

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**

**Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích**



**Bc. Kristýna Fajferová**

**Proveditelnost dříve vyslovených přání  
v praxi zdravotnické záchranné služby**

*Diplomová práce*

Vedoucí práce: **Ing. Mgr. Matěj Lejsal**

Praha 2022

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 15. června 2022

Kristýna Fajferová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Ing. Mgr. Matěji Lejsalovi za vedení diplomové práce, za čas strávený konzultacemi, cenné rady, informace a za trpělivost. Mé poděkování patří také Záchrané službě Středočeského kraje, Mudr. Romanovi Škulcovi, Ph.D., za zprostředkování práce s organizací, za poskytnutí rozhovorů a vřelý přístup. Dále také Záchrané službě kraje Vysočina, jejímu managementu, Mgr. Martě Machátové – hlavní sestře a všem respondentům, kteří poskytli rozhovor pro tuto práci. Poděkování patří i mé rodině a přátelům za trpělivost a podporu při studiu magisterského studia a tvorbě diplomové práce.

# Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá proveditelností dříve vyslovených přání (DVP) v praxi zdravotnické záchranné služby. Zkoumá, jak na vzrůstající zájem o téma reagují dvě organizace – Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje a Zdravotnická záchranná služba kraje Vysočina. Jejím cílem je zjistit, za jakých podmínek se mohou ZZS stát funkčními aktéry v praxi při rozhodování na konci života pacientů a při situacích obsahujících DVP. Klade si za cíl také vytvořit soubor doporučení pro organizace, které by mohly pomoci při práci s dříve vyslovenými přáními v přednemocniční neodkladné péči (PNP). Empirická část této práce je tvořena formou případové studie, analyzuje organizační prostředky, dokumentaci a vnitřní předpisy. Dále je tvořena polostrukturovanými rozhovory s pracovníky organizace. Tyto informace jsou poté zařazeny do kategorií podstatných pro tento výzkum. Přínosem práce je analýza připravenosti organizací na práci s pacienty s DVP a definování oblastí střetu názorů – touchpoints. Významnými faktory, které byly identifikovány na základě zjištěných informací, které ovlivňují proveditelnost DVP v praxi zdravotnických záchranných služeb, jsou znalosti zdravotníků, jejich důvěra a vztah k organizaci, nástroje pro práci s DVP a zkušenosti. Na základě zjištěných informací byla popsána doporučení pro praxi organizací – otevírání tématu DVP s ostatními poskytovateli péče, vzdělávání v oblasti DVP, vhodné nástroje pro práci s nimi, budování důvěry se zaměstnanci a supervize. Tato doporučení jsou aplikovatelná do spolupracujících organizací a mohou zvýšit připravenost a proveditelnost práce s tématem dříve vyslovených přání.

**Klíčová slova:** dříve vyslovené přání, DNR, přednemocniční neodkladná péče, zdravotnická záchranná služba, rozhodování na konci života, autonomie pacienta, paliativní péče, zdravotní dokumentace

## Abstract

This diploma thesis deals with feasibility of advance directives in the practice of emergency medical services. It explores how two emergency medical services deal with rising public interest in this topic – The Emergency medical service of Central Bohemia Region and of Vysočina Region in Czech Republic. The goal of the thesis is to detect under what circumstances can the EMS (emergency medical services) play a functional role in the practice of patients end-of-life decisions and in situations containing advance directives. Another goal is to make a set of recommendations for the organizations which could potentially help with dealing with advance directives in pre-hospital care. The empirical part of the study is constructed using a case study approach, it analyses organizational tools, documentation, and internal legislation. It is also made using semi structured interviews with the employees of both organizations. All acquired information is then divided under several categories that are profitable for the case study. The analysis of preparedness for dealing with patients with advance directives and identification of touchpoints – where certain approaches and opinions collide are considered a contribution of this thesis and were identified based on acquired information. Important factors that affect the feasibility of advance directives in the practice of EMS are knowledge of emergency medical technicians and doctors about advance directives, trust of the employees towards their organization and their relationship to it, tools for dealing with advance directives among the organization and experience. Based on all the information, following recommendations were made – opening the dialog of advance directives with other organizations in the region, education about advance directives in the organization, proper tools, building a trustworthy relationship with employees and supervision. These recommendations are applicable to the organizations collaborating on this study and could potentially better the preparedness of EMS and therefore better feasibility of advance directives in pre-hospital care.

**Keywords: advance directives, DNR, pre-hospital care, end-of-life decision making, emergency medical service, autonomy of patients, palliative medicine, medical files**

# Obsah

|             |  |           |
|-------------|--|-----------|
| <b>I.</b>   | <b>ÚVOD .....</b>  | <b>1</b>  |
| <b>II.</b>  | <b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>                               | <b>3</b>  |
| <b>1.</b>   | <b>ZÁKLADNÍ INFORMACE O DVP .....</b>                      | <b>3</b>  |
| 1.1         | Definice .....   | 4         |
| 1.2         | Formální náležitosti DVP .....                             | 4         |
| 1.3         | Zájem společnosti o téma DVP .....                         | 6         |
| <b>2.</b>   | <b>VZNIK DVP VE SVĚTĚ .....</b>                            | <b>7</b>  |
| 2.1         | USA .....  | 7         |
| 2.2         | Zákon o sebeurčení pacienta (PSDA) .....                   | 8         |
| 2.3         | Velká Británie – Evropa .....                              | 9         |
| 2.4         | Svědkové Jehovovi .....                                    | 10        |
| <b>3.</b>   | <b>PRÁVNÍ ÚPRAVA DVP .....</b>                             | <b>12</b> |
| 3.1         | Právní ukotvení dříve vyslovených přání v ČR .....         | 12        |
| 3.2         | Návrh zákona 2020 .....                                    | 14        |
| <b>4.</b>   | <b>DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI .....</b>   | <b>16</b> |
| 4.1         | Rozhodovací proces zdravotnické záchranné služby .....     | 16        |
| 4.2         | Znalost a zájem o téma DVP .....                           | 17        |
| 4.3         | Předávání pacienta mezi poskytovateli zdravotní péče ..... | 18        |
| 4.4         | Úskalí DVP v přednemocniční neodkladné péči .....          | 19        |
| <b>5.</b>   | <b>ETIKA PROVEDITELNOSTI DVP V PNP .....</b>               | <b>22</b> |
| 5.1         | Etické problémy s DVP .....                                | 24        |
| <b>6.</b>   | <b>SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI .....</b>                      | <b>27</b> |
| <b>III.</b> | <b>EMPIRICKÁ ČÁST .....</b>                                | <b>28</b> |
| <b>7.</b>   | <b>TEORETICKO-METODOLOGICKÉ VÝCHODISKO .....</b>           | <b>28</b> |
| 7.1         | Případová studie .....                                     | 28        |
| 7.2         | Promýšlení a příprava .....                                | 29        |
| 7.3         | Výzkumné téma .....  | 29        |
| 7.4         | Účel výzkumu a jeho cíle .....                             | 29        |
| 7.5         | Výzkumná otázka .....                                      | 30        |
| 7.6         | Zkoumaný případ .....                                      | 30        |
| 7.7         | Etika výzkumu .....  | 32        |
| 7.8         | Podmínky spolupráce s organizacemi .....                   | 33        |
| 7.9         | Příprava a časový harmonogram .....                        | 35        |
| <b>8.</b>   | <b>VÝSTUPY VÝZKUMU .....</b>                               | <b>36</b> |
| 8.1         | DNR .....  | 37        |
| 8.2         | Dokumentace .....  | 38        |
| 8.3         | Zkušenosti .....   | 41        |
| 8.4         | Názor na DVP a jeho proveditelnost .....                   | 42        |
| 8.5         | Problémové oblasti proveditelnosti DVP v praxi ZZS .....   | 46        |
| 8.6         | Vzdělávání .....   | 52        |
| 8.7         | Další nástroje pro práci s DVP .....                       | 53        |
| 8.8         | Návrhy .....   | 54        |
| <b>9.</b>   | <b>FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PROVEDITELNOST DVP .....</b>        | <b>55</b> |
| 9.1         | Důvěra v organizaci .....                                  | 55        |
| 9.2         | Znalost .....  | 56        |
| 9.3         | Konkrétní postupy a nástroje .....                         | 56        |
| <b>10.</b>  | <b>TOUCHPOINTS .....</b>                                   | <b>57</b> |
| 10.1        | Zástupce X pacient .....                                   | 58        |
| 10.2        | Rozdílné pohledy na problematiku v oblasti etiky .....     | 59        |
| 10.3        | Status služby ZZS X hodnoty DVP .....                      | 59        |
| 10.4        | Vnitřní předpisy organizací a předávání pacienta .....     | 60        |
| 10.5        | Zájem o téma DVP .....                                     | 61        |
| 10.6        | Etický pohled X praxe ZZS .....                            | 61        |
| <b>11.</b>  | <b>PROVEDITELNOST DVP V PRAXI ZZS – KAZUISTIKA .....</b>   | <b>62</b> |

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| 11.1       | Kazuistika .....   | 62        |
| <b>IV.</b> | <b>DISKUSE.....</b>  | <b>67</b> |
| 12.        | POMOC A JEJÍ INTERPRETACE.....   | 69        |
| 13.        | STATUS SLUŽBY ZZS.....   | 70        |
| 14.        | POZICE ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE A PODMÍNKY, VE KTERÝCH SE ROZHODUJE ..... | 71        |
| 15.        | VZTAH ROZHODOVACÍHO PROCESU A DŮVĚRY ZAMĚSTNANCE K ORGANIZACI.....         | 71        |
| 16.        | PŘEDÁVÁNÍ INFORMACE O DVP PŘI PŘEDÁVÁNÍ PACIENTA .....                     | 72        |
| <b>V.</b>  | <b>DOPORUČENÍ PRO ZVÝŠENÍ PROVEDITELNOSTI DVP V PRAXI ZZS .....</b>        | <b>74</b> |
| 17.        | VZDĚLÁVÁNÍ A NÁSTROJE PRO PROHLUBOVÁNÍ ZNALOSTÍ .....                      | 74        |
| 18.        | TRÉNINK A PŘÍPRAVA .....   | 75        |
| 19.        | BUDOVÁNÍ DŮVĚRY V ORGANIZACI.....  | 76        |
| 20.        | SPOLUPRÁCE MEZI ORGANIZACEMI.....  | 76        |
| 21.        | SUPERVIZE.....   | 77        |
| <b>VI.</b> | <b>ZÁVĚR .....</b>   | <b>77</b> |
|            | <b>LITERATURA .....</b>  | <b>80</b> |
|            | <b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>  | <b>86</b> |
|            | <b>PŘÍLOHY .....</b>   | <b>87</b> |

# I. Úvod

Medicína se velkou rychlostí posouvá dopředu, vznikají nové metody léčby a způsoby prodlužování života lidí. Přibývá pacientů, kteří podstupují dlouhodobé léčby a žijí i s dříve neřešitelnými diagnózami. S tímto trendem ve světě vzrůstá i zájem o právo na rozhodování o vlastním životě na jeho samém sklonku. Jedním ze způsobů, jak se pokusit o zachování vlastní autonomie i případech, kdy jedinec není ve stavu, kdy za sebe může rozhodovat, je právě institut dříve vyslovených přání (DVP). Převážně v západním světě je čím dál více lidí, kteří mají DVP sepsané pro možné budoucí případy. S pacienty, kteří tato přání mají, se v nemocnicích a v zařízeních s lůžkovou péčí pracuje zpravidla preventivně, dopředu se plánuje, jak se v situaci, která může nastat, personál zachová s ohledem na pacienta a jeho vůli. Tento styl plánování však není realizovatelný v práci zdravotnické záchranné služby. Při zkoumání informací o dříve vyslovených přání v prostředí přednemocniční péče vyvstávají témata, která nejsou jednoznačně řešitelná a zpochybňují celkovou proveditelnost dříve vyslovených přání pacientů v péči zdravotnické záchranné služby.

Téma jsem si vybrala, protože sama jsem zdravotnickým záchranářem a velice mě zajímá téma paliativní péče a umírání v přednemocniční neodkladné péči. Dříve vysloveným přáním jsem se již v minulosti věnovala z pohledu etiky a již v té době mě zaujalo svou nejednoznačností a růzností pohledů na něj. Věřím, že se jedná o téma, které bude stále aktuálnější a v praxi ZZS se bude vyskytovat stále častěji. I přesto se o něm mluví velice málo. Proto jsem ho spojila se svým oborem konkrétně a již z informací, které jsem zjišťovala v rámci přípravy na diplomovou práci jsem poznala, že to je téma velice komplikované a přináší mnoho otázek. Začala jsem si klást otázku, jestli je i přes zjevné benefity dříve vyslovených přání vůbec možné s ním v praxi záchranné služby vhodně pracovat. Je možné dbát na přání pacienta, ale dodržovat vnitřní předpisy organizace a brát v potaz všechny možné následky, které rozhodnutí přinese – a to všechno během vteřin v rámci výjezdu u pacienta? A jak by organizace mohla dokázat zajistit podmínky, které by proveditelnost zvyšovaly? Rozhodla jsem se tuto problematiku prozkoumat detailně v organizacích ZZS formou případové studie.



Práce si klade za cíl zjistit, jaký mají organizace na DVP pohled, jaké mají zkušenosti a prostředky pro práci s ním (materiály, školení, vnitřní předpisy). Tyto informace budou sloužit k bližšímu porozumění jejich proveditelnosti v praxi dvou záchranných služeb v České republice. Práce si dále klade za cíl ze získaných informací vytvořit soubor doporučení pro práci s tímto tématem v praxi. Ten by mohl sloužit jako opora pro management organizací zapojených ve výzkumu v cestě k efektivnějšímu zacházení s pacienty a vyšší proveditelnosti dříve vyslovených přání pacientů.

Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část shrnuje již prozkoumané oblasti dříve vyslovených přání a jejich proveditelnost. Popisuje jejich náležitosti, právní a etické aspekty a využití v přednemocniční neodkladné péči. Empirická část je tvořena případovou studií, ve které jsou zahrnuty dvě organizace – Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje a Zdravotnická záchranná služba kraje Vysočina. Je tvořena zkoumáním organizací, které se skládá z polostrukturovaných rozhovorů se zaměstnanci organizace – pracovníky managementu, zdravotnickými záchranáři a lékaři a analýzou organizační dokumentace. Na základě získaných informací jsou identifikovány body střetu – takzvané touchpoints a problémové oblasti. Jsou diskutovány hlavní faktory ovlivňující proveditelnost dříve vyslovených přání v praxi ZZS a na základě diskuse vznikl soubor doporučení pro konkrétní organizace.

Hlavními zdroji mých poznatků byly odborné články ze zahraničí, aktuální zákony a v neposlední řadě rozhovory a diskuse s respondenty organizací, organizační dokumentace a vnitřní předpisy. Při výběru tématu mě také navivovaly neformální rozhovory s právníky, kolegy zdravotníky a vedoucím diplomové práce.

## II. Teoretická část

### 1. Základní informace o DVP

Snaha prodlužovat zdraví a život populace, léčba onemocnění a nové biomedicínské technologie v posledních dekáдах posunuly medicínu daleko za hranice dřívějších možností. I přesto jsou možnosti léčby stále omezené. Začaly se používat umělé plicní ventilátory, sondy s výživou, medicína se efektivně posouvá v oblasti transplantace orgánů. Různé léčebné metody jsou schopné prodloužit pacientovi život i přesto, že v těle přestaly fungovat životně důležité orgány (srdce, plíce...). Předmětem sporu vývoje lékařských technologií je skutečnost, že je možné dlouho udržovat při životě pacienty, kteří umírají nebo mají mizivou šanci na uzdravení. Čím dál více lidí umírá postupným zhoršováním stavu a v důsledku chronických onemocnění. Rakovina, kardiovaskulární a cerebrovaskulární onemocnění často způsobují progresivní degeneraci a vleklé procesy umírání. Jedním z příkladů je Alzheimerova choroba. Její postupné narušování duševních funkcí neúprosně postupuje po dobu průměrného trvání 8,1 let. V konečné fázi této choroby vyžaduje pacientův stav neustálou péči, dokud nenastane smrt, většinou v následku zápalu plic, srdeční příhody nebo selhání ledvin (Saunders, 1995).

Díky tomuto fenoménu začalo mnoho lidí pohlížet na protahující se proces umírání jako osud, který vyvolává více obav, než samotná smrt. Lidé se obávají obtížného a dlouhého procesu umírání, který je posílněn bezmocí a závislostí na péči druhých lidí. Lékařské zásahy zvládají proces zachovávání při životě těla a orgánů, ale většinou neumožňují vrátit dříve vitálního pacienta do takového stavu, kdy by mohl být samostatně fungujícím a myslícím jedincem (Saunders, 1995).

Schopnost moderní medicíny zachovávat tělo pacienta při životě po dlouhou dobu po selhání životně důležitých funkcí začala podněcovat hledání způsobu, jak si v této oblasti s technologií poradit. Hledal se způsob, jak může mít pacient stále kontrolu nad léčebnými intervencemi. Dříve vyslovená přání se objevila jako prostředek pro pacienty a jejich budoucí stav, který jim nebude umožňovat rozhodovat se sám za sebe. Cílem je zachovat právo na autonomii člověka a jeho osobní preference týkající se léčby

i v budoucí neschopnosti tato rozhodnutí vyjádřit. Tento nástroj je nazýván také prospektivní autonomie. Formulací dříve vysloveného přání se pacient může vyjádřit k představě budoucích postupů léčby, u kterých se předpokládá, že nastanou díky prognóze stavu a onemocnění pacienta. DVP také umožňuje určit zástupce, který se bude účastnit rozhodování o dalších postupech léčby a bude mít zodpovědnost předání preferencí deklaranta. Většinou se jedná o blízkou osobu, či rodinného příslušníka pacienta (Saunders, 1995).

## 1.1 Definice

Dle Sborníku DVP neziskové organizace Cesta domů se dříve vyslovené přání definuje následovně: *„Dříve vysloveným přáním, převzatým do českého právního řádu Úmluvou o lidských právech a biomedicině již v roce 2001, může každý zletilý svéprávný pacient vyjádřit souhlas nebo nesouhlas s léčbou, která pro něj bude připadat v úvahu v době, kdy již nebude aktuálně schopen o jejím poskytnutí rozhodovat. Jakkoliv dříve vyslovené přání může mít význam v jakémkoliv oboru medicíny, pro oblast paliativní léčby a paliativní péče je nástrojem naprosto stěžejním, bez kterého si rozhodování o léčbě na konci života ani nelze reálně představit (Matějka a kol., 2015, dostupné z: <https://modrapomnenka.cz/wp-content/uploads/Manuál-nejen-pro-pacienty.pdf>).“*

Dříve vyslovené přání je prohlášení svéprávné osoby, která specifikuje náležitosti ohledně léčby, kterou je pravděpodobné, že bude podstupovat v budoucnosti. Většinou se jedná o souhlas či nesouhlas s danými úkony a postupem léčby v případě, že dotyčný ztratí schopnost o sobě rozhodovat. V oblasti bioetiky představují ztělesnění individuální autonomie, protože umožňují vyslyšení pacienta, i když je ztracena schopnost rozhodovat (Metaxa, 2020).

## 1.2 Formální náležitosti DVP

Aby bylo DVP platné, musí splňovat náležitosti, které jsou dané zákonem o zdravotních službách 372/2011, § 36. Musí mít písemnou formu, která je úředně ověřená podpisem pacienta na základě poučení obvodním nebo ošetřujícím lékařem o významu a možných rizicích. Přání je také možné vytvořit při hospitalizaci, a to poskytovatelem lůžkové péče. Takto vytvořené přání musí být zaznamenáno do zdravotnické dokumentace. Záznam o přání musí obsahovat podpis zdravotnického

pracovníka, pacienta a svědka. DVP měla dříve časové omezení platnosti na 5 let, toto specifikum však bylo změněno a již jsou časově neomezené (Česko, 2011).

Druhou platnou možností DVP v České republice je určení osoby, která bude v případě neschopnosti pacienta za rozhodovat za něj. Celosvětově, vlastní vůle pacienta může být provedena ve více formách– mezi nejčastější patří psané nebo verbální vyjádření, plánování rozhodování o budoucnosti, udělení trvalé nebo částečné moci týkající se zdraví a péče, zapsání do registru dárců orgánů... Formy DVP jsou různé dle právní úpravy konkrétních zemí (Vincent, 2020).

Smyslem těchto přání je snaha o zachování práva na rozhodování o vlastním životě. Toto rozhodnutí by nemělo být zpochybňováno a měněno bez vědomí člověka, který přání vyslovil. DVP by mělo pomoci se zachováním autonomie, proto tato přání musí splňovat konkrétní morální požadavky. Mělo by se jednat o rozhodnutí úmyslné, jedinec by měl rozumět svému přání a neměl by být nikým ovlivňován. Rozhodnutí o DVP a vlastní vůli by mělo odrážet základní morální hodnoty a přesvědčení osoby, která přání vyslovila (Vincent, 2020).

Benefity DVP jsou zřejmé. Pacient může vyjadřovat své osobní postoje a hodnoty, je ctěn koncept zachování důstojnosti a vyjádření předchozích přání navádí poskytovatele zdravotní péče k dalším krokům, které se shodují s osobními přesvědčeními pacienta. Tyto přání mají za snahu zmírnit i úzkost, nejistotu a předcházet konfliktům, které obklopují konečná rozhodnutí týkající se nekompetentních pacientů. Pro vytvoření dříve vysloveného přání je zapotřebí komplexního zvažování. Deklarant by měl zvážit faktory, které mohou skutečnost budoucího zdravotního stavu a postupů léčby ovlivnit (Saunders, 1995).

Pacienti se pro stanovení své vůle mohou rozhodovat na základě morálních nebo náboženských důvodů. Jedním z důvodů vyjádření DVP může být v případě postupně se zhoršujícího, neléčitelného (či velice obtížně léčitelného) onemocnění, kdy pacient odmítá nebo si přeje určité zacházení a léčbu v případě, že už o sobě nebude schopen rozhodovat (bezvědomí, demence...). Běžně se jedná o odmítnutí život prodlužujících úkonů (umělá plicní ventilace a další přístroje podporující základní životní funkce.) V neposlední řadě pacient vede obecnou diskusi se svými blízkými ohledně představy

léčby a rodina a blízcí se v budoucnosti podílí na rozhodování o způsobech léčby pacienta (Vincent, 2020).

### **1.3 Zájem společnosti o téma DVP**

V rámci studia odborné literatury je zřejmé, že se zvyšuje povědomí i zájem o téma dříve vyslovených přání a rozhodování na konci života. Nejsou známá konkrétní statistická čísla dříve vyslovených přání v ČR, avšak na toto téma se čím dál častěji konají odborné přednášky a publikují se odborné články. Organizace Cesta domů v roce 2015 vydala sborník na téma Dříve vyslovené přání s šablonami a důležitými informacemi jak pro pacienty, tak pro rodiny, zdravotníky a lékaře. V návaznosti na sborník proběhla v červnu 2015 konference s názvem „Dříve vyslovená přání pacienta – jak je správně plnit?“. Stejný rok se spustil stejnojmenný projekt podpořen MPSV ve fakulní nemocnici Královské Vinohrady, který probíhal 2 roky formou kurzů pro lékaře a zdravotníky. Projekt nadále pokračuje pouze nabídkou odpovědí na dotazy ohledně dříve vyslovených přání na internetové stránce [umirani.cz](http://umirani.cz).

Dříve vyslovená přání se stávají tématem přednášek na vysokých školách (Slezská univerzita v Opavě, Masarykova univerzita v Brně...) v rámci oborů zaměřených na zdravotnictví, medicínu a sociální práci. V říjnu 2021 proběhla přednáška s názvem Dříve vyslovené přání – představení nástroje, kterým lze ovlivnit budoucí léčbu, kterou vedl MUDr. Michal Kouba. Problematice výjezdů k paliativním pacientům a pacientům v terminálním stádiu se také věnovala zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy v projektu Paliativní medicíny a v rámci webináře s názvem Výjezdy záchranky k terminálně nemocným – mohlo by to být i jinak?, který se konal 26. října 2020.

Téma smrti a o jejím rozhodování se také stalo velmi aktuálním díky pandemii SARS-COV2. Zvyšování povědomí se dá předpokládat i díky statistickým datům v zahraničí – převážně v západní kultuře, kde čísla občanů s tzv. living will (forma dříve vysloveného přání) stoupají.

Dle studie z USA z roku 2016, až 71 % klientů užívajících sociální pobytové služby (domy s pečovatelskou službou) mají vyslovenou nějakou formu dříve vysloveného přání, ale pouze 37 % z tohoto vzorku mají DVP uvedeno v dokumentaci zařízení, ve kterém dlouhodobě pobývají (Lendon a kol., 2018).

Dá se tedy předpokládat, že zájem o rozhodování na konci svého života roste i u občanů České republiky. Otázkou se stává, jak na tuto potřebu reaguje sektor pečující o pacienty s možným dříve vysloveným přáním – sociální a zdravotnické služby. Jak jsou složky integrovaného záchranného systému a pracovníci pomáhajících profesí na tuto problematiku připraveni, aby mohli vhodně zaručit naplnění přání klienta/pacienta v případě, že situace obsahující DVP nastane.

## **2. Vznik DVP ve světě**

### **2.1 USA**

Velké milníky historie zachovávání autonomie pacientů se paradoxně týkaly případů mladých lidí (ve věku 20-30 let), u kterých by se předpokládalo, že o problematiku umírání nebudou jevit velký zájem. Luis Kutnes, americký advokát zabývající se problematikou lidských práv ze státu Illinois navrhl v roce 1969, že by jednotlivci měli mít právo rozhodovat o léčbě a zdravotních úkonech prováděných na jejich těle. V roce 1972 vytvořila společnost pro eutanazii v Americe (Euthanasia Society of America) první formu tzv. „living will“ (živá vůle). Obsahovala informace o tom, že když jedinec nebude mít naději na uzdravení, měl by mít právo na to zemřít. Nicméně v té době byla „živá vůle“ jednoduše cestou, jak může pacient vyslovit svá přání a tužby pro konec svého života, nejednalo se o právní dokument. Tím pádem lékaři a zdravotní profesionálové neměli povinnost přání uposlechnout a řídit se podle něj (Simon, 2014).

Zájem o rozhodování o ukončení života pacienta ovlivnila také Karen Ann Quinlan, která se stala prvním dokumentovaným případem „práva zemřít“ v USA v roce 1976. Rok předtím zkolabovala na večírku a došlo k poškození mozku, které jí v jejích 21 letech přivedlo do vegetativního stavu. Potřebovala neustálou podporu dýchání ventilátorem a byla závislá na výživě podávané sondou. Když její rodina požádala o odpojení od ventilátoru, nemocnice a ošetřující lékař slečny Quinlan odmítli, protože rozhodnutí považovali za neslučitelné s etickými standardy medicíny. Údajně čelili strachu, že by se jednalo o vraždu, jelikož by šlo o aktivní způsobení smrti. Otec pacientky hledal způsob, jak by se legálně mohl stát jejím soudem ustanoveným opatrovníkem a mohl by legálně dostat právo ventilátor vypnout a ukončit její život. V rámci tohoto období se lékaři slečny Quinlan pokusili odpojit ventilátor za záměrem

obnovení spontánního dýchání a akce byla úspěšná. Pacientka žila dalších 10 let a zemřela ve věku 31 let (Belling, 2010).

Případ Quinlan byl publikován a díky velkému nesouhlasu veřejnosti byl ve státu Kalifornie v roce 1976 schválen zákon s názvem Zákon přirozené smrti (Natural Death Act). Jedná se o první legální dokument, který popisuje právo jednotlivce odmítnout život udržující léčbu a prodlužování života medicínskými technologiemi. Umožňoval pacientům, kterých stav je terminální a vedoucí ke smrti odmítnout nebo zastavit léčbu. V následujících letech byly schváleny podobné zákony v dalších státech USA. Od začátku 21. století mají všechny státy USA zákony pro ochranu umírajících jednotlivců a alespoň nějakou formu dříve vyslovených přání a poslední vůle. Tímto trendem se postupně inspirovaly i další státy převážně západního světa (Simon, 2014).

## **2.2 Zákon o seburčení pacienta (PSDA)**

Dalším důležitým případem z roku 1983 byl případ 23leté Nancy Cruzan, kterou dopravní nehoda přivedla do vegetativního stavu. Rodina Nancy žila v naději, že se její stavlepší a nebude potřebovat neustálou podporu přístrojů, které jí udržují při životě. Po 7 letech bez zlepšení jejího stavu se rodina Cruzan rozhodla, že požádají o vyndání sondy s výživou, bez které by došlo k ukončení života Nancy. Jelikož pacientka neměla sepsané DVP, lékaři se rozhodli žádost nevyslyšet, dokud situaci neprojednají a neschválí soud. Případ se dostal až k nejvyššímu soudu USA, kdy na základě výpovědí rodiny a blízkých o předchozích rozhovorech s Nancy o kvalitě života a umírání byla žádost schválena. Sonda s výživou byla pacientce Nancy Cruzan odstraněna v roce 1990 a Nancy zemřela (Flood, 2005; Morales, 1991).

Mimo jiné díky případu rodiny Cruzan byl v roce 1990 přijat zákon o seburčení pacienta – PSDA (Patient Self-Determination Act) Kongresem Spojených států. Sloužil k zajištění toho, aby pacientům byly poskytnuty informace o dříve vyslovených přáních a mohli přijmout i odmítnout nabídnutou léčbu. Zákon PSDA je složen ze tří mandátů – první se týká poskytovatelů zdravotní péče a povinnosti sdělit pacientovi jeho práva a informovat ho o jeho zdravotním stavu a o možnosti přijmout a odmítnout léčbu. Poskytovatel se musí zeptat, jestli pacient má DVP a pokud ano, musí ho respektovat. Později byl tento mandát pozměněn a již nestačilo verbální předání informace pacientovi. Poskytovatelé zdravotní péče museli informace o DVP zařadit do zdravotnické

dokumentace. Druhým mandát vyžaduje, aby státy přijmuly zákony týkající se DVP. Třetí mandát se týká studie, kterou musí provést ministerstvo zdravotnictví (HHS). Studie se týká dopadu zákona PDSA a její možný vliv na práva pacientů a na osvětu veřejnosti ohledně tématu dříve vyslovených přání (Larson & Eaton, 1997).

Zákon o seburčení pacienta klade 4 základní požadavky na poskytovatele zdravotní péče. Prvním je, že vnitřní předpisy poskytovatele musí obsahovat předběžné pokyny o DVP v psané formě, včetně jasného a stručného prohlášení pro případ, že by poskytovatel nemohl jednat podle pokynů dříve vysloveného přání pacienta. V prohlášení musí být důvod, proč se zdravotník DVP řídit nemohl. Druhým nárokem je poskytování sepsaných informací všem pacientům, kteří obdržují zdravotnickou péči poskytovatelem. Třetí je uchovávání zdravotnické dokumentace a informací, zda pacient měl DVP či neměl. Dalším velmi důležitým nárokem je edukace poskytovatelů péče o problematice seburčení pacienta a jejich příprava na praxi a poslední je edukace společnosti (Franklin a kol., 2006).

### **2.3 Velká Británie – Evropa**

Dalším státem, který významně ovlivnil ustanovení DVP je Velká Británie. Ta se váží na zákon, který byl uveden v platnost v roce 2007, Mental Capacity Act (MCA). Má za účel chránit lidi, kteří nemají dostatečnou způsobilost, aby za sebe mohli rozhodovat. Nejčastěji se týká lidí s demencí, cévní mozkovou příhodou, s vrozenými vadami, psychiatrickým onemocněním. Fakt, že lidé mají kapacitu rozhodnout v konkrétní situaci nezaručuje, že mají kapacitu rozhodovat v jiných situacích (např. co si koupit k jídlu x jak zacházet s financemi).

Zákon MCA uvádí:

- Předpokládejme, že člověk je schopný dělat vlastní rozhodnutí, dokud není prokázáno jinak.
- Pokud je to možné, pomozme jednotlivcům dělat vlastní rozhodnutí.
- Nechovme se k jedinci, jako k člověku neschopnému dělat rozhodnutí jen proto, že udělal nemoudré rozhodnutí.
- Pokud za někoho rozhodujeme, volba musí být prováděna za účelem největšího prospěchu jednotlivce, za kterého se rozhodnutí dělá.



- Léčba a péče prováděna jednotlivci, který nemá kapacitu za sebe rozhodovat, by neměla omezovat lidská práva a svobodu jednotlivce (pokud je to možné – případ kurtování).
- Zákon MCA také umožňuje občanům UK vyjádřit své preference týkající se léčby a péče do budoucna a zvolit důvěryhodnou osobu, která v případě že dojde ke stavu, kdy za sebe člověk nemůže dělat rozhodnutí, může rozhodovat za ně.
- Občané mají právo na nezávislého advokáta, který podpoří jejich rozhodnutí v konkrétních situacích, např. při závažné léčbě, kdy jsou nutná omezení pacienta (Velká Británie, 2007).

I přesto, že jsou dříve vyslovená přání definována v zákonech VB, pouze 8-13 % občanů nějakou formu DVP mají. Vznikaly studie, které zkoumaly, proč je zájem o formy „živé vůle“ (living will) tak nízký. Výstupy ze studií potvrdily, že občané často nevědí, jaká přání mají, nebo je neumí konkretizovat. Dále uvedly, že lidé mají strach, že jejich přání budou vyloženy špatně, nebo nebudou respektovány vůbec. Lékaři kritizují DVP kvůli nepřesnosti a nepředvídatelnosti. Dle výzkumů 39 % ošetřujících lékařů dbá na přání vyslovené pacientem a pouze pokud je přání schůdné s již plánovanou léčbou (Metaxa, 2020).

## 2.4 Svědkové Jehovovi

Do tématu dříve vyslovených přání v Evropě zásadně přispěl také rozsudek Evropského soudu pro lidská práva v roce 2010 ve věci stížnosti svědků Jehovových. Stížnost se týkala neobvyklého rozhodování náboženské skupiny, která odmítala některé formy léčby i přesto, že následek jejich rozhodnutí znamenal smrt. Konkrétně se jedná o přijímání jakékoliv formy krevních derivátů (ESLP, 2010).

Svědkové Jehovovi jsou náboženskou skupinou, která vznikla v USA v Pensylvánii v 70. letech 19. století. Skupina vznikla z křesťanského hnutí „Bible student movement“ (biblické studentské hnutí). Svědkové Jehovovi převzali názor o přijímání krve z Bible, konkrétně z kapitol Starého zákona: Genesis 9:4, Leviticus 17:10, Deuteronomium 12:23 a novozákonních Skutků 15:28. V textech je psáno, že se člověk má zdržovat jakékoliv formy přijímání krve. Svědkové věří, že přijetím léčby, která obsahuje přijímání krve by byli neposlušní vůči Bohu, a dokonce by ho nerespektovali jako dárce života, protože v krvi je život a oni by krev získali uměle. Skupina obecně

povzbuzuje své členy k léčbě nemocí cestou medicíny, ale přísně odmítá krev a její deriváty. Když někdo tato pravidla nedodrží, skupina se k němu obrátí zády a za jeho činy ho bude soudit Bůh (Jehovah's Witnesses, 2022).

Evropský soud pro lidská práva rozhodl v roce 2010 po řešení věci ve stížnosti zvané „Moskevští svědkové Jehovovi a ostatní proti Rusku“ následovně: Umožnil na základě zkoumání případu a legislativy o náboženství, že jedinec má právo na své svobodné rozhodnutí. Může se rozhodnout, zda zákrok (či léčbu) podstoupí, či ne a učiní tak s ohledem na své hodnoty, názory. Má na to nárok i přesto, že pro okolí může volba být iracionální. Jedinec nemusí sdělovat své důvody, proč se tak rozhodl.

Rozsudek ustanovil možnost zapsání tzv. termínu „No blood“ do dokumentace. Termín je zapisován velkým písmem na první stránku dokumentace, kde jsou zaznamenány nejzásadnější informace o stavu pacienta (například alergie). V rámci tohoto přání je nutný dokument, který bude součástí zdravotnické dokumentace.

Forma směrnice (nebo dříve vysloveného přání) v překladu stanovuje:

*Já, jméno, jsem vyplnil/a tento dokument jako oficiální prohlášení své vůle. Pokyny v něm obsažené odrážejí mé pevné a vědomé rozhodnutí.*

*Prohlašuji, že za žádných okolností, i když se jedná o udržování nebo zachraňování mého života nebo zdraví, mi nebude podána žádná krevní transfuze. Souhlasím se substituční léčbou či léčbou, která neobsahuje podání krve.*

*Tímto dokumentem uplatňuji své právo k souhlasu, či odmítnutí lékařského ošetření na základě vlastních zásad a přesvědčení. Jsem členem skupiny Svědkové Jehovovi a toto prohlášení činím na základě biblických přikázání.*

*Dále zprošťuji lékaře, nemocnice a zdravotnický personál odpovědnosti za následky mého rozhodnutí ohledně odmítnutí transfuze krve za předpokladu, že mi byla poskytnuta plná alternativní a kvalifikovaná lékařská pomoc.*

*Pokud bych v této situaci byl v bezvědomí, může mě v souladu s tímto rozhodnutím zastupovat osoba uvedená níže jako nouzový kontakt.*

*Datum, podpis, adresa, kontakt a podpisy svědků* (ESLP, 2010)

Tento dokument se stal jednou z prvních oficiálně schválených forem dříve vysloveného přání, kterou zdravotníci za jasně daných podmínek mohou respektovat a jsou právně chráněni (ESLP, 2010).

### **3. Právní úprava DVP**

#### **3.1 Právní ukotvení dříve vyslovených přání v ČR**

Sebeurčení pacienta a rozhodování na konci života se v Československu věnoval již ve dvacátých letech 20. století profesor August Miříčka, který se věnoval trestnímu právu. Zastával názor, že každý člověk rozhoduje o svém životě a stejně jako sebevražda není trestným činem, neměla by jím být ani sebevražda za asistence jiné osoby (Miříčka, 1929).

Paragraf 271 tzv. profesorské osnovy trestního zákona z r. 1926 zněl: *„usmrtí-li viník úmyslně jiného ze soucitu, aby uspišil jeho neodvratnou, nedalekou smrt a tím jej vysvobodil z krutých bolestí způsobených nezhojitelnou nemocí nebo z jiných tělesných muk, proti nimž není pomoci, může soud trest mimořádně zmírnit nebo od potrestání upustit“* (cit. z Fenyk, 2004, roč. 9., č. 6, s. 10).

Vymezení dříve vyslovených přání bylo popsáno v roce 1997 v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně Radou Evropy. Úmluva je odpovědí na pokrok medicíny v posledních dekádách. Jedním z jejích hlavních pilířů je respekt k důstojnosti lidí. Kapitola 5 tohoto dokumentu a její důvodová zpráva přibližují téma souhlasu s poskytnutím péče. Popisují nezbytnost souhlasu s provedením úkonu osobou, na které je úkon prováděn. V důvodové zprávě je zmíněno, že aby byl souhlas platný, musí pacient dostat všechny potřebné informace a znát možná rizika a následky léčby či postupu. Musí být také seznámen s riziky odmítnutí léčby. Tyto informace musí být podány tak, aby pacient porozuměl možným následkům svých rozhodnutí. Dále je zmíněna informace, že pacient má právo kdykoliv změnit své rozhodnutí a změna musí být respektována, pokud se nejedná o úkon, který již probíhá a není možné ho zastavit (Wachter, 1997).

Česká republika Úmluvu ratifikovala v roce 2001. Informuje, že: „*Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.*“ (Česko, 2001)

Dle Zákona o zdravotních službách 372/2011, § 36:

*„Dříve vyslovené přání*

*(1) Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit (dále jen „dříve vyslovené přání“).*

*(2) Poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas. Bude respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s níž dříve vyslovené přání souvisí.*

*(3) Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Součástí dříve vysloveného přání je písemné poučení podle odstavce 2.*

*(4) Pacient může učinit dříve vyslovené přání též při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace, a to pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem. Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek; v tomto případě se nepostupuje podle odstavce 3.*

*(5) Dříve vyslovené přání*

*a) není třeba respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně*

*předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím; rozhodnutí o nerespektování dříve vysloveného přání pacienta a důvody, které k němu vedly, se zaznamenají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi,*

*b) nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti,*

*c) nelze respektovat, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby,*

*d) nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.*

*(6) Dříve vyslovené přání nelze uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty nebo pacienty s omezenou svéprávností (Česko, 2011).”*

Dále je v § 33 zákona o zdravotních službách je psáno, že pacient může určit osobu, která může podle kritérií v paragrafu 34 vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb (Česko, 2011).

V občanském zákoníku zákona č. 89/2012 Sb. se také zmiňuje, že bude brán zřetel na dříve vyslovená přání člověka, do jehož integrity se zasahuje (Česko, 2012).

## **3.2 Návrh zákona 2020**

V roce 2020 byl sněmovně předložen návrh zákona, který vytvořilo Ministerstvo zdravotnictví a obsahuje i části, které upřesňují a mění podmínky dříve vyslovených přání a jejich proveditelnost. Jedná se o Návrh zákona, kterým se mění zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a některé související zákony. Ministerstvo zdravotnictví poukazuje na potřebu upřesnění některých nejasností v zákoně, na které poukázala praxe. Tento dokument doposud nebyl schválen sněmovnou.

Návrh zákona jasně umožňuje zvolit fyzickou osobu, která bude zastupovat rozhodování o poskytnutí zdravotních služeb. Zástupce, kterého určí pacient rozhoduje a tlumočí přání ohledně léčby v budoucích situacích. Rozhodnutí musí zohledňovat přání

ohledně poskytování zdravotních služeb pacienta, jeho životní hodnoty a náboženská přesvědčení. Dohoda o zastoupení bude mít písemnou formu a bude úředně ověřená (Ministerstvo zdravotnictví, 2020).

Dále je pro změnu vnímání DVP důležité, že se návrh věnuje předávání dokumentace jiným poskytovatelům péče. Zní takto:

*„(4) Poskytovatel lůžkové péče je při předání pacienta k hospitalizaci jinému poskytovateli povinen informovat tohoto poskytovatele o tom, že pacient projevil dříve vyslovenou vůli a její záznam mu předat; v takovém případě zůstane ve zdravotnické dokumentaci vedené o pacientovi předávajícím poskytovatelem kopie záznamu dříve vyslovené vůle. Poskytovatel, který pacienta přebírá do lůžkové péče, je povinen postupovat v souladu s touto dříve vyslovenou vůlí pacienta.*

*6) Dříve vyslovená vůle spočívající v nesouhlasu s poskytováním zdravotních služeb je závazná, i kdyby důsledkem neposkytnutí nebo ukončení zdravotních služeb byla smrt pacienta, pokud je z dříve vyslovené vůle zřejmé, že pacient byl s tímto důsledkem seznámen.*

*(7) Dříve vyslovenou vůli nelze uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty nebo pacienty s omezenou svéprávností, kteří jsou nezpůsobilí k vyslovení souhlasu nebo nesouhlasu s poskytováním zdravotních služeb“* (Ministerstvo zdravotnictví, 2020, dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/monitor/6873207.htm>).

## **Důvodová zpráva návrhu zákona**

Důvodová zpráva, konkrétně novelizační body 67-69 zdůrazňují, že je důležitá změna pojmu Dříve vyslovené přání na Dříve vyslovená vůle. Činí tak z důvodu, aby bylo zřejmé, že se nejedná o přání pacienta, ale o platné rozhodnutí jeho vůle. Návrh téma pověřené osoby k zastupování za pacienta při rozhodování ohledně léčby definuje a konkrétně popisuje, aby zdravotníci měli právní jistotu při svých postupech. Dosud bylo rozhodování ohledně DVP pacienta lékaři uvedeno v zákoně velmi stručně a vznikal prostor pro nejasnosti při rozhodování ošetřujících lékařů a zdravotníků.

V důvodové zprávě návrhu je zpochybňováno uplatnění DVP v případě, kdy je pacientovi zajišťována péče více poskytovateli. Dle dosavadních zákonů není

poskytovatel povinen předat dříve vyslovené přání dalšímu poskytovateli. Dále je ze současného zákona o DVP zjevné, že v rámci přání nelze ukončit kontinuální přístrojovou orgánovou podporu, protože její ukončení by aktivně ukončilo život pacienta. Tuto skutečnost se Návrh zákona s ohledem na zachování autonomie pacienta snaží změnit (Ministerstvo zdravotnictví, 2020).

## **4. Dříve vyslovené přání v přednemocniční péči**

### **4.1 Rozhodovací proces zdravotnické záchranné služby**

Když zdravotnický záchranář zahajuje kroky k záchraně, má často velmi omezené informace o pacientově anamnéze, komplikujících onemocněních, historii léčby a dalších důležitých faktorech, na rozdíl od situací, kdy je pacient hospitalizován ve zdravotnickém zařízení. V situaci, kdy je pacient v bezvědomí je nemožné získat jeho názor na předpokládané postupy léčby, stejně jako například předpovědět kvalitu života, kterou bude mít pacient po úspěšné KPR. Je velice těžké dělat prognózy toho, jak se bude pacientův stav vyvíjet (Šeblová, Knor a kol., 2018).

Vnitřní předpisy a nařízení zdravotnických záchranných služeb nemohou obsáhnout všechny možné situace, které mohou nastat okolo stavu pacienta. Posádka zdravotnické záchranné služby by měla do své práce zapojovat mimo znalost vnitřních předpisů a nařízení také své znalosti, zkušenosti a hodnoty, když se rozhoduje o dalších krocích péče o pacienta (Ågård a kol., 2012).

Existují dva způsoby, jak může posádka záchranné služby zjistit, co by si pacient v bezvědomí mohl přát v rámci následujících, často život zachraňujících krocích. Jedním z nich může být rodina a blízké osoby, které se nacházejí u pacienta v době příjezdu záchranné služby. Existuje možnost taktního dotázání členů rodiny, zda ví o nějaké skutečnosti, která by měnila běžně zavedené postupy, například zahájení kardiopulmonální resuscitace (KPR). Tato skutečnost může být aktuální, pokud jde například o pacienta, který má vysoký věk, či má známou diagnózu vedoucí k smrti pacienta v blízké době. Nejedná se o předání zodpovědnosti za rozhodnutí na rodinu a blízké, ale pouze o možnost vyslovit návrh, který posádka záchranné služby může zvážit. Úskalí této varianty může být pocit velké zodpovědnosti na blízké osobě ve velmi stresové situaci a možné budoucí výčitky, či pochybnosti z rozhodnutí, které blízký

vyslovil. V rámci této možnosti je důležité brát v potaz, že rodina a blízké osoby mohou mít na léčbu pacienta jiný názor, než by měl pacient sám. Je důležité rozeznat, co je v nejlepším zájmu pacienta a co v zájmu rodiny.

Druhou vítanou variantou je dříve vyslovené přání v psané formě. S tím však vyvstávají úskalí týkající se proveditelnosti a aktuálnosti přání pacienta. Zdravotníci záchranáři by měli být poučeni o dříve vyslovených přáních a jejich problémových oblastech. Při setkání s dříve vysloveným přáním by na situaci měli pohlížet kriticky a snažit se o řešení situace v nejlepším zájmu pacienta. Obzvláště pokud je přání nespecifikováno, pokud je staršího data a pokud situace, ke které se záchranáři naskytli není standardní a očekávaná (Ågård a kol., 2012).

## **4.2 Znalost a zájem o téma DVP**

Znalosti a postoje poskytovatelů zdravotní péče k DVP jsou důležitými faktory, které ovlivňují efektivitu a kvalitu jejich provedení. Zdravotníci byli ve studii z roku 2021 v Hongkongu vyzváni k teoretickému popisu přání v zdravotnické péči a praxi urgentního příjmu a záchranné služby. Vyjadřovali se k jejich pozici v dokumentaci, k problémovým oblastem a sdíleli vlastní zkušenosti.

Studie sledovala znalosti a zájem o dříve vyslovená přání u zdravotních sester pracujících na urgentních příjmech a u zdravotnických záchranářů. Ukázala, že většina respondentů disponovala poměrně malou znalostí tématu. Nejméně informací podali v oblasti přípravy na práci s pacientem, který má dříve vyslovené přání. Dále se neorientovali ve sféře zástupců, kteří jsou určeni k rozhodování ohledně léčby pacienta (v AJ tzv. proxy) a také v oblasti role rodiny pacienta a role zdravotníka při práci s DVP. Znalosti zdravotnických záchranářů byly překvapivě menší než znalosti zdravotních sester.

Obě skupiny respondentů také prokázaly malý zájem o téma a měly spíše skeptický přístup k reálné proveditelnosti v praxi. Tento faktor se srovnával se studií, kde o tuto oblast jeví velký zájem např. zdravotníci ve sféře psychiatrie, obvodní lékaři, sociální pracovníci a psychologové. Záchranáři, kteří ve svém oboru působí 3 a méně let většinou neměli zkušenost s tématem žádnou. Na druhou stranu, mladší a méně zkušení záchranáři přes svoje neznalosti projeví o téma více zájmu a měli optimističtější přístup.



Dá tedy předpokládat, že jedním ze základních faktorů, který se musí změnit při práci s vůlí pacienta a DVP jsou právě záchranné služby, potažmo zdravotníci všeobecně. Bez nich se komplikovaná realizace DVP v praxi zlepšit nemůže. Důležitá je edukace, která zvyšuje povědomí poskytovatelů péče, může zvýšit i zájem o téma a může přinášet nové pohledy na to, jak s tématem pracovat (Hong a kol., 2021).

### **4.3 Předávání pacienta mezi poskytovateli zdravotní péče**

Vhodně provedené předání pacienta je nutné pro bezpečnou péči a plánování dalších kroků. Nedorozumění mezi zdravotníky by mohlo vést ke zdržení péče, či diagnostiky a k nevhodně zvoleným postupům. Špatná komunikace je jednou z hlavních příčin nežádoucích událostí vedoucích k úmrtí nebo vážnému zranění pacientů. Dobře zrealizované předání pacienta dalšímu poskytovateli zdravotní péče (různá oddělení, nemocnice, ZZS...) obsahuje jen nejnutnější informace k pacientovi – jeho nynější stav, užívané léky, případná DVP a jiné důležité údaje.

Implementace strukturovaných nástrojů pro předávání by mohla zlepšit přenos informací a zvýšit spokojenost a bezpečí zdravotníků i pacientů. Jedním z těchto nástrojů je přítomnost pacienta při předávání mezi profesionály, pokud to jeho stav umožňuje. Dalším pomocníkem by mohla být strukturovaná forma podávání údajů o pacientovi. Například technika SBAR (situation, background, assessment, recommendation), v překladu z angličtiny situace, pozadí, hodnocení stavu a doporučení. Druhou ověřenou metodou je tzv. I-PASS – vážnost onemocnění, shrnutí pacienta, seznam provedených úkonů, situace pacienta a plány a zpětná vazba přijímajícího. Tyto pomůcky jsou doporučeným postupem dle WHO a mohou pomoci předávajícímu podat všechny nutné informace, aniž by zahltil kolegu, kterému předává pacienta, nadbytečnými informacemi, které jsou dohledatelné ve zdravotnické dokumentaci (Merten, Wagner, 2017).

Předávání jsou spojována s chybnou komunikací, ve které se vytrácejí důležité informace, popřípadě plán péče u dlouhodobě nemocných. Na toto téma také vznikla studie, která byla tvořena metodou systematického přehledu odborné literatury, s cílem zhodnotit intervence ke zlepšení komunikace a přesnosti předávaných informací mezi domovy s pečovatelskou službou (DPS) a nemocnicemi. Výsledky výzkumu potvrdily, že standardizovaná forma dokumentace a jejího předávání by mohla pomoci při předávání informací. Byl kladen důraz na dříve vyslovená přání a na seznam aktuálně

užívaných léků a jejich dávkování jako na informace, u kterých je nutné, aby nebyly „ztraceny“ při předání tím, že se informace mezi zdravotníky nepředá jasně ústně (ideálně i písemně), ale je zmíněna pouze ve zdravotnické dokumentaci, které mohou být často i desítky listů papíru a může být velice zdlouhavé dohledávat informace právě tam (LaMantia a kol, 2010).

#### **4.4 Úskalí DVP v přednemocniční neodkladné péči**

##### **Nestandardní DNR**

Kriticky nemocní a zranění pacienti v prostředí přednemocniční péče, kteří kvůli svému stavu ztratili schopnost se rozhodovat, u sebe mohou mít nestandardní formu DVP. Jedná se například o tetování DO NOT RESUSCITATE (neresuscitovat), či přívěšek, kde je přání napsáno. Poskytovatelé přednemocniční péče (záchranáři) čelí rozhodnutí, zda je přání aktuální a zda mají léčbu přání podřídit. Je proto důležité, že je DVP standardizováno zákonem. Poskytovatelé přednemocniční péče musí být schopni jasně rozlišit validitu přání a rychle se rozhodovat pro další kroky léčby. Pokud se záchranáři setkají s nestandardní formou DVP, mohou přání zcela ignorovat, či je použít jako dodatečnou informaci o pacientovi pro budoucí situace a předání pacienta cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče. Bez jasného dřívějšího vyjádření deklaranta či jeho opatrovníka je nemožné znát motivaci a důvody vyslovení nestandardního DVP. Poskytovatelé zdravotní péče se proto zpravidla pokusí vrátit pacienta do bdělého stavu a dále vyhledávají průkazné informace o přáních pacienta týkajících se další léčby. Bez těchto informací se předpokládá souhlas s léčbou a snaha o navrácení životních funkcí a uzdravení, protože odepření léčby je často nevratné a může vést k smrti, na druhou stranu léčba může být později změněna či zrušena (Iserson, 2018).

##### **DNR**

Obvyklý záměr kardiopulmonální resuscitace je obnovení pacientova života v přijatelné kvalitě. Za úspěšnou KPR se může považovat obnovení životních funkcí a jeho stabilizace, ale z jiného hlediska také ta, kdy je v pacientova kvalita života v budoucnu v takové míře, že může opustit zdravotnické zařízení a zvládat každodenní život samostatně (Ågård a kol., 2012).

Při příjezdu k pacientovi se zástavou oběhu má zdravotnický záchranář ve většině případů povinnost zahájit neodkladnou KPR. Kompetence stanovení smrti pacienta má pouze lékař, bez jeho indikace nemůže záchranář rozhodnout o zastavení resuscitace. Jedinou výjimkou je situace, kdy je ohrožen život či zdraví záchranářů. Dle zákona č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, § 19, je „*vedoucí výjezdové skupiny oprávněn rozhodnout o neposkytnutí přednemocniční neodkladné péče v místě události v případě, pokud by a) při poskytování přednemocniční neodkladné péče byly bezprostředně ohroženy životy nebo zdraví členů výjezdové skupiny*“ (Česko, 2011)

Nejznámější formou dříve vysloveného přání je tzv. DNR – přání neresuscitovat při zastavení životních funkcí. Zdravotnický záchranář tedy čelí rozhodnutí, zda je přání aktuální a zda bude podnikat kroky k obnovení životních funkcí nebo ne a pacient zemře. Profesionál musí jednat podle vnitřních předpisů své organizace, ctít hodnoty pacienta a postupovat podle svého nejlepšího úsudku, tyto hodnoty se však mohou vylučovat. Rozhodování o zahájení kardiopulmonální resuscitace může být velice obtížným úkolem a pokud záchranář váhá (například z důvodu DNR přání, u kterého si není zdravotník jistý, jestli je aktuální), vždy by měl raději KPR zahájit a další plán péče vymýšlet až následně. Nevyhnutelným faktem je, že mohou nastat situace, kdy zahájení resuscitace může být vnímáno jako neoprávněné nebo neetické. Zdravotnický záchranář například nemusí mít mnoho informací o pacientovi a může o jeho diagnózách a stavu pacienta zjistit až zpětně. Nebo se může jednat o velmi starého pacienta v terminálním stavu nemoci, kdy je jeho prognóza života špatná a pacient by po úspěšné resuscitaci nejspíše trpěl v nemocnici na přístrojové podpoře. Vnitřní předpisy organizací by měly definovat, kdy je možné neprovádět resuscitaci, nemohou se však vyhnout některým etickým dilematům (Ågård a kol., 2012).

## **Terminální stav pacienta**

Zahájení KPR je obecně doporučováno u pacienta se zástavou oběhu a dýchání. Existují však výjimky, kdy není zahájení KPR indikováno. Kontraindikace zahájení KPR jsou zranění neslučitelné se životem (dekapitace apod.) a jisté známky smrti (posmrtné skvrny, posmrtná ztuhlost a Tonelliho příznak – tlak na oční bulbus vyvolá nestejnou kontrakci pupily) (Šeblová, Knor a kol., 2018). Dále mezi ně může patřit i terminální stav nevyléčitelného onemocnění. V situaci terminálního stavu pacienta by

měli zdravotníci respektovat vyjádření pacientova přání a jeho názoru na zahajování KPR v případě zástavy oběhu. V ČR jsou dříve vyslovená přání stále výjimkou, se kterou se zdravotníci nesebkávají často, na rozdíl od některých zemí, kde je tato praxe poměrně častá. Vymezení termínu terminálního stavu může být velice obtížné, což může vést k nejistotě zdravotníků při zvažování zahájení úkonů KPR. Proto je častou praxí, že lékaři a zdravotníci zahajují záchranu pacienta i u pacientů, u kterých je jasně diagnostikovaný terminální stav s prognózou blízké smrti. Tyto případy mohou vést k zatěžování zdravotnického sektoru, k negativním etickým důsledkům a ekonomickým dopadům na organizaci (zařízení) (Sláma a kol., 2008).

V Brně proběhla studie, kdy se retrospektivně analyzovala dokumentace pacientů, kteří zemřeli v Masarykově onkologickém ústavu. Popisovaly se klinické stavy pacientů a vyjádření k zahájení či nezahájení KPR. Výsledky ukázaly na to, že bylo resuscitováno 11 % pacientů, z nichž zhruba polovinu byl ošetřujícím lékařem popsán terminální stav dny před zástavou oběhu. U zbylých 89 % pacientů nebyly zahájeny úkony k obnovení životních funkcí při zástavě oběhu, přitom u 60 % pacientů nebyl jejich stav předem v dokumentaci popsán jako terminální. Aby lékaři předcházeli právním postihům, často v dokumentaci uvádějí stav pacienta jako terminální, pro ochranu personálu a zdůvodnění nezahájení KPR či jiné léčby. Rozhodnutí o budoucím nezahájení KPR by mělo být součástí dlouhodobějšího a složitějšího plánu péče v závěru života. Na tomto plánu by se měl podílet ideálně pacient, popřípadě jeho blízké osoby a rodina. Takový plán umožňuje připravit pacienta, personál i blízké osoby na následující kroky. Pro rodinu je důležité mít jasné informace, se kterými mohou pracovat (Sláma a kol., 2008).

Častým důvodem eticky komplikovaných závěrů života pacientů jsou nekonzistentní a neplánované rozhodnutí lékařů, špatná komunikace a nejasně formulovaný plán a cíle péče. Komunikační schopnosti a tento typ plánování prozatím není součástí přípravy lékařů, konkrétně onkologů (Sláma a kol., 2008).

## **Projekt seniorské obálky**

V Jihomoravském kraji vznikl v roce 2018 projekt Seniorských obálek, který je zaměřený na shromáždění zdravotnické dokumentace a snahu dobře informovat příjezdovou jednotku zdravotnické záchranné služby v co nejmenším čase. Tento projekt vznikl jako výstup akce, která nesla název Stárneme doma, která proběhla v létě 2018.

Zúčastnili se jí zástupci sociálních služeb, proseniorských organizací i samotných seniorů. Projekt je podpořen Ministerstvem práce a sociálních věcí, projektem Implementace politiky stárnutí na krajskou úroveň Odboru rodinné politiky a politiky stárnutí, Krajským úřadem Jihomoravského kraje, Zdravotnickou záchrannou službou Jihomoravského kraje a tísňové služby s názvem Girasole. Tuto kartu je možné získat na jednom z městských úřadů Jihomoravského kraje nebo prostřednictvím webových stránek <https://www.seniorskapolitika.cz/46-seniorska-obalka.html> kde je možné si dokument vytisknout (Seniorská politika Jihomoravského kraje, 2018).

Projekt je zaměřený na situace, kdy je pacient u sebe doma, dostane se do nouzové situace a potřebuje pomoc záchranných složek. Obálky mají mezinárodní označení I.C.E. (z anglického originálu In Case of Emergency – v případě nouze). Standardizovaná obálka s kartou by měla být umístěná na jednom ze dvou určených míst – na vnitřní straně vstupních dveří anebo na dveřích lednice. O těchto místech jsou záchranné složky informovány a hledají je tam. Dokument je rozdělen do různě barevných oddílů, které ukazují na důležitost informace. Informace v červeném oddílů jsou nezbytně nutné, jako jméno, datum narození, alergie, léky a jejich dávkování, ale i datum vyplnění tohoto dokumentu. Oranžový oddíl zahrnuje doporučené informace, jako onemocnění, či kontakty na blízké osoby a zelený oddíl nese informace o pojišťovně a praktickém lékaři, které nejsou tak nutné vědět k zahájení zachraňujících úkonů na pacientovi (Seniorská politika Jihomoravského kraje, 2018).

Tento projekt je udělaný za účelem zefektivnit práci zdravotnických záchranářů a k podání informací o pacientovi v co nejkratším čase. Tento dokument neobsahuje prostor na dříve vyslovené přání, to by se však dalo dát do stejné obálky s aktuální zdravotnickou dokumentací. Velice důležitá je aktualizace informací na kartě, pokud se cokoliv změnilo. Mohlo by jinak dojít k tomu, že záchranáři budou respektovat přání, která již nemusí být aktuální.

## **5. Etika proveditelnosti DVP v PNP**

Urgentní medicína a přednemocniční neodkladná péče (PNP) má specifická etická témata, která se liší od ostatních profesí, či práce ve zdravotnickém zařízení. Specifikem je například časová tíseň, ve které se často zdravotníci a lékaři nacházejí. Musí čelit velice

komplikovaným situacím, na které je těžké se připravit a musí rozhodovat v rozsahu vteřin a minut a na jejich rozhodnutí mnohdy závisí životy lidí. Dále je pro práci záchranářů specifický nedostatek informací, či prostředků na výjezdu (Šeblová, Knor a kol., 2018).

Téma dříve vyslovených přání je obsaženo v principech etiky zdravotnictví. Počátek etického přemýšlení ve zdravotnictví se datuje na období po 2. světové válce. Zásady etiky byly ustanoveny na základě procitnutí ohledně šokujících zkušeností z válek a nacistických praktik, tzv. „zrod etického vědomí z otřesu“. Zjistilo se, že profesionalita je bez etiky nebezpečná. Ustanovili se 4 základní etické principy v medicíně: principy nonmaleficence, beneficence, princip spravedlnosti a v neposlední řadě princip respektu k autonomii, kam spadají dříve vyslovená přání (Příhoda, 2014).

Smyslem dříve vyslovených přání je snaha zachování práva na rozhodování o vlastním životě konkrétního jedince. Jde o nabídku rozhodování o tom, jak s pacientem má být zacházeno, aniž by to mohli druzí měnit/zpochybňovat. Dříve vyslovená přání nabízí zachování autonomie i v případech budoucích situací, kdy o sobě jedinec nebude z nějakého důvodu schopen rozhodovat. Jakožto autonomní akce, tato přání musí splňovat konkrétní morální požadavky. Mělo by se jednat o rozhodnutí úmyslné, jedinec by mu měl rozumět a neměl by být nikým ovlivňován. Má právo na dostatečné informace o důsledcích vlastního rozhodnutí. Pacient by měl být svéprávný. Rozhodnutí o DVP by mělo odrážet základní morální hodnoty a přesvědčení jedince, mělo by být konzistentní a platné (Vincent, 2020).

Vliv na autonomní rozhodování pacientů mají sociokulturní faktory, globalizace, společenské změny a trendy. S vzestupem paliativní péče narůstá případů, kdy se zdravotníci setkávají s pacienty, kteří vždy nestojí o úkony přednemocniční péče, které by záchranáři automaticky v případě konkrétního pacienta použili. Některé záchranné postupy se následně mohou zdát agresivní, invazivní a neetické i přesto, že záměrem je záchrana pacienta (Šeblová, Knor a kol., 2018).

## 5.1 Etické problémy s DVP

### Informovanost

Platný rozhodovací proces bývá časově náročný a požaduje, aby pacient měl přístup ke všem dostupným a potřebným informacím. Důležitým faktorem je vztah mezi pacientem a jeho ošetřujícím lékařem založený na upřímnosti a důvěře. Proto je pro lékaře a zdravotníky v přednemocniční péči velmi náročné poskytnout pacientovi prostor a potřebné informace o jeho zdravotním stavu, když v mnoha případech ani zdravotníci na výjezdu nevědí celou anamnézu pacienta, proto informace mohou být nepřesné a zavádějící. Pacientův stav také často vyžaduje další vyšetření, které není možné v prostředí sanitního vozu a musí být provedeno ve zdravotnickém zařízení (např. CT, RTG a další zobrazovací metody, odběry krve apod.) (Naess, Foerde, Steen, 2001).

Zdravotnický záchranář nesdělují diagnózy pacientům ani rodině. Jelikož proces diagnostiky pacienta přenechává na lékaře, často informace, které sděluje, nejsou jasné. Pokud je stav pacienta zhodnocen jako vážný a vyžadující okamžitou medicínskou intervenci, záchranáři používají věty jako „váš stav je velmi vážný“, „mohlo by být nebezpečné, kdybychom vás nechali doma a nedostal jste co nejdříve zdravotní péči v nemocnici“. Tímto se profesionálové kryjí a dodržují své kompetence, často však ztěžují nebo úplně znemožňují celý rozhodovací proces, na který má pacient právo. Většinou se však předpokládá, že pacient, který si zavolal záchranou službu stojí o intervence, léčbu a převoz do nemocnice (Naess, Foerde, Steen, 2001).

### Srozumitelnost

Dalším problémem může být srozumitelnost. Je velice těžké odhadnout, do jaké míry pacient, který stojí o DVP rozumí svému požadavku a jeho následkům v celém rozsahu. Neexistuje standardizovaná úroveň chápání, proto je důležité, aby pacient, který se svým lékařem tvoří DVP mluvil v detailech a co nejvíc obsáhle, aby bylo zjevné, že problematice rozumí (popř. má věcné dotazy). Studie dále prokázaly, že lidé neumí správně odhadovat úroveň a trvání svých emocí do budoucnosti, dále také neumí odhadnout, zda se jejich názory a preference budou měnit. Jak tedy může jedinec udělat jasné a konečné rozhodnutí o své budoucnosti, když plně nerozumí dopadům a tomu, jak se v daných situacích bude cítit, kde se bude nacházet? A dále do jaké míry musí rozumět

detailům medicinských postupů a léčby, aby jeho názor byl na základě dobré znalosti problematiky? V těchto případech je důležité, aby byla vůle vyslovena po delším čase, kdy se jedinec mohl rozhodovat, nebýt ovlivněn nátlakem a prvotními emocemi ohledně celé situace.

V této problematice je také důležité brát v potaz rodinná pouta a vztahy mezi lidmi. V zemích po celém světě se stává, že rodinným prioritám a situacím je dáván přednost před prioritami jednotlivce (často v zemích Asie). Bývá výjimkou, když jedinec vytváří DVP bez obeznámení blízkých a rodiny, pokud se rozhodnutí týká života a smrti. Velmi těžkým situacím tedy čelí lékaři, když se názor na léčbu blízkých a rodiny pacienta vylučuje s dříve vyslovením přáním pacienta. Nemoc a smrt neovlivňuje pouze konkrétního jedince, ale celé jeho okolí, a i o to je vhodné se postarat (Vincent, 2020).

## **Aktuálnost**

Pacient při vytváření DVP v případech demence a v nemocích zhoršující paměť promýšlí potenciální budoucnost s nemocí a možné situace, které mohou nastat. Jelikož je známo, že nemoc ovlivňuje hlavně mozek a osobnost člověka, dá se předpokládat, že pacient o sobě chce rozhodovat v situacích, kdy je značně ovlivněna jeho osobnost a paměť a měl by na to mít právo. Proto by se mělo dbát na DVP, i když se pacient v pokročilém stádiu zdá „spokojený“ s navrhovanými postupy, protože přesně těmto situacím se chtěl pacient v minulosti vyhnout. Může se jednat o otázku důstojnosti. Tento pohled předpokládá, že pacient vyjadřující svojí vůli zvážil předpokládaný průběh nemoci, a i přes to se rozhoduje pro konkrétní postupy (nebo je odmítá) (Vincent, 2020).

## **Příklady problematického DVP**

Příklad problematiky rozhodování pacienta v přednemocniční péči je uveden na případu ženy z Osla, které syn zavolal záchrannou službu, protože jí našel vyčerpanou a krvácející na zemi, když za ní přišel na návštěvu. Po příjezdu výjezdové skupiny záchranáři usoudili, že pacientka je ