je všeobecně přijímán. V současnosti je považována za základní deontologický etický kodex a je dodnes podstatou lékařského slibu [12].

Přísahu je možné rozdělit na několik částí, a to: úvod obsahující vyslovení přísahy před bohy, vlastní obsah, kde jsou vysloveny závazky jako je úcta k lidskému životu, úcta k učitelům a bratrství s kolegy a důraz na dodržování lékařského tajemství a závěr, kde jsou uvedeny „odměna“ a „trest“ za splnění nebo nesplnění přísahy. z obsahu vyplývá, že v Hippokratově přísaze nebyl opomenut princip neškození – nepodat žádný smrtící prostředek. Dále byl

zdůrazněn princip beneficence – prospívat nemocným, naškodit jim, nebýt nespravedlivý, nemít zlé úmysly, uchovat tajemství [10].

3.4.1.2 Židovsko-křesťanské tradice

Hodnoty židovsko-křesťanské tradice jsou základem současné morálky. Počátky vývoje křesťanství jsou úzce spjaty s judaismem. Základní myšlenky židovsko-křesťanské tradice vycházejí z Bible (z Písma svatého Starého a Nového zákona), židovského a křesťanského učení.

Židovská tradice vyplývá z faktu, že Židé jsou velkými zastánci práva na život. Řídí se pocitem bezpodmínečně zachovat lidský život a odmítají jakékoliv kompromisy. V židovském zákoně je kladen důraz na respektování a zachování lidského života. Nařizuje lékařům, aby při léčení postiženého bližního zasahoval jakýmkoliv způsobem, který považuje za zásadní pro záchranu lidského života. Tento přístup platí i v situaci, kdy pacient odmítá záchranu a vyjadřuje přání zemřít, lékaři jsou v tuto chvíli povinni jednat v souladu se zásadou zachování lidského života a učinit veškeré zásadní kroky pro jeho zachování. Později se v medicíně objevila nová etická perspektiva, a to díky vlivu křesťanské tradice, která zdůrazňuje vztah mezi lékařem a trpícím člověkem na základě principu milosrdné lásky. Je v ní kladen důraz i na důstojnost, integritu a hodnotu lidského života bez ohledu na jeho kvalitu. Život je chápán jako dar od Boha, kterým člověk disponuje, ale nemá právo jej svévolně zkracovat nebo ukončovat. Křesťané vyjadřují morálku náboženské ústavě mravnosti, která se vyznačuje Desaterem božího přikázání. Křesťanská lékařská etika je v současné době protívahou morálnímu relativismu dnešního světa. Principy se týkají nejen lékařství, ale i celého zdravotnictví a jsou tak aktuální i v dnešní době [10, 13].

3.4.1.3 Novodobé filozofické směry

Na soudobou etiku ve zdravotnictví měla a má vliv i řada filozofických směrů, které se během staletí rozvíjely. Mezi novodobé filozofické směry 20. století, které mají významný dopad na oblast zdravotnictví, patří například existencialismus, fenomenologie a hermeneutika.

Pro oblast morálního rozvažování v medicíně existuje množství různých etických teorií, např. konsekvencialismus spojený s utilitarismem a situační etikou, deontologismus, etika ctností či intuicionismus. Jedním z nejvýznamnějších konceptů, který ovlivnil další směřování etiky ve zdravotnictví, je tzv. principialismus. V následující kapitole jsou angloamerické principy zpracovány podrobněji [7, 10].

3.5 Současné etické principy ve zdravotnictví

Američtí autoři T. L. Beauchamp a J. F. Childress popsali čtyři základní principy současné biomedicínské etiky. V podstatě ve svém díle navazují na Hippokratovu přísahu, dále na Norimberský kodex (vytvořen po druhé světové válce v reakci na zločiny spáchané během nacistických experimentů na lidech), Helsinskou deklaraci (vyhlášena v roce 1964 Světovým lékařským shromážděním), která rozšířila principy Norimberského kodexu. Zejména na základě těchto dokumentů a v reakci na neetické výzkumy probíhající ve Spojených státech amerických vznikla Belmontská zpráva, která byla vydána roku 1979, na kterou navázal jejich tzv. principialismus.

Principy T. L. Beauchampa a J. F. Childresse jsou Belmontské zprávě v mnoha ohledech podobné. Autoři uvádějí, že jejich čtyři principy budou přijímány všemi bez ohledu na kulturu, náboženství či filozofické myšlení. Tyto principy je třeba respektovat, pokud se neobjeví významný důvod, který by převažoval, a který by ospravedlnil jejich nedodržení.

Tři základní principy (nonmaleficence, beneficence, justice) jsou známy již z Hippokratovy etiky, další princip (autonomie) je sice současný, avšak v moderních podmínkách velice důležitý. Během řešení etických dilemat mnozí lidé uznávají a řídí se těmito principy, které byly přeneseny do Evropy. Tyto principy jsou známé jako principy prvního řádu, kromě toho byly definovány principy druhého řádu, které zahrnují tzv. etiku všedního dne [14].

3.5.1 Etické principy prvního řádu

Princip nonmaleficence (neškození) je princip, jehož myšlenkou je nepoškodit, neublížit nebo neusmrtit. Podporu tento princip získává ze známého biblického příkazu „nezabiješ“, má vztah k zásadě „*primum non nocere*“ – neuškodit. Je upřednostňován před principem dobročinnosti a vyplývá z toho omezení autonomie každého vzhledem k dobru ostatních. Cílem principu je minimalizovat negativní dopad léčby na pacienta. Zdravotník by měl zvážit potenciální rizika a přínosy jakékoliv intervence. Princip zahrnuje povinnost lékaře informovat o případných rizicích a vedlejších účincích léčby a snažit se negativní dopady minimalizovat. Zdravotník může pacienta poškodit jak somaticky, tak i psychicky. Psychické poškození vyplývá z nevhodného chování zdravotníků k pacientům. Poškození zdravotníkem je ve většině případů neúmyslné, ale může dojít k úmyslnému poškození pacienta, a to například zanedbáním péče.

Princip beneficence (dobročinnost) vymezuje povinnost zdravotníka jednat v zájmu pacienta a přinášet mu prospěch. Zdravotník by měl aktivně usilovat o zlepšení stavu pacienta a rozhodovat se tak, aby jeho jednání bylo v souladu s nejlepším zájmem pacienta. Princip beneficence je spjat s principem nonmaleficence, jelikož lékař by měl minimalizovat riziko působení škody a zároveň maximalizovat prospěch pro pacienta. Princip říká, že by zdravotník měl poskytovat péči s myšlenkou dobra a ve prospěch pacienta.

Princip justice (spravedlnosti) zahrnuje spravedlivé rozdělování zdrojů a péče mezi pacienty na základě potřeb a rovnosti. Tento princip se zaměřuje na zajištění rovného přístupu k pacientům bez ohledu na sociální status, pohlaví, věk nebo jiné faktory. Zdravotník by měl být nestranný a pečlivě zvážit faktory, které by mohly ovlivnit rozhodnutí a přidělení zdravotnické péče pacientovi.

Princip autonomie (samosprávy) zahrnuje právo pacienta na sebeurčení a svobodné rozhodování o svém životě a zdraví. Tento princip vyžaduje, aby zdravotník informoval pacienta o jeho zdravotním stavu a o všech možnostech léčby. Pacient může přijmout, odmítnout nebo si vybrat způsob léčby, pokud je schopen sám o sobě rozhodovat. Zdravotník by měl respektovat rozhodnutí pacienta a poskytovat jim informace a podporu, aby se mohli svobodně rozhodovat o své léčbě [9, 14, 18].

Podle T. L. Beauchampa a J. F. Childresse jakožto autorů principů prvního řádu, jsou principy formulovány nezávisle na jakékoli etické teorii a lze je obecně uznávat jako základ etického jednání v oblasti zdravotnické péče [14].

3.5.2 Etické principy druhého řádu

Pravdomluvnost je definována jako závazek říkat pravdu, nelhat a nepodvádět ostatní. Pravdomluvnost je součástí projevovaného respektu k lidem a v mnoha kulturách byla plná pravda považovaná za základ existence důvěry mezi lidmi. Pacienti mají právo znát plnou pravdu a zdravotníci mají povinnost sdělovat plnou pravdu. Neboť právo na informované rozhodnutí je klíčovým faktorem pro dosažení efektivního léčebného procesu a nedodržení této povinnosti může vést ke ztrátě důvěry pacientů včetně následného zhoršení léčebného výsledku. „Pravda na nemocničním lůžku“ je termín používaný pro sdělování pravdivé diagnózy pacientovi, i přestože trpí nevléčitelným onemocněním.

Věrnost a poctivost znamená povinnost zůstat věrný svým závazkům. V každodenní praxi lékař často spoléhá na sestru a věří, že důsledně plní své povinnosti, podá ordinované dávky léků, změří a pravdivě zapíše fyziologické funkce pacientů do dokumentace.

Důvěryhodnost je principem, který je spojen s oběma předcházejícími popsányými principy. Aby mohl být zdravotník důvěryhodný, musí být pravdomluvný a věrný svým závazkům. Očekávaný je také vstřícný přístup a kvalitní komunikace s pacientem. Pro kvalitní komunikaci s pacientem je velmi důležitá srozumitelnost a spolehlivost informací. Díky těmto aspektům pacient považuje zdravotníka za důvěryhodného.

Mlčenlivost je podstatným principem, který je zmiňován v mnoha etických i právních normách. Zdravotníci musí zachovat mlčenlivost o všech získaných informacích v souvislosti s pacientem ohledně zdravotního stavu. Princip mlčenlivosti byl v určité formě zmíněn již v Hippokratově přísaze. V oblasti práv je u zdravotníků velmi důležité znát celý rozsah zachování povinné mlčenlivosti, aby předešli riziku právních sporů [12].

3.5.3 Lex artis

Pojem „*lex artis medicinae*“ (pravidla umění lékařského), který je běžně užíván v souvislosti s právní definicí v oblasti medicíny, která podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování §4 zní: „*Náležitou odbornou úrovní se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.*“ Zmíněn je také v zákoně o zdravotních službách, kde „...*ukládá povinnost všem zdravotnickým pracovníkům poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni a řídit se etickými principy*“ [21]. V odborné i laické praxi je pojem často vnímán pouze v souvislosti

s diagnostikou a léčbou pacientů. Avšak, tento pojem zahrnuje i další oblasti, jako například komunikaci s pacienty nebo biomedicínský výzkum, což má zásadní vliv na kvalitu a etickou formu poskytované zdravotní péče [15].

Lege artis by měl postupovat každý zdravotník. V případě, kdy by zdravotník nepostupoval lege artis, může pacient nebo osoby pacientovy blízké, podat stížnost na provedený postup poskytovatele ZS. Posouzení, zda byl postup lex artis, či nikoli, spadá pod rozhodnutí soudu či jiného způsobilého orgánu. V případě stížnosti ze strany pacienta nebo osoby pacientovi blízké na nedostatečnou odbornost lékaře při poskytování pomoci rozhoduje Česká lékařská komora (ČLK), která má pravomoc posoudit, zda lékař při své práci postupoval dle *lex artis medicinae* a zda neprovedl pochybení, které by bylo v rozporu s jeho povoláním [16].

3.6 Etika v přednemocniční péči

V rámci oblasti poskytování PNP se mohou objevit etické problémy a dilemata, jelikož se jedná o specifický typ poskytované zdravotnické péče. Tato péče je typická zejména tím, že je poskytována v různém prostředí a za časové tísně. Přestože zdravotníci jsou na tuto práci odborně připravováni, je nasnadě, že se setkávají s různými etickými problémy, které jsou obtížně řešitelné [3].

3.6.1 Komunikace v přednemocniční péči

Komunikace s pacientem nebo osobami nacházejícími se na místě události začíná již při příjmu tísňového hovoru na ZOS. Správná komunikace je nezbytná pro uklidnění volajícího a získání co nejvalidnějších dat pro vyslání výjezdových skupin. Důležitá je také proto, že operátor může pomocí volajícího zahájit TAPP nebo telefonickou asistovanou neodkladnou resuscitaci (TANR). Úkolem zdravotníka zasahujícího na místě události je být důvěryhodný, pravdomluvný a věrný svým závazkům. Důležitý je vstřícný přístup k pacientovi i jeho blízkým.

Srozumitelná řeč a spolehlivost informací, jsou podstatné, pro získání nejkvalitnějších informací od pacienta nebo jeho blízkých. Nejkvalitnější komunikace je docílena splněním etických principů prvního i druhého řádu.

3.7 Etická dilemata a etické problémy v přednemocniční péči

Řada odborníků míní, že je nutné důsledně rozlišovat mezi pojmy „etické dilema“ a „etický problém“, neboť se nejedná o synonyma. Etický problém je situace, ve které je nutné rozhodnout eticky náročnou otázku, ale existuje jednoznačné řešení, které uspokojí všechny zúčastněné strany. Naopak etické dilema představuje obtížnou volbu mezi dvěma a více možnostmi, které jsou vzájemně nekompatibilní, a nelze najít jednoznačné řešení, což vede k paradoxu. V oblasti poskytování péče, zejména v případě kritických situací a mimořádných událostí jsou etické otázky časté a zdravotnický personál musí jednat rychle, ale přitom by měl dokázat zohlednit mravní hlediska.

V oblasti odmítnutí péče a ukončení péče dominují etické otázky spojené zejména se zahájením a ukončením KPR nebo problematika mimořádných událostí [12].

3.7.1 Etická otázka zahájení a ukončení kardiopulmonální resuscitace

Etické problémy týkající se zahájení nebo nezahájení KPR jsou stále častější, jelikož se v populaci zvyšuje počet pacientů se srdečním a cévním onemocněním. Etiologie těchto onemocnění zahrnuje zrychlující se životní tempo obyvatel, kouření tabákových výrobků, obezita a rozšiřující se civilizační onemocnění – hypertenze, vysoká hladina cholesterolu a s tím související ateroskleróza. Právě tato onemocnění jsou nejčastější příčinou náhlého úmrtí mimo zdravotnické zařízení [17].

Rozhodnutí o zahájení a ukončení KPR vyplývá z rovnováhy mezi přínosem a rizikem pro pacienta. Z etického hlediska musí být KPR zahájena, pokud je u pacienta se srdeční zástavou předpokládána úspěšná obnova životních funkcí.

Mezi nezahájení či kontraindikace zahájení KPR patří jisté známky smrti (např.: posmrtné skvrny, posmrtná ztuhlost), poranění neslučitelné se životem (např.: výhřez mozkové tkáně, masivní devastace) a pacienti v terminálním stádiu nevyléčitelného onemocnění. Rozhodnout o nezahájení KPR lze po prokazatelných 15minutách srdeční zástavy bez laické první pomoci u dospělých osob. u dětí je doba zástavy bez laické první pomoci prodloužená o 5 minut, tedy pokud není poskytována 20 minut. Rozdílné je to při hypotermii postiženého, u které se jedná o 40 minut neposkytované první pomoci. Ve chvíli, kdy dochází k vážnému ohrožení zdraví nebo přímému ohrožení života zdravotníka, má zdravotník právo na neposkytnutí zdravotních služeb, tedy právo na nezahájení KPR. Také v případě dříve vysloveného přání, nebýt resuscitován se KPR nezahajuje. °ukončení KPR rozhoduje lékař podle jeho nejlepšího morálního přesvědčení [2, 17, 18, 21].

3.7.2 Etická otázka přítomnosti rodinných příslušníků u KPR

ERC (Evropská resuscitační rada) v Guidelines 2021 doporučuje, aby byla resuscitačními týmy rodinným příslušníkům pacientů se srdeční zástavou nabídnuta možnost přítomnosti u pokusů o resuscitaci, pokud je taková možnost bezpečná a pokud lze pověřit některého člena resuscitačního týmu, aby rodinu pacienta podporoval. Resuscitační tým v PNP však většinou nemá dostatečný počet členů, aby mohl vyčlenit jednoho z nich pro citlivé vysvětlení situace rodině již během prováděné KPR [18, 19].

3.7.3 Problematika mimořádných událostí

Definice mimořádné události podle ministerstva vnitra zní: „*Událost nebo situace vzniklá v určitém prostředí v důsledku živelní pohromy, havárie, nezákonnou činností, ohrožením kritické infrastruktury, nákazami, ohrožení vnitřní bezpečnosti a ekonomiky, která je řešena obvyklým způsobem orgány a složkami bezpečnostního systému podle zvláštních právních předpisů*“ [8].

Při hromadném postižení osob je porušován etický princip rovného poskytování péče v zájmu záchrany co nejvíce postižených. Zdravotníci musí rozhodovat, kteří pacienti budou přednostně ošetřeni, a kterým bude poskytnuta nižší úroveň péče, aby mohla být poskytnuta adekvátní zdravotní péče co nejvíce postiženým osobám za co nejkratší časový interval. Tento proces je velmi náročný a může vyvolávat kontroverze, zejména pokud jsou postižení pacienti s různými zdravotními problémy a potřebami. Faktorem komplikujícím poskytování péče u mimořádných událostí je také nedostatek zdravotníků a materiálních prostředků na místě mimořádné události. Dalším problémem je velmi malá informovanost veřejnosti, tento fakt může snižovat ochotu a míru spolupráce, která je u mimořádných událostí podstatná. Tyto nedostatky mohou vést ke snížení kvality poskytované péče a mohou mít negativní vliv na výsledek léčby. Vzhledem k tomu, že mimořádné události jsou nepředvídatelné a mohou se stát kdykoliv a kdekoliv, je důležité, aby zdravotnické týmy měly připravené plány a strategie pro řešení těchto situací, aby byli co nejlépe připraveni na řešení těchto událostí a aby minimalizovali rizika spojené s poskytováním kvalitní zdravotní péče v PNP [17].

4 METODIKA

V rámci bakalářské práce byla využita kvalitativní forma výzkumu, polostrukturované rozhovory na dané téma se sedmi zdravotníky ZZS, pracujícími v pozici zdravotnického záchranáře nebo lékaře. Původním záměrem bylo doplnění rozhovorů několika kazuistikami z PNP, které by dokreslovaly řešenou problematiku. Bohužel, při předložení tohoto záměru vybrané zdravotnické záchranné službě, nedošlo z jejich strany ke svolení, a to ani použít případy z praxe, ani nahlížet do dokumentace, tudíž vzhledem k časovým možnostem (celý proces schvalování trval tři měsíce) zůstaly stěžejní metodou výzkumu rozhovory. Cílem výzkumu bylo získat hlubší a konkrétnější informace o postojích a zkušenostech zdravotníků v oblasti odmítnutí a ukončení zdravotní péče v PNP. Pro výběr respondentů byla použita strategie případového výběru, kdy byli osloveni zdravotníci ZZS, u kterých byl předpoklad zkušenosti s odmítnutím nebo ukončení péče v PNP.

Rozhovory byly zahájeny osobní komunikací a zjištěním zkušeností s odmítnutím nebo ukončením péče v PNP. Následovalo setkání se zdravotníky ZZS, kteří byli seznámeni s důvodem, cílem a etickými náležitostmi rozhovoru. Respondenti byli upozorněni, že je rozhovor nahráván, a to na diktafon mobilního telefonu. Osobní ani citlivé údaje nebyly sbírány, ani zaznamenány, rozhovory jsou striktně anonymizované. Po přepisu údajů do textové podoby a prezentaci práce budou všechny hovory z diktafonu bezpečně smazány. Souhlas s těmito podmínkami zdravotničtí záchranáři potvrdili po poučení podpisem informovaného souhlasu. Informované souhlasy byly předloženy vedoucímu práce a poté bezpečně uschovány. Vzor informovaného souhlasu, který byl použit, je součástí Příloh práce. Rozhovory byly vedeny formou polostrukturovaného interview, které bylo navrženo na základě teoretických poznatků. V průběhu rozhovoru byly respondentům položeny otevřené otázky,

aby mohli vyjádřit své zkušenosti, postoje a názory na danou tematiku. Doba trvání pro jeden subjekt hodnocení představovala přibližně 30 min. Účast respondentů na výzkumu byla zcela dobrovolná a mohli kdykoliv z výzkumu odstoupit. Získaná data byla dále analyzována a interpretována s ohledem na cíle a výzkumné otázky této bakalářské práce.

5 VÝSLEDKY

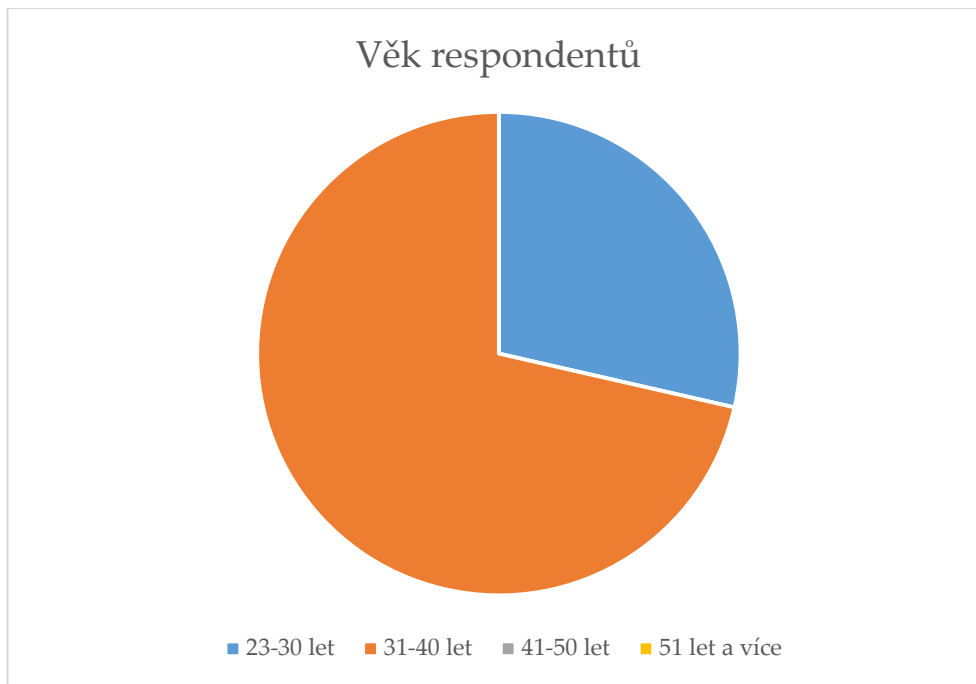
Dotazovaní respondenti byli zdravotníci z oblasti PNP, u kterých byl předpoklad, že disponují zkušeností z praxe v probírané problematice. Respondenti jsou označeni R1-R7. Polostrukturovaný rozhovor se skládal z patnácti otázek.

První dvě otázky rozhovoru cílily na profesi, věk a délku profesní praxe respondentů, jak uvádí níže uvedené Obrázky – grafy.



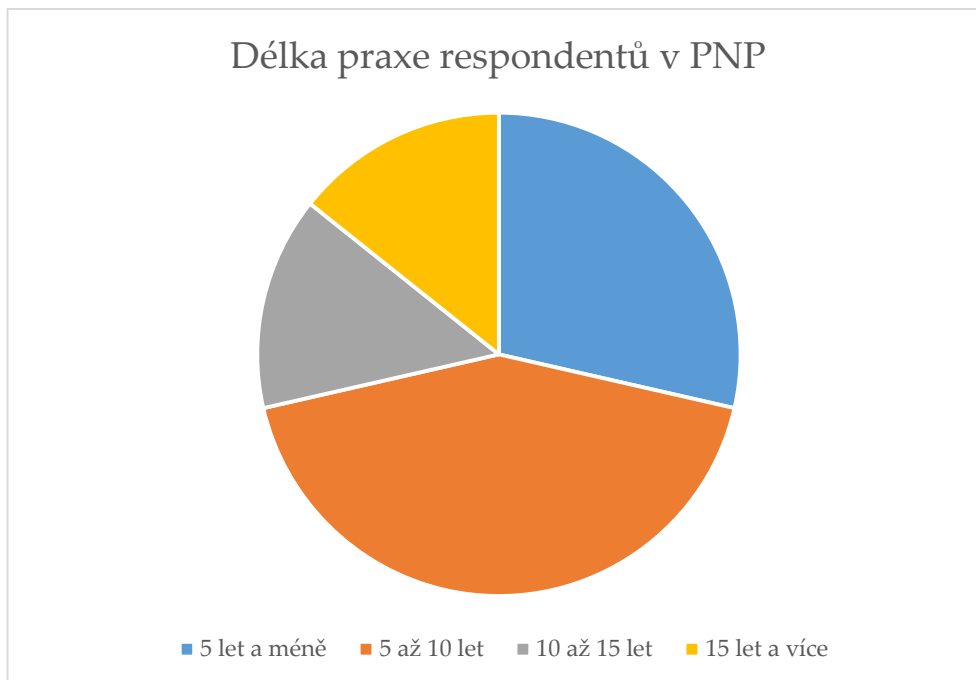
Obrázek 1 – Graficky znázorněná otázka č. 1

Graf zobrazuje profesi dotazovaných respondentů v PNP, přičemž 14 % z nich jsou lékaři a zbylých 86 % tvoří zdravotníci záchranáři.



Obrázek 2 – Graficky znázorněná otázka č. 2

Graf ukazuje, že 71 % vybraných respondentů spadá do věkové kategorie 31-40 let a zbylých 29 % do věkové kategorie 23-30 let.



Obrázek 3 – Graficky znázorněná otázka č. 2

Graf zobrazuje délku praxe dotazovaných respondentů v PNP. Největší skupinu tvoří respondenti s praxí mezi 5 až 10 lety, která představuje 43 %. Další

skupinu vytváří respondenti s praxí 5 let a méně, čemuž odpovídá 29 % dotázaných. Skupina s praxí 10 až 15 let zahrnuje 14 % dotázaných, stejně jako skupina s praxí nad 15 let. Z výsledků vyplývá, že většina respondentů má zkušenosti v oboru v rozmezí 5 až 10 let, což naznačuje poměrně stabilní pracovní zkušenosti.

Další otázky již byly zaměřeny na řešené téma:

Otázka č. 3 byla zaměřena na zkušenost ukončení péče ze strany poskytovatele ZS: Setkal/a jste se během své profesní kariéry s ukončení péče o pacienta ze strany poskytovatele zdravotních služeb? Pokud ano, jak často?

R1: *„Ano. Stalo se mi to několikrát, za poslední dobu se mi to stává častěji, ale jsou to řádově jednotky, cca 7krát do měsíce.“*

R2: *„Ano, je to asi 30 % mých výjezdů, tak 20krát do měsíce. Myslím si, že to je formou call takingu, který je poměrně přetížený a zodpovědnost je poměrně velká. Call taking se zaměřil na vytěžování události, ale už ne na poučení. Spousta těch výjezdů, je taková kontrolní činnost, kdy si lidi neví rady. My je vyšetříme, navrhujeme jim léčebný postup a je to o edukaci, týká se to hlavně rodičů s dětmi.“*

R3: *„Ano setkal a je to celkem tak 30 % mých výjezdů. Takže asi 10krát do měsíce“*

R4: *„Ano, často vypisuju negativní revers a ponechávám na místě, může to být tak 2krát do týdne.“*

R5: *„Ano, určitě tak 6krát do měsíce.“*

R6: *„Ano setkal, cca 8krát do měsíce.“*

R7: *„Ano, setkávám se s tím tak jednou do měsíce.“*

Otázka č. 4 doptávala zkušenost odmítnutí péče ze strany poskytovatele ZS: Setkal/a jste se během své profesní kariéry s odmítnutím péče o pacienta ze strany poskytovatele zdravotních služeb? Pokud ano, jak často?

R1: *„Ano. Odmítnutí ze strany zdravotnického zařízení zažívám prakticky každý den.“*

R2: *„Ano, stává se mi to. Odmítání nemocnicí pořád, to je tak 4krát za týden.“*

R3: *„Taky samozřejmě a je to tak 15 % mých výjezdů.“*

R4: *„Ano, párkrát za měsíc, třeba čtyřikrát.“*

R5: *„Ano, párkrát za měsíc, myslím tak 2 do měsíce, že to bude.“*

R6: *„Ano, v případě odmítnutí zdravotnickým zařízením 10krát za měsíc, ale v případě ohrožení 2krát za kariéru.“*

R7: *„Ano, ale jenom párkrát za rok, řekněme 1krát za měsíc.“*

Otázka č. 5 zjišťovala důvody ukončení péče v PNP: s jakým důvodem ukončení péče o pacienta jste se v PNP setkal/a? (Prosím vynechte důvod předání jinému poskytovateli zdravotnických služeb).

R1: *„Tak první, co mě ihned napadlo, je ukončení kardiopulmonální resuscitace. Výzva k výjezdu zněla bezvědomí. Pacientkou byla 97letá paní v domově důchodců. Naše výjezdovka přijela a zaměstnanci prováděli TANR za pomoci dispečinku. Pacientka srdeční akci neměla, gaspovala, byla to nějaká širokokomplexová tachykardie nebo PEA možná. Tak jsem se domluvila se zaměstnanci, jestli je adekvátní nechat paní odejít, oni souhlasili. Jelikož nejsem doktor, tak jsem zavolala na dispečink, sehnala jsem online konzultaci s lékařem, tomu jsem detailně popsala probíhající situaci a po telefonické*

domluvě jsme se shodli, že nechám pacientku v klidu odejít a zavolám koronera. Při téhle události byla jednoznačná chyba ze strany dispečinku, když se provádí TANR, mají vyslat výjezdovou s doktorem. To pochybení ze strany dispečinku, které se stávalo dokonce opakovaně, ale po domluvě s dispečínkem se tento problém vyřešil. Dále tedy velmi často vypisují negativní revers. Když se zamyslím, nespolupracující pacienty moc nezažívám, většinou těm lidem něco je a spolupracují dobře. Kdyby mě pacient odmítl a já bych věděla, že je ohrožen na životě například infarktem nebo plicní embolií, tak si dovolávám doktora.“

R2: „Pominutí důvodu pro poskytování péče, je hodně v období viróz, kdy lidi volají o rady, ale z dispečinku často vysílají výjezdovky. Takže to je vždycky zaléčení, navrhnutí léčebného postupu, edukace a na základě toho jsem pacienta ponechal na místě. To samé u dětí jsou to teploty, zvracení, bolesti břicha a u seniorů, kde je nejčastější hypertenze. a pak rozvíjející se obor, a to je paliativní medicína, my jsme poměrně často v kontaktu s paliativními pacienty, kteří nejsou dobře zaléčení, kdy podáváme terapii doma a jezdíme tam co 12 hodin, také je ponecháváme zaléčený na místě. Další důvod je často zhoršení stavů, hypoglykémie, prostě případy, kdy to nemá význam a benefit pro pacienta ho transportovat do zdravotnického zařízení.“

R3: „Rozhodně s negativním reversem, pominutím důvodů pro poskytování zdravotní péče a s nedostatečnou spoluprací pacienta taky.“

R4: „Rozhodně teda negativní revers. Ponechávání pacientů na místě využívám, ale od nového roku to musíme konzultovat s lékařem. a nespolupracující pacienty, ty jsou většinou v pátek večer, pacienti v podnapilém stavu nebo psychicky nemocní pacienti.“

R5: „Tak setkal jsem se s ponecháním pacienta na místě, negativním reversem a nespoluprací pacienta.“

R6: „Pominutí důvodů pro poskytování zdravotních služeb a negativní revers.“

R7: „Zažil jsem pomínutí důvodů poskytování zdravotní péče, nedostatečnou spoluprací pacienta a ukončení z mojí strany z důvodu negativního reversu (to je teda odmítnutí pacienta, ale já jsem musel péči ukončit).“

Otázka č. 6 byla zaměřena na důvody odmítnutí péče: s jakým důvodem odmítnutí péče o pacienta jste se v PNP setkal/a?

R1: „Jak jsem už zmiňovala odmítnutí ze strany zdravotnického zařízení. Když se teda bavíme o odmítání ze strany zdravotnického zařízení, my směřujeme s pacientem do nejbližšího nemocnice, která je schopná pacientovi poskytnout adekvátní péči. Případ, na který si vzpomínám, vezli jsme nedonošené mimino 30tt myslím, které bylo v pohodě, bez žádné poruchy poporodní adaptace, já ho dovezla do nejbližší porodnice od místa, kde jsme porodili, ale zaměstnanci oponovali tím, že nemají nedonošence na jejich oddělení. Naopak můj názor je ten, že oni v porodnici dokážou tomu miminu poskytnout mnohem lepší péči než já po dobu třiceti minut cesty do porodnice s nedonošenými dětmi.“

R2: „Odmítnutí ze strany zdravotnického zařízení zažívám poměrně často, nedávno jsem řešil devadesáti letou dámu s 20ti minut trojicím znečítlivěním dolní končetiny od kolene dolů, paní brala Eliquis, takže byla na antikoagulační léčbě, s tím, že tam vždycky musíte vyloučit to nejhorší, a pak jet kaskádovitě dolů podle příznaků. Jel jsem na chirurgii, aby udělali Dopplera nebo CT na vyloučení tepenného uzávěru, ačkoliv ta noha nebyla studená a byla stejná jako ta druhá noha. Lékař ale odmítnul přijmout pacienta na chirurgii, takže jsem se obrátil na internu, kde mi řekli, že to doopravdy musí na chirurgii. Na chirurgii mi bylo opět řečeno, že tohle rozhodně ne na chirurgii, a že to musí na cévní, proběhla konfrontace a skončilo to hovorem s jinou nemocnicí, kde nás přijali. Právo na neposkytnutí zdravotní péče jsem využil do doby, dokud bylo nebezpečí v dosahu, jako třeba pes za plotem a tak dále.“

R3: Rozhodně s odmítnutím ze strany zdravotnického zařízení a často argumentují tím, že nemají kapacitu, některé zdravotnické zařízení argumentuje spádovostí, která

neplatí. Opravdu tohle je velmi konfliktní téma, naposled to skončilo i přivoláním policie ČR právě z důvodu odmítnutí péče o pacienta ze strany nemocnice. Taky jsem využil jsem právo na neposkytnutí péče u psychotického pacienta při podezření, že má u sebe střelnou zbraň.“

R4: „Ohledně odmítnutí ze strany zdravotnického zařízení jezdíme podle spádovosti, i když je to už zrušené, tak nejezdíme k nejbližšímu zdravotnickému zařízení, ale pořád podle spádovosti. Občas se nám stane, když jedeme do nejbližšího zdravotnického zařízení, že nás odmítají z důvodu spádovosti, což by se už nemělo. Právo na neposkytnutí péče jsem zatím nevyužila.“

R5: s odmítnutím z mé pozice asi ne, mívám časové prodlevy, co se týče psů, zvířat, a tak podobně. Odmítnutí ze strany zdravotnického zařízení párkrát do měsíce určitě je. Právo na neposkytnutí péče jsem zatím za svou praxi nevyužil, nikdy jsem nebyl natolik ohrožený.“

R6: „Právo na neposkytnutí zdravotní péče z důvodu ohrožení zdraví a odmítnutí ze strany zdravotnického zařízení.“

R7: „Většinou se jednalo o odmítnutí CPALP z důvodu změny avizované volné kapacity a pak také vytížení nemocnice. Právo na neposkytnutí zdravotní péče jsem využil jednou, když mě muž ohrožoval nožem.“

Otázka č. 7 doptávala zkušenost s negativním reversem v praxi: Jak často a za jakých podmínek vypisujete negativní revers pacientovi?

R1: „Negativní revers vypisuju docela často, tak v rámci jednotek cca 3krát do měsíce. No vypisuju ho, když mám pocit, že pacientovi něco je nebo by mu doopravdy něco mohlo být a nechce jet do nemocnice.“

R2: „Vypisuju ho tak 5krát za měsíc, je to proměnlivá záležitost. Tak je to standardně situace, kdy pacient odmítá, a já navrhuji terapii, tuhle skutečnost sepíšeme, abych byl chráněný.“

R3: „Vypisuji tak 2-3krát za měsíc, snažím se pacientovi vždycky vymyslet, jaká jsou rizika. Alibisticky jsem párkrát nechal podepsat negativní revers, i když jsem měl pacienta pouze ponechat na místě. Teď už to nedělám, ale ponechání na místě může být ex post velmi rizikové, jsem vždycky velmi opatrný, jak při ponechání na místě, tak u negativního reversu.“

R4: „Negativní revers je denní chleba, píšu ho v případě, pokud pacient nesouhlasí s transportem do nemocnice, ale samozřejmě, pokud není v ohrožení života. Je to tak 5krát do měsíce.“

R5: „Jednou, dvakrát za měsíc. Pokud stav pacienta vyžaduje transport do zdravotnického zařízení, ale pacient odmítne.“

R6: „Tak asi 3krát do měsíce, občas se přistihnu, že vypisuji revers pro svůj vlastní klid, když se s pacientem domluvíme a on i já souhlasíme s ponecháním na místě, negativní revers si nechám podepsat. Není to správné, to vím.“

R7: „Vypisuju tak jednou za 3 měsíce, je to většinou situace, kdy dispečink vyšle posádku k pacientovi, který si příjezd posádky a odvoz do nemocnice nepřeje.“

Otázka č. 8 zkoumala psychickou zátěž zdravotníků v souvislosti s odmítnutím nebo ukončením péče v PNP: Jakou míru psychické zátěže zažíváte v souvislosti s odmítnutím nebo ukončením péče o pacienta v PNP ze strany zdravotnického pracovníka? Psychickou zátěž rozdělte u jednotlivých důvodů na žádnou, mírnou, střední, vysokou a extrémní.

R1: „Když nás odmítne zdravotnický zařízení, je to vždycky nepříjemné, zažívám střední míru stresu, není to příjemný prostě, když Vás někdo odmítá. V případě, kdy vypisují negativní revers, tak určitě tam nějaký mírný stres je, samozřejmě člověk se snaží nic nezanedbat, vždycky vyšetřím základní fyziologické funkce a snažím se vypsát do papírů, co všechno by pacientovi mohlo být. Pokud pacienta ponechávám na místě, jako musím říct, že je to pro mě rozhodně víc stresující než negativní revers, takže teda střední stres zažívám, protože pak po cestě přemýšlím, jestli jsem udělala vše, co byla potřeba. Využití práva na neposkytnutí péče z důvodu ohrožení, které jsem zažila jen jednou, jsem byla velmi ve stresu, primárně teda protože jsem se bála o vlastní život.“

R2: „U negativního reversu mě to asi nijak zásadně netíží, je to mírná psychická zátěž. Při ponechání pacienta na místě zažívám mnohem větší psychickou zátěž, vždy si to projdu celé znovu, nikdy nevíte, co se může stát, takže vysoká psychická zátěž. Při využití na neposkytnutí péče z důvodu nebezpečí pro mé zdraví jsem nezažil žádnou psychickou zátěž, jelikož se nikdy nejednalo o stav ohrožující život pacienta. Při odmítnutí pacienta nemocnicí zažívám velkou psychickou zátěž.“

R3: „Při vypisování negativního reversu nezažívám žádnou psychickou zátěž, protože já respektuji žádost pacienta, dostane potřebné informace a je to. Připomíná mi to případ, kdy jsem vezl pacienta, který nechtěl aplikovat nasogastrickou sondu, věděl jsem, že pokud aspiruje do plic bude to velká komplikace. Vysvětlil jsem mu to a rozhodl se i přes riziko neaplikovat sondu. Byl jsem s tím v pohodě, udělal jsem všechno, co jsem mohl, ale je to pacientovo rozhodnutí a já ho plně respektuju. Při odmítnutí ze strany zdravotnického zařízení zažívám vysokou psychickou zátěž, to je konfliktní a vyhrocená situace. Nemám tyto situace rád, jelikož se každý snaží pacienta přesměrovat, aniž by viděl jeho zdravotní stav. V případě práva na neposkytnutí zdravotní péče jsem zažil několikrát extrémní vypětí. Kdy máte pacienta například v protisměru na dálnici a vy máte strach tam vejít, protože vás něco s největší pravděpodobností srazí. V případě ukončení kardiopulmonální resuscitace zažívám vysokou psychickou zátěž, snažím se být

vždycky s týmem sehraný, aby byla KPR kvalitní. je to jeden z nejtěžších okamžiků ukončit resuscitaci. Při ukončení resuscitace a sdělování této skutečnosti rodině je těžší v přednemocniční péči, psychická zátěž je střední.“

R4: „U negativního reversu zažívám mírnou psychickou zátěž. u pominutí důvodů cítím tak střední psychickou zátěž, protože prostě toho člověka necháváte doma se svědomím, že bude v pohodě, s tím že teď voláme lékařům, nijak mi to stres neovlivňuje. Při odmítnutí ze strany zdravotnického zařízení zažívám vysokou stresovou zátěž.“

R5: „U vypisování negativního reversu žádnou. V případě ponechání pacienta na místě mírnou a při odmítnutí ze strany zdravotnického zařízení vysokou míru psychické zátěže. V případě využití práva na neposkytnutí zdravotní péče žádnou psychickou zátěž nezažívám.“

R6: „Nepociťuji žádnou psychickou zátěž spojenou s ukončením nebo odmítnutím péče o pacienta.“

R7: „U všech ukončení nebo odmítnutí pocíťuji mírnou psychickou zátěž.“

Otázka č. 9 zajišťovala zkušenosti s komunikací v souvislosti s tématikou: Máte nějakou nepříjemnou zkušenost v komunikaci s pacientem nebo příbuznými pacienta v kontextu s probíraným tématem?

R1: „Nemám vyloženě nějakou negativní zkušenost, ale často se setkávám s problémem u příbuzných pacientů, kteří jsou těžce nemocní, myslím například onkologický pacient. Oni jejich příbuzní často nejsou dostatečně informovaní. Příklad, kdy jsem jela primárně na dušnost, na místě jsem si přečetla dokumentaci a zjistila terminální stádium nemoci. Tak jsem pacienta zaléčila na místě, nějakou nebulizací. Za normálního stavu, kdyby pacient netrpěl tak těžkým onemocněním, bych ho transportovala do zdravotnického zařízení, ale u tohoto pacienta to nemělo cenu, protože jeho stav se po

nebulizaci zlepšil. Pak přišla na řadu konzultace s rodinou, protože pacient chtěl zůstat doma. Jenže rodina vůbec nevěděla a nechápala, proč ho neodvážíme, když mu je špatně, ale tomu pánovi bylo špatně už 5 let. Rodině jsme vysvětlili závažnost onemocnění a po domluvě byl pacient ponechán na místě. Několikrát se mi stalo, že pacient chtěl zůstat doma a do toho na nás rodina apeluje kvůli transportu, ale vždycky jsme se nějak domluvili, nikdy se mi nestalo, že by na mě někdo slovně útočil kvůli tomuhle důvodu.“

R2: „Většinou ne s pacienty, ale s rodinnými příslušníky u pacientů v terminálním stádiu, kdy si rodina vymýšlí, do jakého zdravotnického zařízení bychom měli blízkého vést. Většinou pomáhá rozebrat situaci, abych mohl nechat pacienta doma. Jde především o názor pacienta s transportem, ale pokud rodina nechce toho příbuzného nechat doma, jsme nahaný, na tohle chodí spousta stížností. V případě nespolupracujícího pacienta, nezbyvá nic jiného než ho do zdravotnického zařízení nějakým způsobem odvézt, většinou jsou to psychické stavy nebo podnapilí pacienti, kteří jsou zoládnutelný nebo se musí sledovat.“

R3: „Určitě ano. Velmi často se setkáváme s větami: Musíte si ho vzít, přeci ho tu nenecháte.... Vzpomínám si na výjezd k rodinné oslavě, všichni podnapilí a pacient hypoglykémie a sepse z dlouhodobého odmítání péče. Jeho syn, byl již při našem příjezdu agresivní, vulgární, mlátil do vozu, vyhrožoval.“

R4: „Nikdy jsem nejela do konfliktní rodiny, která by byla řešena stížností.“

R5: „Ano, párkrát jsem byl účastníkem pouze teda verbálních útoků, kdy jsme se snažili pacienta ponechat doma a rodina nesouhlasila.“

R6: „Ano, velmi často. Rodiny se snaží pro svého blízkého udělat to nejlepší, přitom je jejich péče o blízkého zanedbávána. Vylívají si na nás zlost kvůli problémům, které sami neřeší.“

R7: „Ano je to klasický případ, kdy si rodina pacienta přeje jeho odvoz, ale on odmítá, teda za předpokladu, že je pacient svéprávný a nejeví známky psychického onemocnění.“

Otázka č. 10 zkoumala faktory, které mohou mít vliv na odmítnutí nebo ukončení péče o pacienta: Mohou podle Vás některé z těchto faktorů ovlivnit rozhodnutí o ukončení či odmítnutí péče o pacienta? Napadá Vás jiný/další faktor?

- Délka praxe zdravotnického pracovníka v PNP
- Osobní faktory (např.: únava, emocionální napětí)
- Organizační faktory (např.: počet zdravotnických pracovníků)
- Faktory spojené s pacientem (např.: typ a závažnost onemocnění, způsob komunikace s pacientem nebo příbuznými pacienta)

R1: „Délka praxe určitě ano, to mám i z vlastní zkušenosti, když jsem byla na záchraně nově a jela jsem na naléhavost 1 na prováděnou TANR do domova seniorů. Po příjezdu jsme s kolegou v resuscitaci pokračovali, než přijel lékař, který ihned po příjezdu konstatoval smrt z důvodu posmrtných skorn, mě v tu chvíli ty skorny nepřišly nijak významné. Osobní faktory si myslím, že ne to, že to doma není ideální, neznamená, že si to vybiju na pacientovi. Organizační faktory jako zmiňovaný počet zdravotníků určitě ano, chodíme do práce nemocní a v takové situaci nemůžeme podat stoprocentní výkon. Faktory spojené s pacientem jednoznačně ano. Žádný jiný mě nenapadá.“

R2: „Délka praxe zdravotnického pracovníka určitě, záleží na zkušenostech zdravotníka. Osobní faktory taky určitě, pokud jste blbě naladěný, je vám špatně, jste rozmrzlý, rozhodně tomu člověku nedáte tolik, jako když jste v dobrém rozmaru. Organizační faktory no, tak systém je hodně přetížený, je to vidět při předávání v nemocnicích, takže rozhodně má vliv na poskytování péče, tím i na odmítání ze strany nemocnic. Závažnost onemocnění nebo komunikace s pacientem určitě, ačkoli se snažíte být vždy profesionál, pacient Vám nemusí sednout a sehraje to svou roli. Dle mého názoru

je dalším faktorem povinný rok praxe u lůžka, neumím si představit, že bez zkušeností z urgentu nebo ARA by někdo v klidu nechal pacienta doma.“

R3: „Délka praxe jednoznačně, z vlastní zkušenosti ze začátku praxe jsem se bál nechat pacienta doma. Po nějaké době jsem měl období, kdy jsem naopak chtěl vše nechávat na místě a potom jsem z toho měl problémy se spánkem. Teď jsem více v bezpečné zóně, kdy nechodím do rizika ponechávání na místě. Umím si to představit, pokud je jasně známá diagnóza, např.: hypoglykémie. Osobní faktory určitě, velký, jinak se vám pracuje, když máte první výjezd po víkendu a jinak, když už jste druhý den nevyspaný. Počet zdravotnických pracovníků je také důležitý, když jedete na 6. výjezd v řadě, nemáte čas si dojit na toaletu, najíst se, rozhodně to vliv má. Faktory spojené s pacientem jednoznačně, rizika ponechání na místě u těžce nemocného pacienta jsou obrovská. Napadá mě, pokud je vysoká obsazenost lůžek v zdravotnickém zařízení a pacient v PNP doopravdy nechce nebo nemá zájem o zdravotní péči, za cenu zdlouhavého shánění místa, nemá smysl ho transportovat.“

R4: „Délka praxe určitě ano. Osobní faktory určitě ano, myslím si, že pokud záchranář řeší rodinnou situaci nebo je unavený, může to ovlivnit vykonávanou práci. Organizační faktory si myslím, že ne u záchranky, ale u ZOS tam je málo pracovníků. Faktory spojené s pacientem také určitě mohou mít vliv na ukončení nebo odmítnutí péče o pacienta.“

R5: „Délka praxe určitě, já jsem si ze začátku nedovolil někoho nechat na místě. Osobní faktory to určitě taky, to spíše svádí k některým chybným rozhodnutím, ale i ukončení nebo odmítnutí dokáže ovlivnit. Organizační faktory, to si nemyslím. Faktory spojené s pacientem určitě taky mohou ovlivnit. Myslím si, že ještě povaha člověka dokáže ovlivnit rozhodnutí“

R6: „Ano všechny zmíněné faktory mohou dle mého ovlivnit odmítnutí nebo ukončení péče o pacienta v PNP.“

R7: „Ano, všechny zmíněné určitě. Myslím si, že mají vliv charakterové rysy zdravotnického pracovníka.“

Otázka č. 11 zkoumala dostatečné probírání tematiky v praxi: je podle Vás probírané téma dostatečně rozebíráno u zdravotnických pracovníků v PNP?

R1: „Probírané dostatečně je, ale úplně ne všechno v té praxi funguje, protože byly doby kdy nás vyhazovali z nemocnic a chovali se k nám s neúctou. Záchranáři jsou dle mého názoru dostatečně vzděláni, hlavně probíhají online webináře na téma práva zdravotnických pracovníků, ze kterého jsou udělané záznamy, takže máme možnost se školit.“

R2: „Nemyslím si, že je to hodně probírané a edukované téma v PNP, ačkoli je to naše denní a náročná součást. V případě negativního reversu musíme vypsát dokumentaci, ale musíme jí vypsát tak dobře, aby nebyla napadnutelná.“

R3: „Vůbec. Myslím si, že není vůbec probíráno, pracovníci znají algoritmy máme scholastickou neefektivní výuku, nevedeme k samostatnosti, máme schémata, které nikdy nebudeme aplikovat v praxi.“

R4: „Myslím si, že ne. Problém je podle mě z důvodu, že jsou v každém kraji jiné podmínky. Například při vypsání negativního reversu se ne každá organizace postaví za své zaměstnance, protože pro mě je stres vypsát negativní revers správně, protože většina zdravotníků to neumí, já vlastně sama nevím, zda negativní revers vypisují dobře. Není k tomu návod nebo školení, jak nechávat pacienty doma na negativní revers.“

R5: „Myslím si že ano.“

R6: „Ano, zbytečně moc, všichni řeší práva, ale ne povinnosti.“

R7: „*Ne, až na diskuse o právních dopadech negativního reversu na pracovníky samotné.*“

Otázka č. 12 doptávala zájem o edukaci: Měl/a byste zájem o školení zaměřené na práva zdravotnických pracovníků o probíraném tématu?

R1: „*Tohle víceméně probíhá formou toho online webináře, ale ano mám o ně zájem.*“

R2: „*Určitě ano, teď jsme měli školení, co se týká práva v medicíně. Myslím si, že je to hodně důležité a hodně opomíjené téma. Dnes je ten proces náročný, je strašně moc stížností stran pacientů, případně jejich blízkých.*“

R3: „*Rozhodně ano.*“

R4: „*Tak určitě ano.*“

R5: „*Určitě ano, teď probíhá webinář.*“

R6: „*Ne.*“

R7: „*O těchto tématech jsem informován z webinářů a odborných konferencí, tudíž já osobně ne.*“

Otázka č. 13 zajišťovala zkušenosti s dříve vysloveným přáním: Setkal/a jste se za svou praxi v PNP s dříve vysloveným přáním?

R1: „*Ne, s tím jsem se nikdy nesečkala.*“

R2: „*Ne. a upřímně si to ani neumím představit. Podívám se na ten dokument, teď jaký to má mít náležitosti? Přijde mi to fádni.*“

R3: *„V přednemocniční péči jsem se s tím nesetkal, pouze v nemocnici, protože v přednemocniční péči dříve vyslovené přání aplikovat nelze. Není ani žádný registr lidí kteří si nepřejí být resuscitováni, což je škoda.“*

R4: *„Ne.“*

R5: *„Myslím si, že ne.“*

R6: *„Ne.“*

R7: *„Ne.“*

Otázka č. 14 zkoumala formu rozhodování zdravotníků v souvislosti probíranou tématikou: Pokud se v praxi rozhodujete pro ukončení nebo odmítnutí péče o pacienta, rozhodujete se spíše podle právní úpravy nebo etických norem?

R1: *„Nejlépe se rozhoduju tak 50 na 50. Zase jo připomíná mi to výjezd s výzvou – bezvědomí, nedýchá, jako naléhavost 2. Byla to paní, kterou syn našel v bezvědomí a bezdeší. Ta paní neměla jisté známky smrti samozřejmě byla cyanotická. Synovi jsem vysvětlila stav pacientky a šance, že by se mamince obnovil oběh a vrátila by se zpátky do života je prakticky nulová, ale my pro ni uděláme samozřejmě maximum, zeptala se, jestli máme resuscitaci zahájit. On řekl, ať zkusíme mamince pomoci. Takže jsme normálně zahájili resuscitaci a zavolali jsme si doktora, ten přijel za 25 minut, po nějaké době resuscitaci ukončil. Kdybych měla tu možnost, paní už bych neresuscitovala vzhledem k jejímu věku, a protože nebyla poskytována resuscitace do doby našeho příjezdu. Samozřejmě sociální resuscitace je taky potřeba, a já to pro toho syna ráda udělám, abychom oba měli čisté svědomí, že jsme nic nezanedbali.“*

R2: „Pokud je pro mě ten pacient partner, nemám potřebu se zaobírat právní stránkou, protože si myslím, že mi z jeho strany nehrozí nebezpečí, to je možná chyba, ale spíš bych řekl, že se rozhoduju eticky.“

R3: „To je těžká otázka, první je určitě právní stránka, ale etická stránka tam určitě taky je. Stížnosti a žaloby jsou skoro vždy na špatnou komunikaci. V první řadě musí člověk chránit sám sebe, takže spíše podle právní úpravy.“

R4: „To asi záleží na situaci, ale většinou z etického hlediska.“

R5: „Podle právní stránky, bohužel v dnešní době je to jediná šance, jak všechno řešit.“

R6: „Rozhoduji se podle zdravotního stavu pacienta je to vyrovnané tak 50 na 50.“

R7: „Jak podle právní, tak podle etické stránky.“

Otázka č. 15 dotazovala nové právní zakotvení v rámci probírané problematiky: Napadl by Vás nějaký důvod pro ukončení nebo odmítnutí zdravotní péče ze strany zdravotnického pracovníka, který není právě zakotven, ale uvítal/a byste jej v praxi?

R1: „Zastávám názor, že my tady sice jsme pro pacienty, ale my nerozhodujeme o jejich životě a zdraví, my jsme nějaký článek v jejich příběhu, a že je to všechno jejich volba. Pokud pacient se léčit chce, je to v pořádku, my mu pomůžeme, ale pokud se léčit nechce, myslím, že by to mělo být usnadněno nám, protože jsme v tomto případě málo chráněni zákonem. Napadá mě, když je někdo někde opilý, spadne a uhodí se do hlavy, ale není komoční, nic. Ten člověk má v sobě 3 piva a víceméně mu nic není. a někdo z 2. nebo 3. ruky mu zavolá záchranku. Pacient však nechce ošetřit a chce zůstat v hospodě. No jenže podle práva je to tak, že pacient je pod vlivem alkoholu a není schopný o sobě

rozhodovat. Pokud pacient nesouhlasí s transportem a začne být agresivní, tak já nemám jinou volbu než si dovolat policii, a prostě ho v poutech dovést na urgent. Kde většinou nastává střet se zaměstnanci samozřejmě, proč pacienta vezeme, když nemá zájem o poskytování péče. Ale v tu chvíli je to jasné, protože já mám povinnost a pacient nemá právo.“

R2: „Nic mě nenapadá.“

R3: „Napadá mě registr lidí, co nechtějí intenzivní péči, intubaci, resuscitaci a tak. Probíhal by pohovor u obvodního lékaře na preventivní prohlídce, kde by se pacient mohl do registru zapsat.“

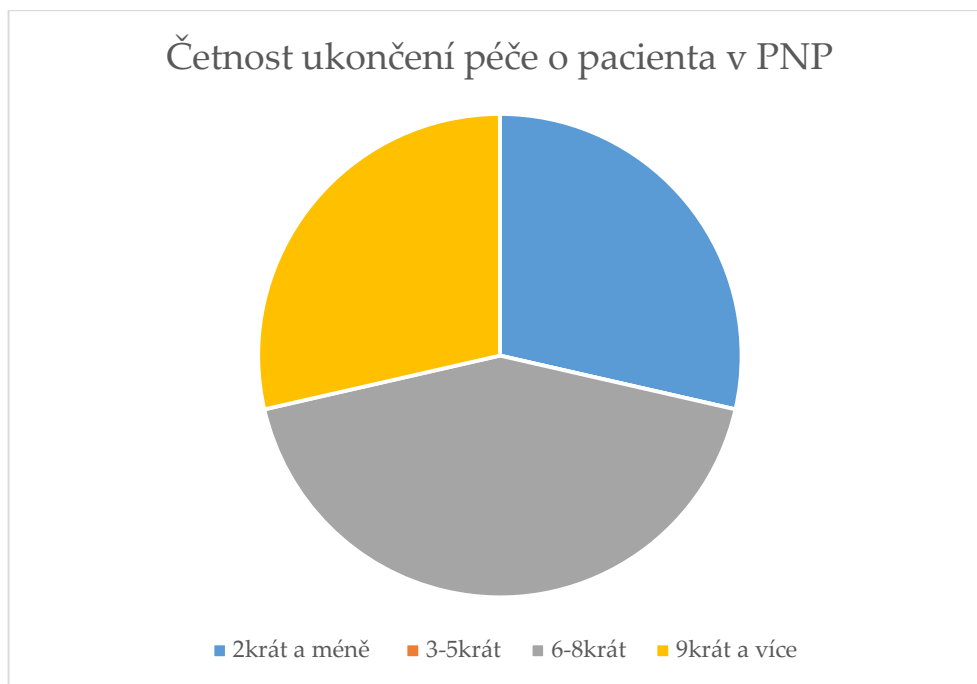
R4: „Ano, je to taková typická mezera v zákoně. Pátek večer, ebrieta, úraz hlavy, je to jasný už jenom z důvodu úrazu hlavy, musí pacient na vyšetření. Nicméně neperu se s ním, pokud odchází, i když mám rodné číslo, pojišťovnu, je to na nás jako na záchranářích. Správný postup je zavolat si Policii ČR, aby jeli s námi. Já to řeším tak, že pokud pacient odejde, zavolám Policii ČR, a ta se ho pokouší hledat, ale ještě se mi nestalo, že by ho našli. Nebo bych řekla ošetření agresivních pacientů, kteří odmítají pomoc.“

R5: „Teď momentálně asi nedokážu říct.“

R6: „Volání z druhé nebo třetí ruky pro pacienta, který nemá zájem o zdravotní péči a opakované intoxikace pacienta, to by se dalo nazvat zneužíváním zdravotnické záchranné služby.“

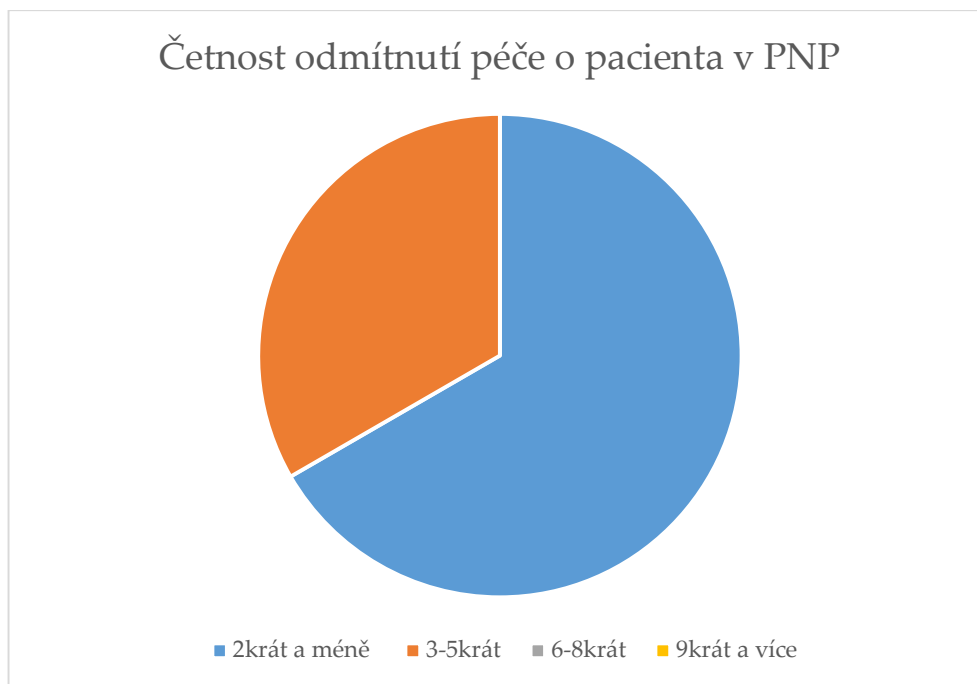
R7: „Nic mě nenapadá.“

Otázky zaměřené na řešené téma jsou níže zpracované ve formě Obrázků – grafů:



Obrázek 4 – Graficky znázorněná otázka č. 3

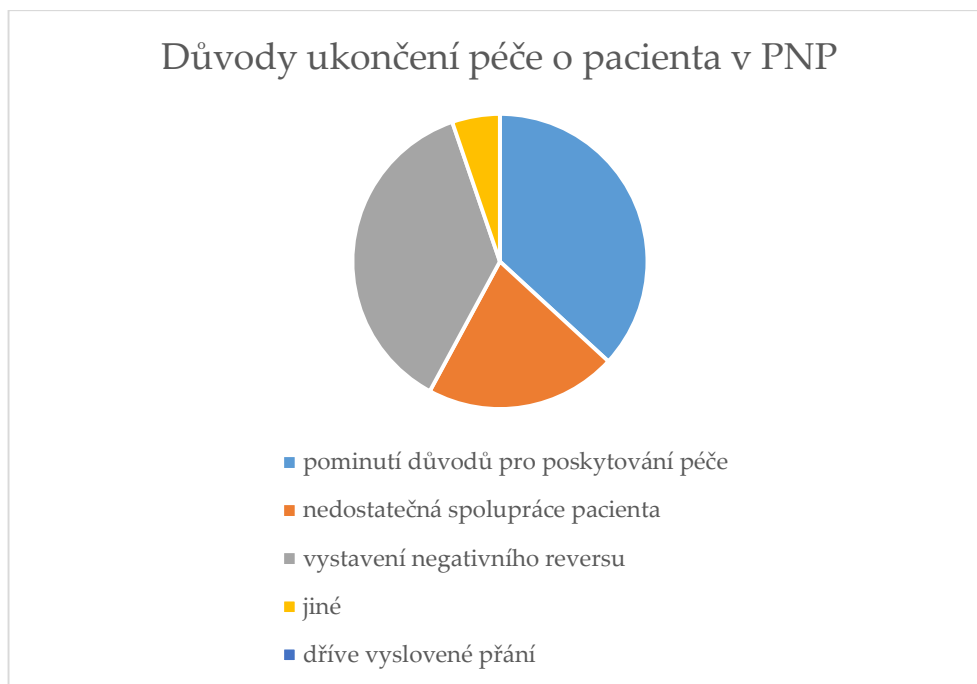
Analýza ukončení péče o pacienta ze strany poskytovatele ZS ukazuje, že 43 % respondentů ukončuje péči o pacienta 6-8krát do měsíce. 29 % respondentů uvedlo ukončení péče o pacienta 9krát a více do měsíce. Zbývajících 28 % respondentů ukončuje péči o pacienta 2krát nebo méně do měsíce. Mezi ukončení nebylo zahrnuto předání jinému poskytovateli ZS.



Obrázek 5 – Graficky znázorněná otázka č. 4

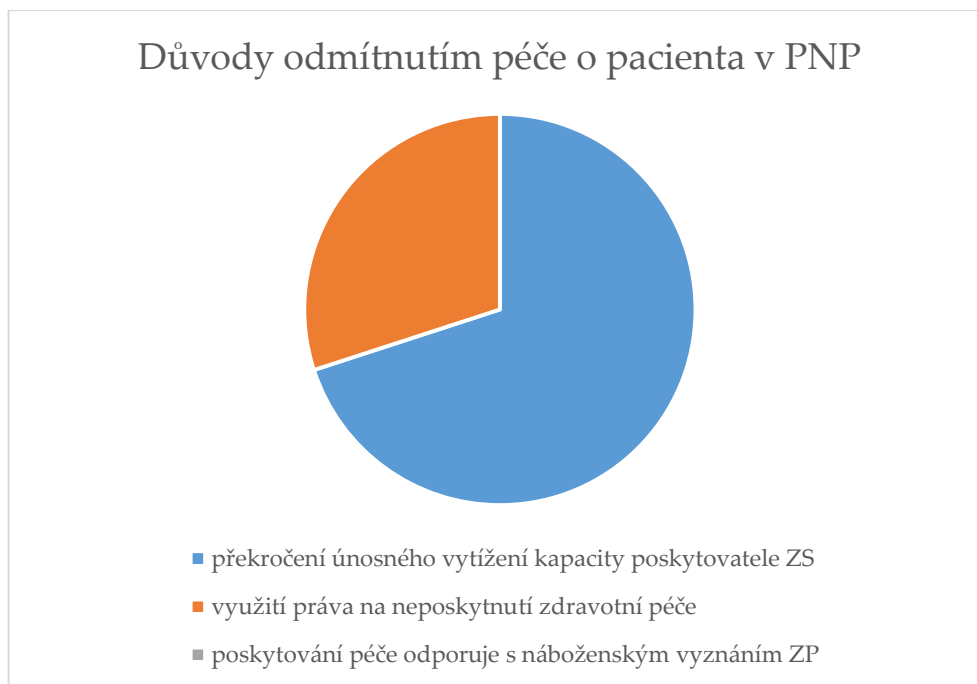
Analýza odmítnutí péče o pacienta ze strany poskytovatele ZS ukazuje, že 67 % respondentů 2krát a méně do měsíce zažívá odmítnutí v PNP. Zbýlých 33 % respondentů uvedlo odmítnutí péče o pacienta 3-5krát do měsíce.

Důvody ukončení péče o pacienta v PNP



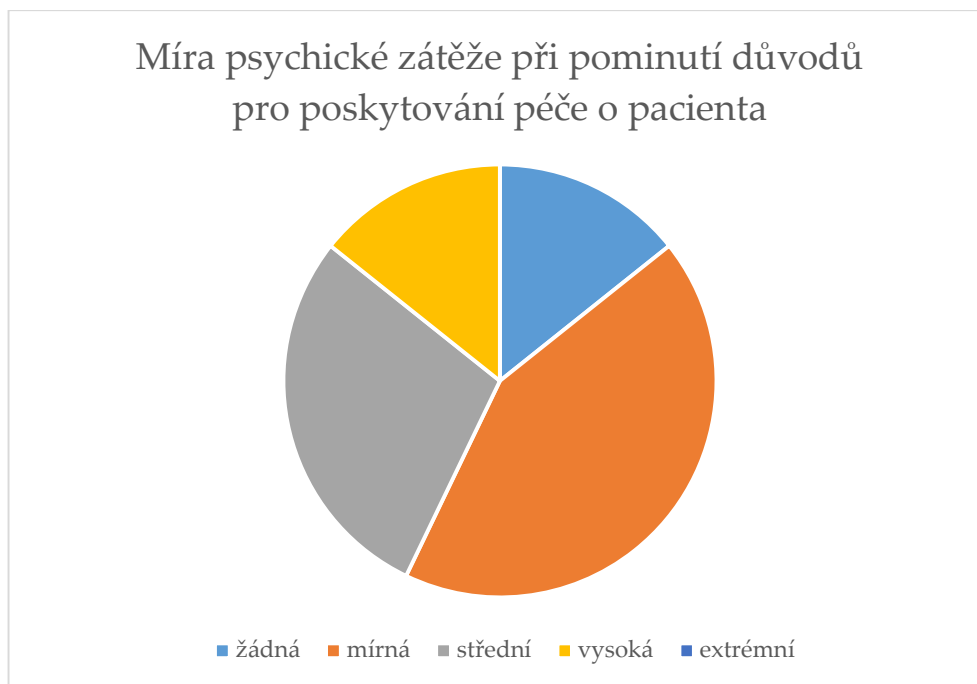
Obrázek 6 – Graficky znázorněná otázka č. 5

Graf zobrazuje důvody, které vedou k ukončení péče o pacienta v PNP ze strany zdravotníků. Nejčastějšími důvody jsou ukončení z důvodu pominutí důvodu pro poskytování zdravotní péče a se stejným podílem (37 %) je i ukončení péče vystavením negativního reversu. Nedostatečná spolupráce pacienta byla uvedena jako důvod ukončení ve 21 %. V 5 % respondenti uvedli jiné důvody, a vždy šlo o rozhodnutí o ukončení KPR. Nebyly uvedeny žádné případy předem vysloveného přání. Z výsledků vyplývá, že nejčastějšími důvody pro ukončení péče v PNP je pominutí důvodů pro poskytování zdravotní péče.



Obrázek 7 – Graficky znázorněná otázka č. 6

Graf představuje důvody, proč dochází k odmítnutí péče o pacienta v PNP na základě odpovědí respondentů. Z výsledků vyplývá, že většina, tedy 70 % uvádí zkušenosti s odmítnutím péče o pacienta zdravotnickým zařízením kvůli překročení únosného vytížení kapacity poskytovatele. 30 % respondentů uvedlo zkušenost s využitím práva na neposkytnutí zdravotní péče z důvodu ohrožení vlastního života. Nebyl uveden důvod odmítnutí péče o pacienta z důvodu nesouladu s náboženským vyznáním zdravotníka. Výsledky naznačují, že významná část respondentů vnímá odmítnutí péče o pacienta především jako rozhodnutí cílového poskytovatele, které odmítá přijmout pacienta.



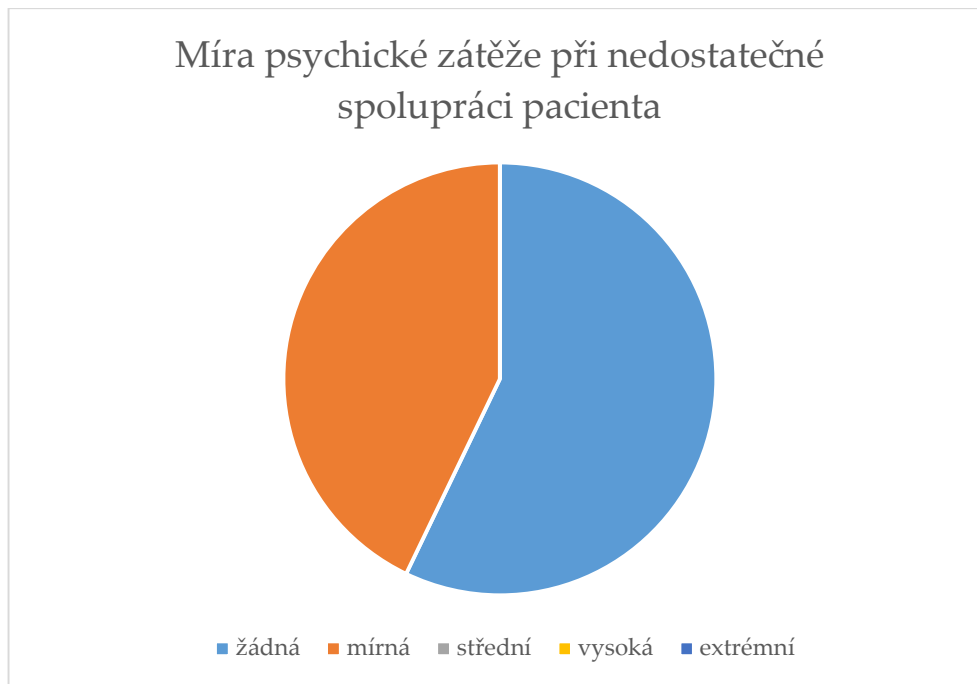
Obrázek 8 – Graficky znázorněná otázka č. 8

Graf ilustruje míru psychické zátěže, kterou zdravotník prožívá při ukončení péče o pacienta z důvodu pominutí důvodů pro poskytování péče. Podle výsledku se ukazuje, že 14 % respondentů nepociťuje žádnou psychickou zátěž. Největší podíl respondentů 43 % vypovídá mírnou stresovou zátěž. Střední míru psychické zátěže vyslovilo 29 % dotazovaných, zatímco vysokou 14 % respondentů.



Obrázek 9 – Graficky znázorněná otázka č. 8

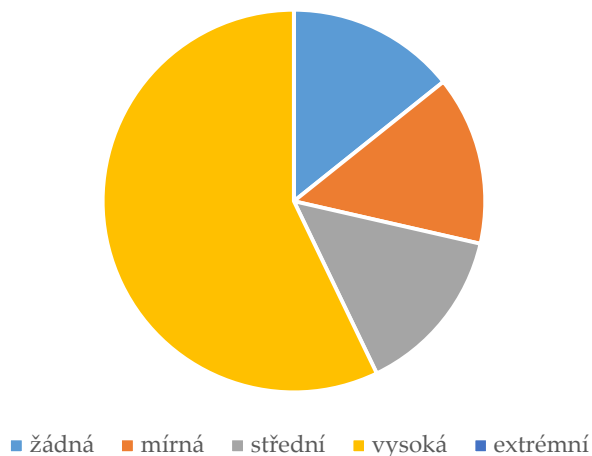
Graf zobrazuje míru psychické zátěže, kterou zdravotníci zažívají při vystavování negativního reversu pacientovi. Podle výsledků se ukazuje, že 43 % respondentů nepociťuje žádnou psychickou zátěž v souvislosti s vystavováním negativního reversu. 57 % respondentů uvádí mírnou psychickou zátěž.



Obrázek 10 – Graficky znázorněná otázka č. 8

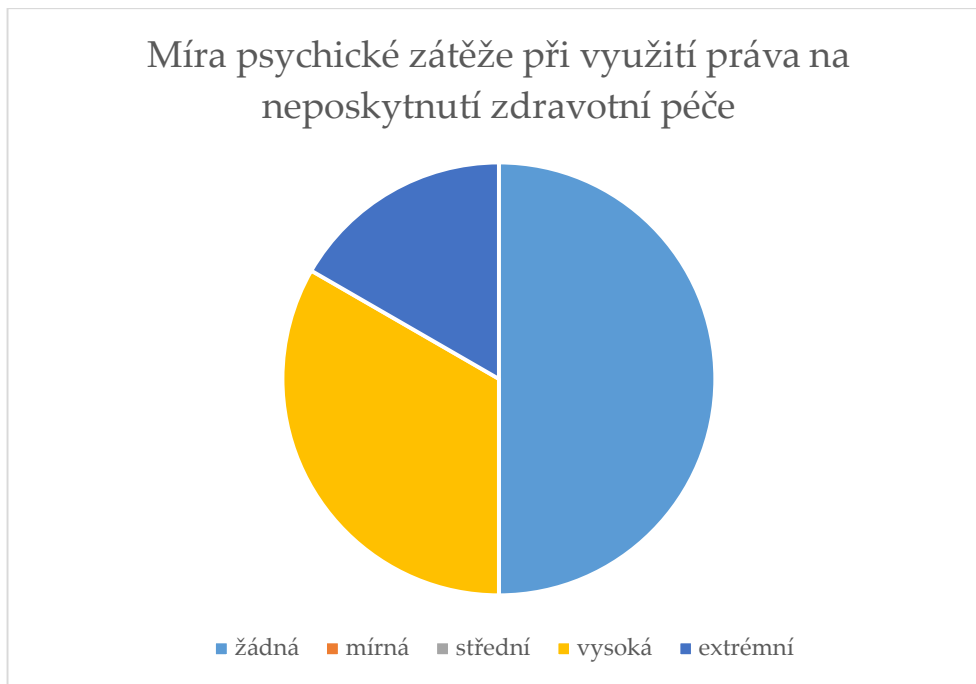
Graf zobrazuje míru psychické zátěže, kterou zdravotníci zažívají při nedostatečné spolupráci pacienta. Podle výsledků se ukazuje, že 43 % respondentů uvádí mírnou psychickou zátěž. Mírně vyšší procento respondentů (57 %) uvádí, že nepocítují žádnou psychickou zátěž v souvislosti s nedostatečnou spoluprací pacienta.

Míra psychické zátěže při překročení
únosného vytížení kapacity poskytovatele
zdravotních služeb



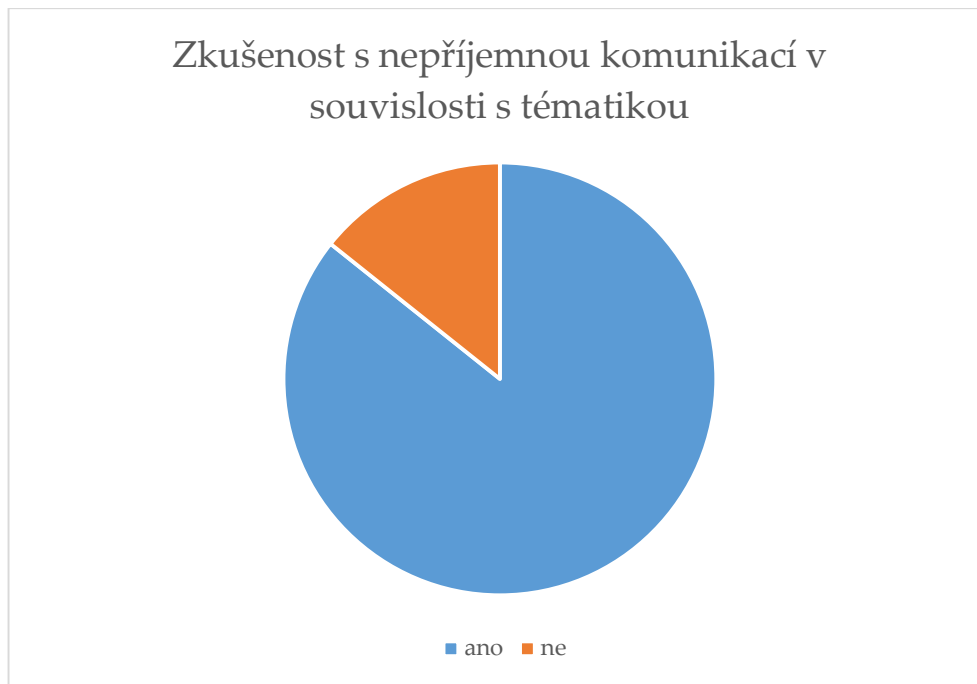
Obrázek 11 – Graficky znázorněná otázka č. 8

Graf prezentuje míru psychické zátěže, kterou zdravotnický personál zažívá při odmítnutí péče při překročení únosného vytížení kapacity poskytovatele. Z výsledků vyplývá, že 15 % respondentů uvádí, že nepociťují žádnou psychickou zátěž. Při odmítání pacientů cílovým poskytovatelem jsou ze 14 % zdravotníci vystaveni mírné a z dalších 14% střední psychické zátěži. Významná většina 67 % respondentů však v tomto případě uvádí vysokou míru psychické zátěže.



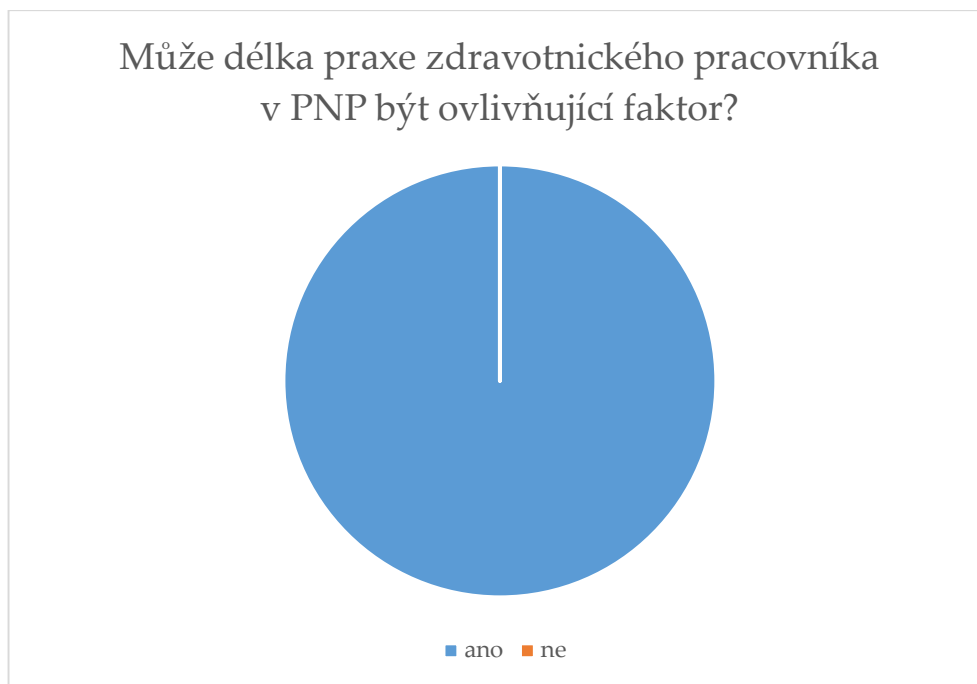
Obrázek 12 – Graficky znázorněná otázka č. 8

Graf zobrazuje míru psychické zátěže, kterou zdravotníci zažívají při využití práva na neposkytnutí zdravotní péče. Z výsledků vyplývá, že 50 % respondentů uvádí, že nepocítují žádnou psychickou zátěž při využití tohoto práva. 33 % respondentů pociťuje vysokou míru psychické zátěže a 17 % prožívá při tomto odmítnutí extrémní psychickou zátěž.



Obrázek 13 – Graficky znázorněná otázka č. 9

Z grafu vyplývá, že respondenti z 86 % zažili nepříjemnou zkušenost s pacientem nebo jeho rodinnými příslušníky v souvislosti s odmítnutím nebo ukončením péče ze strany zdravotníka v PNP. Zbýlých 14 % takovou zkušenost nemělo. Výsledek odpovědí se lišil v závislosti na délce praxe zdravotníka v PNP.



Obrázek 14 – Graficky znázorněná otázka č. 10

Graf názorně ukazuje, že délka praxe zdravotníka má dle respondentů významný vliv (100 %) na rozhodnutí o odmítnutí nebo ukončení péče o pacienta v PNP. Tento výsledek je důležitým poznatkem, který poukazuje na spojitost délky praxe a rozhodovací procesy zdravotníka.



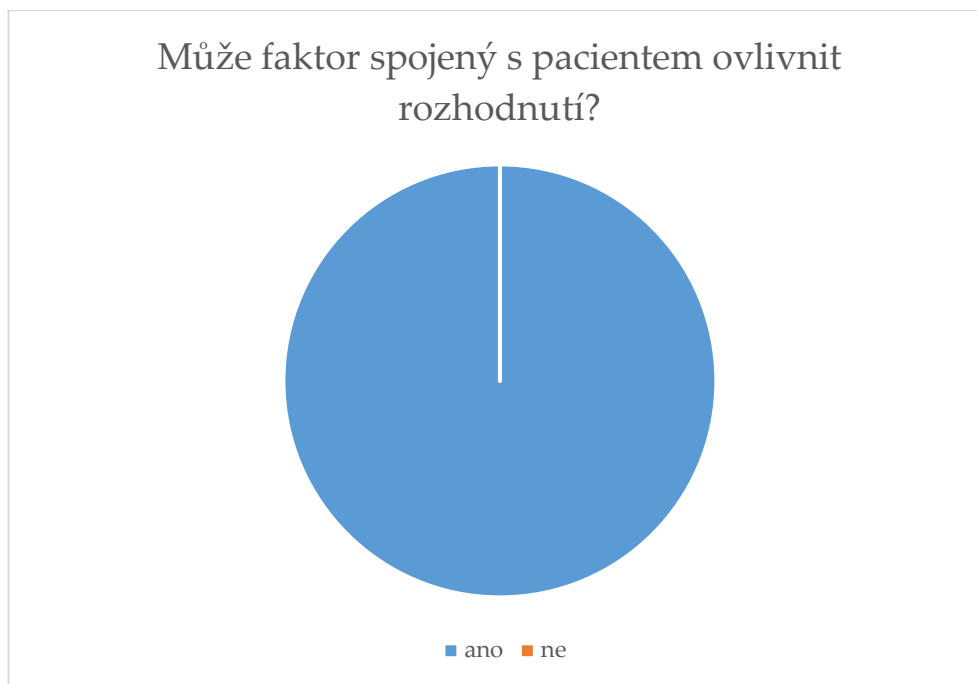
Obrázek 15 – Graficky znázorněná otázka č. 10

Graf ukazuje, že respondenti považují osobní faktory za významný vliv na rozhodnutí o odmítnutí nebo ukončení péče v PNP. 86 % respondentů zodpovědělo, že osobní faktory mají vliv na rozhodnutí a podle 14 % respondentů nemají osobní faktory vliv na péči o pacienta. Mezi osobní faktory je jako příklad zařazeno emocionální napětí nebo únava.



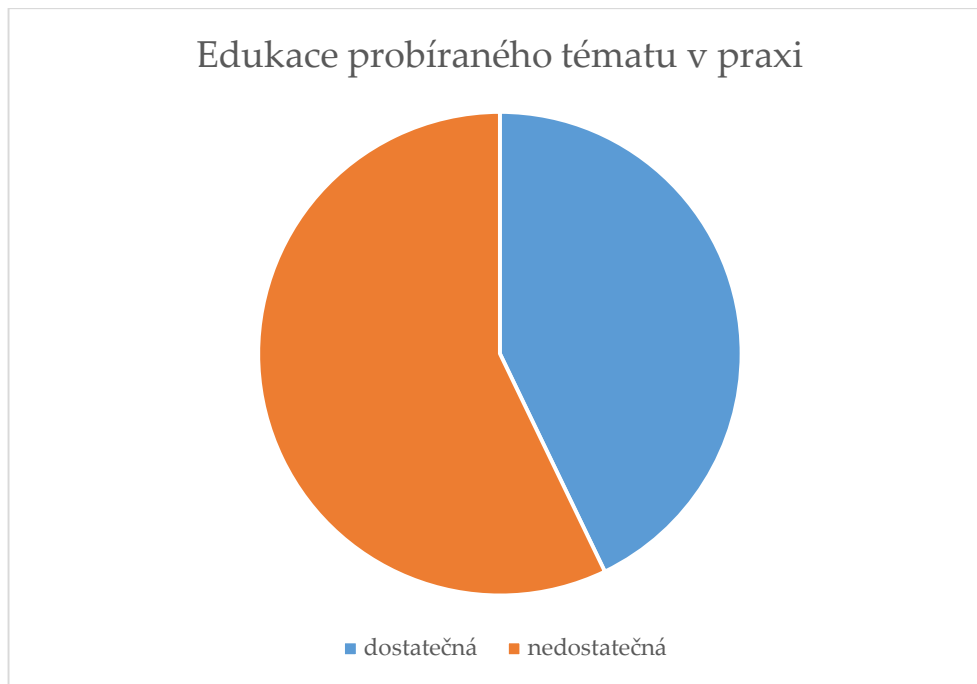
Obrázek 16 – Graficky znázorněná otázka č. 10

Z grafu vyplývá, že zvolení respondenti považují organizační faktory jako faktory ovlivňující rozhodnutí o ukončení či odmítnutí péče o pacienta v PNP. Celkem 67 % odpovědělo, že organizační faktory mají vliv na jejich rozhodování v této oblasti. Zbýlých 33 % neuvedlo vliv organizačních faktorů na odmítnutí nebo ukončení péče o pacienta v PNP. Mezi organizační faktory byl zařazen počet zdravotníků v PNP.



Obrázek 17 – Graficky znázorněná otázka č. 10

Graf jednoznačně ukazuje, že faktory spojené s pacientem mají významný vliv na rozhodnutí o ukončení nebo odmítnutí péče o pacienta v PNP ze 100 % respondentů. Tento výsledek je důležitým poznatkem, který poukazuje na spojitost pacientova stavu nebo jeho chování, na rozhodovací procesy zdravotníka v PNP.



Obrázek 18 – Graficky znázorněná otázka č. 11

Graf představuje výsledky dotazu týkajícího se edukace zdravotníků v PNP v probíraném tématu. Z výsledku vyplývá, že 57 % respondentů hodnotí edukaci jako nedostatečnou, zatímco 43 % respondentů ji hodnotí jako dostatečnou. Tento výsledek poukazuje na potřebu edukace zdravotníků v probírané problematice, protože nedostatečná edukace může ovlivnit schopnost správného odmítnutí nebo ukončení péče o pacienty v PNP.



Obrázek 19 – Graficky znázorněná otázka č. 12

Graf ukazuje, že většina respondentů, konkrétně 71 % projevila zájem o školení v probíraném tématu. Pouze 29 % uvedlo, že nemá zájem o takové školení. Nyní u některých ZZS probíhají online webináře v oblasti práv zdravotníků, které jsou podle většiny respondentů dostačující, i přesto vybrali možnost dalšího vzdělávání v oblasti odmítnutí a ukončení péče o pacienta v PNP.



Obrázek 20 – Graficky znázorněná otázka č. 15

Graf představuje názory zvolených respondentů ohledně možného důvodu pro odmítnutí nebo ukončení péče ze strany zdravotníka, který momentálně není zahrnut v právních úpravách. 57 % respondentů by uvítalo zavedení nové právní úpravy.

Výsledkem je splnění cílů a stanovených výzkumných otázek:

Cíl 1 byl splněn sběrem dat, ve kterém vyšlo že zdravotníci v PNP zažívají odmítnutí a ukončení poměrně často (viz. Obrázky č. 4, 5). Typy odmítnutí a ukončení péče pacienta v PNP byly získány v rozhovorech (viz. Obrázky č. 6, 7), což vedlo ke splnění prvního cíle bakalářské práce.

Cíl 2 byl splněn, tím že byla zpracována analýza zkušeností s právními úpravami v praxi pomocí rozhovorů. Tento výzkum ukázal, že zdravotníci v PNP mají dostatečný přehled o právní úpravě v této tématice, ale i tak v praxi vznikají situace, kdy je odmítnutí nebo ukončení ze strany zdravotníka problematické a může vést ke konfliktům s pacienty a jejich rodinami (viz. Obrázek č. 13).

Nedostatky, které byly zjištěny by mohly být odstraněny další edukací a školením zdravotníků (viz. Obrázky č. 18, 19). Náhled na řešené téma je poskytnut formou bakalářské práce.

Cíl 3 bakalářské práce byl splněn pomocí již zmiňovaných rozhovorů, ve kterých byly analyzovány vlivy faktorů a míra psychické zátěže ve spojitosti s procesy odmítnutí nebo ukončení péče o pacienta v PNP (viz. Obrázky č. 8-12, 14-17). Analýza obrázku č. 8 poukazuje na to, že ukončení péče o pacienta při pomnutí důvodů pro poskytování péče vytváří nepříjemnou situaci pro většinu zdravotníků. Stresová zátěž má vliv na psychický zdravotníka v PNP a potencionálně může ovlivňovat jeho další rozhodování či psychickou pohodu. V souvislosti s Obrázky č. 8, 9 respondenti často uváděli vyšší míru stresu při pomnutí důvodů pro poskytování péče než při vystavování negativního reversu pacientovi. Jako důvod vyššího stresu u pomnutí důvodů poskytování péče o pacienta respondenti uvádí, že při vystavování negativního reversu respektují přání pacienta, a proto neprožívají tak vysokou míru stresu jako při ponechání pacienta na místě, kdy musí zvážit veškeré možné varianty. Při odmítnutí pacientů cílovým poskytovatelem zažívají zdravotníci často vysokou míru stresu (viz. Obrázek č. 11) z důvodu vznikajícího konfliktu mezi ZZS a zdravotnickým zařízením. Podle výpovědí respondentů je nízká míra psychické zátěže při využití práva na neposkytnutí zdravotní péče (viz. Obrázek č. 12) především z důvodu, že pacient v tomto případě nebyl přímo ohrožen na životě, šlo o skutečnosti, které ohrožovaly zdraví zdravotníků, ale ne natolik, aby vystavovaly zdravotníky vysoké míře stresu. Díky analýze faktorů a míře stresové situace, která je také jedním z ovlivňujících faktorů mohou zájemci lépe porozumět složitosti problematiky a hledat vhodná řešení v konkrétních situacích. Zdravotníci s delší dobou praxe v PNP zažívají nižší až žádnou psychickou zátěž při ukončování péče o pacienta, a tento poznatek může sloužit jako základ pro mentoring a sdílení zkušeností mezi zdravotníky tak, aby se

snížila nejistota kolegů s nižší pracovní zkušeností. Dalším přínosem bakalářské práce je zjištění zájmu zdravotníků v PNP o vzdělávání v oblasti ukončování a odmítání péče o pacienty, pro zlepšení dosavadních znalostí a dovedností v oblasti právních a etických aspektů.

Cíl 4 byl splněn analýzou a identifikací dalších důvodů pro odmítnutí a ukončení péče v PNP, které nejsou právně zakotveny, ale zdravotníci by je uvítali v praxi (viz. Obrázek č. 20). Mezi navrhovanými je například volání z druhé nebo třetí ruky pro pacienta v ebrietě (často zmiňovaný pád, uhození do hlavy), který nemá zájem o zdravotní péči nebo o transport do zdravotnického zařízení. Také byl zmíněn důvod pro ukončení péče o pacienta při jeho opakované intoxikaci, dle jednoho z respondentů se jedná o zneužívání služeb ZZS. Dále vznikl nápad na zavedení nového zákona, který by měl za cíl vytvořit online registr, pro osoby, které nemají zájem o poskytování intenzivní péče, intubace a dalších invazivních lékařských postupů.

Všechny stanovené výzkumné otázky jsou potvrzeny. VO 1 říkala, že se v praxi vyskytují případy odmítnutí nebo ukončení péče ze strany zdravotníků v PNP, což bylo potvrzeno. VO 2 tvrdila, že zdravotníci mají dostatečný přehled o právní úpravě, což vede k minimálnímu výskytu komplikací souvisejících s odmítnutím nebo ukončením péče v PNP. Výsledky naznačují, že zdravotníci ve zkoumaném vzorku mají adekvátní znalosti právních předpisů týkajících se této problematiky a problémy vznikají minimálně, a pokud vznikají lze je snadno prolomit pomocí komunikace s pacientem nebo jeho příbuznými, pokud se nejedná o stav ebriety, kdy jsou pacienti většinou agresivní. VO 3 se zabývala ovlivňujícími faktory, které mohou mít vliv na rozhodnutí zdravotníka na odmítnutí nebo ukončení péče o pacienta v PNP.

Výsledkem je potvrzení vlivu faktorů, které mohou ovlivnit rozhodnutí o ukončení či odmítnutí pacienta. VO 4 se zaměřovala na existenci nových důvodů ukončení nebo odmítnutí péče o pacienta v PNP, které nejsou právně zakotveny. Hypotéza je potvrzena návrhy nových právních úprav podle zdravotníků z PNP.

6 DISKUZE

V bakalářské práci jsem se zaměřila na poměrně opomíjenou tematiku, a to odmítnutí a ukončení péče ze strany zdravotníků v PNP. Záměrem bylo zmapovat, zda v PNP dochází k těmto dějům, mají-li zdravotníci v PNP o nich dostatečné povědomí a zda jsou si jistí při rozhodování ukončování či odmítání pacientů v PNP. Dále jsem se zaměřovala na míru psychické zátěže a faktorů spojených s probíranou tematikou, protože tyto situace mohou ovlivnit postup a jistotu samotného zdravotníka v PNP. Snažila jsem se získat informace o možných důvodech pro odmítnutí nebo ukončení péče ze strany zdravotníků, které nejsou právně zakotveny, ale uvítali by je v praxi. Cíle bakalářské práce byly dosaženy pomocí kvalitativního typu výzkumu, který zahrnoval rozhovory se zdravotníky ZZS.

Na základě provedených výzkumů byly stanoveny tyto závěry:

V porovnání se článkem z časopisu Zdravotnického práva a bioetiky od autorky N. Černíkové, který se zabývá ukončením péče o pacienta ze strany zdravotníka i studentů lékařských fakult, se tato bakalářská práce zabývá ukončením i odmítnutím péče o pacienta v PNP, ale pouze ze strany zdravotníků [6].

V rámci výzkumu v praktické části byl zjištěn rozpor s výše zmíněným článkem, který zmiňuje nejistotu zdravotníků při ukončování péče o pacienta v PNP. Výsledky naznačují, že spíše zdravotníci s nižší pracovní zkušeností v PNP vyjadřují značnou míru nejistoty a vyšší míru psychické zátěže při rozhodování o ukončení péče o pacienta. Naopak zdravotníci s delší dobou praxe v PNP zažívají nízkou až žádnou psychickou zátěž při ukončování péče o pacienta. Z výše uvedeného vyplývá, že zdravotníci s dostatečnou praxí nejeví známky nejistoty při ukončování péče o pacienta, což je v rozporu s uvedeným

článkem. Rozdílné výsledky mohou být způsobeny rozdílem metodologického přístupu výzkumu mezi bakalářskou prací a článkem, a to především rozsahem vzorku respondentů. Je vhodné vzít v úvahu, že dotazníkové šetření, které bylo využito v článku, nemusí odrážet plně celkový stav znalostí, jistoty a psychické zátěže zdravotníků v PNP v oblasti právních aspektů oproti zvolené metodě rozhovorů v této bakalářské práci. Naopak v souladu se článkem lze konstatovat, že zdravotníci v PNP vyjadřují zájem o vzdělávání jako potencionálního řešení nejistoty. Zároveň vyjadřovali zájem i zdravotníci s dostatečnou praxí, kteří nepociťují nejistotu při ukončování péče o pacienta. Vzdělávání jak zkušených, tak méně zkušených zdravotníků, má vliv na zdokonalování oblasti právních aspektů a postupů souvisejících s ukončováním péče o pacienta. Je třeba také zmínit, že v rámci bakalářské práce nebyli zařazeni studenti mezi respondenty, na rozdíl od výzkumu Černíkové. Nicméně, návrh proškolení v problematice je určitě vhodný, protože studenti zdravotnických oborů by měli být dostatečně vzděláni o právních a etických aspektech spojených s ukončováním péče o pacienta, a to může přispět k jejich lepší připravenosti a pocitu jistoty při výkonu profese. Budoucí zdravotníci by měli mít dostatečné znalosti a povědomí o právních i etických normách, které se týkají ukončování péče, protože se jedná o citlivý a rizikový proces, který ovlivňuje životy pacientů i zdravotníků.

V porovnání se zákonem č. 372/2011 Sb. (zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování) §50, který zmiňuje právo na neposkytnutí zdravotní péče pacientovi v případě, že by mohlo dojít při jejich poskytování k přímému ohrožení nebo vážnému ohrožení na zdraví a případů z bakalářské práce, získané rozhovory s respondenty, kdy zdravotníci využili právo na neposkytnutí zdravotní péče v PNP [21].

V prvním rozhovoru byl zmíněn případ využití práva na neposkytnutí v případě nebezpečného psa na pozemku pacienta. Poté co bylo nebezpečí

odstraněno, zdravotník pokračoval v poskytování zdravotních služeb v PNP. Zdravotník jednal v souladu se zákonem. Druhý případ neposkytnutí péče v PNP byl psychotický pacient, u kterého bylo podezření na přítomnost střelné zbraně. Situace představuje reálnou hrozbu fyzického nebezpečí pro zdravotníka. Opět zdravotník jednal v souladu se zákonem. Poslední změnitelný případ je zdravotníka, který se rozhodl využít práva na neposkytnutí zdravotní péče, když byl ohrožován mužem s nožem. Jednal také v souladu se zákonem. Z těchto případů vyplývá, že zdravotníci umí využít právo na neposkytnutí zdravotní péče o pacienta v situacích, kdy je přítomno významné nebezpečí pro jejich vlastní život. Díky znalostem, které zdravotníci mají mohou lépe reagovat na vzniklé situace a minimalizovat stresovou zátěž.

Ve srovnání se článkem z australského časopisu *Journal of Emergency Primary Health Care (JEPHC)* od autora B. Steera, který se zabývá souhlasem a odmítnutím péče o pacienta ze strany zdravotníků, se tato bakalářská práce zabývá odmítnutím i ukončením péče o pacienta v PNP, také ze strany zdravotníků [22].

V rámci výzkumu byl v praktické části zjištěn soulad s výše zmíněným článkem, který poskytuje důležité informace o odmítnutí zdravotní péče a o nutnosti zdravotnických pracovníků být klinicky, eticky a právně kompetentními v australské PNP. Text časopisu zdůrazňuje, že klinická kompetence zahrnuje také etickou a právní kompetenci, protože zdravotníci se mohou setkat s případy, které vyžadují rozhodování v obtížných etických a právních situacích, v podobném znění je stejná myšlenka i v této bakalářské práci. V souladu je též výrok z článku, že zdravotníci musí být vybaveni a musí si být jisti, aby byli schopni aplikovat přijaté principy způsobem, který ob stojí při nečekaných etických a právních komplikacích. Bakalářská práce také klade důraz na edukaci zdravotníků v PNP v probírané tematice. Soulad byl nalezen i

u významu faktorů na tematiku. Článek uvádí, že osobní, mezilidské a kulturní faktory mohou ovlivnit průběh PNP. Zdůrazňuje také právní a etické aspekty jako faktory ovlivňující poskytování PNP. Bakalářská práce uvádí, ovlivňující faktory, které mají vliv na odmítnutí nebo ukončení péče o pacienta v PNP, jedná se například o osobní faktory, organizační faktory nebo například délka praxe zdravotníka v PNP. V obou případech vychází, že tyto faktory ovlivňují poskytování PNP jak v České republice, tak v Austrálii. Článek se zaměřuje na důležitost souhlasu pacienta s léčbou nebo transportem do zdravotnického zařízení. Souhlas je chápán jako projev autonomie a práva jednotlivce rozhodovat o sobě sama. Zdůrazněno je, že vyžádání souhlasu pacienta je pro zdravotníky zásadní, protože respektování tohoto souhlasu je zároveň respektováním práva pacienta uplatnit svou vůli při rozhodování. V bakalářské práci není na téma souhlasu kladen důraz, ale v teoretické části jsou tyto zákony obsaženy.

První případ zmíněný v australském článku se zabývá nepříjemnou komunikací s rodinnými příslušníky pacientky. Případ z australského článku zní: Starší osoba s rakovinou v terminálním stadiu vyčerpala všechny možnosti léčby a je v paliativní péči doma. Neexistuje žádná dostupná rozšířená zdravotní směrnice. Stav pacienta se zhoršuje a podle směrnic záchranné služby splňuje kritéria pro léčbu a převoz. Ačkoli je pacient velmi slabý, je bdělý a plně si uvědomuje, že se blíží jeho smrt. Rozrušený příbuzný volá záchranku, protože nechce, aby pacient zemřel v rodinném domě. Posádka přijíždí a nachází značný konflikt. Navzdory telefonátům s různými osobami, včetně paliativních pečovatелů, se zdá, že konflikt mezi přáním pacienta zůstat doma a naléháním příbuzného, aby byl pacient převezen do nemocnice, nelze vyřešit. Posádka nakonec pacienta převezde do zdravotnického zařízení i přes pacientovy námitky. Tento případ je v souladu s bakalářskou prací, která se komunikací s pacientem a jeho příbuznými také zabývala. Z provedených rozhovorů se zdravotníky lze

říct, že většina zažila nepříjemnou zkušenost v komunikaci s probíraným tématem. Výsledek odpovědí v bakalářské práci se lišil v závislosti na délce praxe zdravotníka v PNP.

Další kazuistikou článku je výjezdová skupina studenta zdravotnického záchranářství a kolegy zdravotnického záchranáře, kteří jsou přivoláni k mladému muži bez anamnézy. Po příjezdu zjistí, že muž pociťuje dušnost, ale jinak je zcela v pořádku. Při vyšetření je zjištěno, že pacient trpí supraventrikulární tachykardií. Přestože student nějakou dobu domlouvá pacientovi o problematice jeho srdečního rytmu, pacient i přesto odmítá jet do nemocnice. Zdravotnický záchranář cítí, že je zodpovědný za jakýkoli závažný zdravotní následek, zavolá policii a pacient je pod nátlakem transportován do nemocnice. Opět tato kazuistika je v souladu s bakalářskou prací, jelikož zdravotníci dostatečně znají svá práva a povinnosti a věřím, že by pro pacienta chtěli co nejkvalitnější zdravotní péče a nechtěli by zanedbat zdraví pacienta ponecháním na místě i přes nepříjemnou situaci, kdy si musí přivolat na pomoc policii ČR.

V poslední kazuistice ze článku je případ zanedbání péče o pacienta ze strany australských zdravotníků v PNP. Posádku zavolal příbuzný ke starší vyhublé ženě s anamnézou diabetu 1. typu. Žena se projevuje jako letargická, příliš slabá na to, aby se posadila na lůžko, má chladnou kůži a je poněkud podrážděná. Brání se úplnému vyšetření životních funkcí a opakovaně říká, že nechce do nemocnice. Glagsow Coma Scale má 13, avšak v žádném okamžiku neotevře oči, aby odpověděla na otázky. Posádka se rozhodne nechat ji doma, z důvodu odmítnutí vyšetření. o chvíli později je přivolána druhá výjezdová skupina ZZS. Ta je důraznější a zjistí, že pacientka je značně hypotenzní a má příliš vysokou hladinu cukru v krvi, natolik, že glukometr nenaměřil přesnou hodnotu. Přenesou ji na nosítka a zjistí, že je neklidná a poněkud opoziční, ale

celkem zvládnutelná. Při vyšetření zjistí, že má pH 6,9 a hladinu cukru v krvi 60 mmol/l. Krátce poté je převezena na jednotku intenzivní péče v kritickém stavu s ketoacidózou. V poslední kazuistice je patrná chyba na straně zdravotníků první výjezdové skupiny, kteří nedostatečně vyšetřili pacientku, i přesto, že pacientka měla příznaky letargie, slabosti, chladné kůže a podrážděnosti. Druhá výjezdová skupina, která postupovala podle etických i právních norem správně odhalila příčinu pacientčina nepřírozeného chování. Nedostatky, které byly uplatněny mohou mít příčinu jednu z ovlivňujících faktorů, například nepříjemnou komunikaci s pacientkou, v tomto případě však byla nepříjemná komunikace způsobena zdravotním stavem pacientky, což měli zdravotníci první výjezdové skupiny rozpoznat a zajistit pacientce dostatečnou PNP. Dalším aspektem pochybení mohla být délka praxe zdravotníků první výjezdové skupiny, organizační faktory, osobní faktory zdravotníků a tak dále. Zdravotníci mají adekvátní znalosti předpisů týkajících se této problematiky, a proto takového případy vznikají minimálně. Pokud vznikají zdravotníci mají dostatečnou znalost správné komunikace s pacientem nebo jeho příbuznými, díky které dokážou předejít podobným situacím jako v poslední kazuistice.

7 ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na téma odmítnutí a ukončení zdravotní péče ze strany zdravotníků v PNP. Zpracovány byly právní úpravy a etické normy probírané tematiky, stejně jako byly identifikovány možné nedostatky a potřeby týkající se odmítnutí a ukončení péče o pacienta v PNP. Závěrem lze konstatovat, že cíle práce byly úspěšně splněny a přinesly poměrně zajímavé poznatky v oblasti procesů odmítnutí a ukončení péče o pacienta v PNP ze strany zdravotníků. Snahou bylo ověřit funkčnost a znalost právních úprav v této oblasti. i přesto, že zdravotníci mají dostatečné znalosti z této oblasti, v praxi se objevují situace, kdy je odmítání nebo ukončování péče o pacienta problematické a může vést ke konfliktům. To naznačuje potřebu vzdělávání zdravotníků, které by poskytlo dostatečnou přípravu při uskutečňování odmítání či ukončování péče o pacienta. Zkoumáním faktorů, které by mohly ovlivnit proces odmítnutí nebo ukončení péče o pacienta v PNP, vyšly jasné výsledky, o vysoké míře ovlivnitelnosti rozhodování zdravotníků. Zkoumáním souvisejících faktorů vyšlo najevo, že zdravotníci s nižší pracovní zkušeností v PNP vyjadřují vyšší míru psychické zátěže v souvislosti s rozhodováním v řešených situacích. Identifikace nových důvodů pro ukončení nebo odmítnutí péče ze strany zdravotníků přinesla nové perspektivy.

Bakalářská práce má přínos pro oblast zdravotnického práva, bioetiky a profesionální praxe. Přináší poznatky a informace, které mohou sloužit jako základ pro zlepšení postupů, právních regulací a vzdělávání. Především v oblasti nejistoty, zmírnění psychické zátěže a snadného rozhodování v oblasti ukončování a odmítání péče o pacienty v PNP.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

PNP – přednemocniční neodkladná péče

ZZS – zdravotnická záchranná služba

IZS – integrovaný záchranný systém

ZOS – zdravotnické operační středisko

ČLK – Česká lékařská komora

TAPP – telefonická asistovaná první pomoc

TANR – telefonická asistovaná neodkladná resuscitace

KPR – kardiopulmonální resuscitace

ZP – zdravotnický pracovník

CPALP – cílový poskytovatel akutní lůžkové péče

9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. *Přednemocniční neodkladná péče* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: Národní zdravotnický informační portál, 2023 [cit. 2023-04-15]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1263>
2. REMEŠ, Roman, Silvia TRNOVSKÁ a kolektiv. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4530-5.
3. PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a kolektiv. *Lékař a pacient v moderní medicíně: Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5788-9
4. ŠUSTEK, Petr, Tomáš HOLČAPEK a kolektiv. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2017. ISBN 978-80-7552-321-1.
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika: Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání*. 4. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-204-6.
6. ČERNÍKOVÁ, Nikola. Ukončení péče o pacienta z pohledu zdravotnických pracovníků. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2021, 11(1), 55, 58-60. ISSN 1804-8137. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/208/169>
7. PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a kolektiv. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5471-0.
8. *Terminologický slovník pojmů z oblasti krizového řízení, ochrany obyvatelstva, environmentální bezpečnosti a plánování obrany státu* [online]. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky – Odbor bezpečnostní politiky a prevence kriminality, 2016 [cit. 2022-12-26]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/clanek/terminologicky-slovník-krizove-rizeni-a-planovani-obrany-statu.aspx>

9. ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5306-5.
10. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
11. ONDRIOVÁ, Iveta. *Etické problémy a dilemata: v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1696-6.
12. BUŽGOVÁ, Radka. *Etika ve zdravotnictví* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013 [cit. 2022-12-04]. ISBN 978-80-7464-409-2. Dostupné z: <https://docplayer.cz/695520-Etika-ve-zdravotnictvi.html>
13. PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv. *Ošetrovatelství II: 2., přepracované a doplněné vydání*. 2. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0889-3.
14. BEAUCHAMP, Tom L. a James F. CHILDRESS. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th edition. United Kingdom: Oxford University Press, 2019. ISBN 978-0190640871.
15. PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK, Jan MACH a kolektiv. *Lege artis v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-5126-9.
16. STOLÍNOVÁ, Jitka a Jan MACH. *Právní odpovědnost v medicíně: Druhé, doplněné a přepracované vydání*. 2. vydání. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-686-1.
17. ŠEBLOVÁ, Jana, Jiří KNOR a kolektiv. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře: 2., doplněné a aktualizované vydání*. 2. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0596-0.
18. KLEMENT, Bronislav, Olga KLEMENTOVÁ a Pavel MARCIÁN. *Resuscitace: 2. rozšířené vydání*. 2. vydání. Praha: Epava, 2014. ISBN 978-80-8629-747-7.
19. *European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary* [online]. Belgium: Elsevier, 2021 [cit. 2022-12-26]. Dostupné z: <https://www.cprguidelines.eu>

20. FRANĚK, Ondřej. *Z deníčku soudního znalce: negativní revers v přednemocniční péči a pacient "pod vlivem"* [online]. Praha: www.zachrannasluzba.cz, 2022 [cit. 2022-12-25]. Dostupné z: <https://zachrannasluzba.cz/z-denicku-soudniho-znalce-negativni-revers-v-prednemocnicni-peci-i-u-pacienta-pod-vlivem/>
21. *Zákony pro lidi* [online]. Zlín: AION CS, 2023 [cit. 2022-12-08]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/clanek/kontakty.htm>
22. STEER, Brian. Paramedics, consent and refusal – are we competent? *Journal of Emergency Primary Health Care*[online]. Australia, 2007, **Vol.5**(1), 1-8 [cit. 2023-05-12]. ISSN 1447-4999. Dostupné z: <https://ajp.paramedics.org/index.php/ajp/article/view/404>

10 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Graficky znázorněná otázka č. 1	38
Obrázek 2 – Graficky znázorněná otázka č. 2	39
Obrázek 3 – Graficky znázorněná otázka č. 2	39
Obrázek 4 – Graficky znázorněná otázka č. 3	56
Obrázek 5 – Graficky znázorněná otázka č. 4	57
Obrázek 6 – Graficky znázorněná otázka č. 5	58
Obrázek 7 – Graficky znázorněná otázka č. 6.....	59
Obrázek 8 – Graficky znázorněná otázka č. 8	60
Obrázek 9 – Graficky znázorněná otázka č. 8	61
Obrázek 10 – Graficky znázorněná otázka č. 8.....	62
Obrázek 11 – Graficky znázorněná otázka č. 8	63
Obrázek 12 – Graficky znázorněná otázka č. 8.....	64
Obrázek 13 – Graficky znázorněná otázka č. 9.....	65
Obrázek 14 – Graficky znázorněná otázka č. 10.....	66
Obrázek 15 – Graficky znázorněná otázka č. 10	67
Obrázek 16 – Graficky znázorněná otázka č. 10	68
Obrázek 17 – Graficky znázorněná otázka č. 10.....	69
Obrázek 18 – Graficky znázorněná otázka č. 11.....	70
Obrázek 19 – Graficky znázorněná otázka č. 12	71
Obrázek 20 – Graficky znázorněná otázka č. 15.....	72

11 SEZNAM PŘÍLOH

Informovaný souhlas a informace pro subjekt hodnocení

**Název projektu: Odmítnutí a ukončení zdravotní péče
v přednemocniční neodkladné péči**

Hlavní řešitel, spoluřešitelé a jejich pracoviště:

Hlavní řešitel: Andrea Macháčková studentka 3. ročníku oboru Zdravotnické záchranářství na FBMI ČVUT v Praze

Spoluřešitel, školitel: Mgr. Martina Dingová Šliková, Ph.D., zaměstnanec FBMI ČVUT v Praze

Vážený respondente,

výzkumný projekt „odmítnutí a ukončení zdravotní péče v přednemocniční neodkladné péči“ probíhá za účelem zpracování bakalářské práce na Fakultě biomedicínského inženýrství ČVUT v Praze.

Uvedený projekt se zabývá odmítnutím a ukončením zdravotní péče v přednemocniční neodkladné péči (PNP) ze strany zdravotnických pracovníků. Cílem tohoto projektu je potvrzení hypotéz, že zdravotničtí pracovníci mají dostatečný přehled o právní úpravě, a proto vzniká minimum komplikací týkajících se odmítnutí či ukončení péče v PNP. Dále, že ovlivňující faktory mohou ovlivnit rozhodnutí o odmítnutí nebo ukončení péče v PNP. Jako poslední existence dalších důvodů pro odmítnutí či ukončení péče v PNP, které však nejsou právně zakotveny.

Z naměřených dat nebudou vyvozovány jakékoli závěry o zdravotním, či psychickém stavu respondenta.

Průběh výzkumu:

Rozhovory budou uskutečněny s respondenty Středočeské zdravotnické záchranné služby, a to zejména z řad zdravotnických pracovníků v PNP. Rozhovorů se zúčastní 6-7 respondentů. Respondenti jsou cíleně vybráni na základě svých zkušeností a doporučení konzultantem projektu. Rozhovor bude probíhat osobně, bude trvat cca 30 minut. Respondentovi budou pokládány otázky zaměřující se blíže na zkušenosti v této oblasti, dále na faktory ovlivňující odmítnutí či ukončení péče v PNP. Otázky budou též směřovat na nové důvody pro odmítnutí či ukončení péče v PNP, které nejsou právně zakotveny. Během výzkumu se neočekává přítomnost zdravotního rizika. Možným diskomfortem pro respondenta může být dotazování na otázky osobního charakteru a čas strávený rozhovorem. Stran nakládání s citlivými informacemi budou rozhovory prezentovány anonymně, uváděny budou pouze části relevantní výzkumnému tématu bez uvedení jakýchkoliv dat o respondentovi. Poškození respondenta jsou minimalizována, náklady na odškodnění v případě poškození probanda nese ČVUT FBMI, nicméně riziko je prakticky nulové.

Účast respondenta na výzkumu je zcela dobrovolná, respondent nemá nárok na žádnou finanční odměnu, zároveň se u respondenta nepředpokládají žádné výdaje.

Podepsáním tohoto písemného informovaného souhlasu souhlasíte s tím, že oba řešitelé a Etická komise FBMI budou mít umožněn přímý přístup k průvodní dokumentaci za účelem ověření průběhu studie anebo údajů, aniž dojde k porušení důvěrnosti informací o Vaší osobě, a to v míře povolené právními předpisy. Záznamy, podle nichž lze identifikovat respondenta, budou uschovány řešiteli jako důvěrné a zabezpečeny a nebudou, v míře zaručené právními předpisy, veřejně zpřístupněny. Budou-li výsledky studie publikovány, totožnost probanda nebude žádným způsobem zveřejněna. Se získanými osobními daty bude nakládáno dle pravidel GDPR a budou bezpečně uložena u řešitelů projektu. Vyskytne-li se informace, která by mohla mít vliv na rozhodnutí respondenta, zda pokračovat v účasti ve studii nebo ne, bude respondent o této skutečnosti včas informován.

Další informace týkající se této studie a práv respondentů lze získat u výše zmíněných řešitelů. Vaše účast ve studii je dobrovolná, můžete ji odmítnout nebo můžete od účasti ve studii kdykoliv odstoupit, a to bez udání důvodu a bez jakýchkoliv finančních, právních či jiných následků.

Jméno respondenta:

Datum narození respondenta:

Telefonní kontakt/emailová adresa na respondenta:

Respondent byl do studie zařazen pod číslem:

Odpovědný řešitel:

Mgr. Martina Dingová Šliková, Ph.D.

tel. číslo: 224 357 947 emailová adresa: martina.slikova@fbmi.cvut.cz

Podpis respondenta:

Podpis odpovědného řešitele:

Datum:

Datum: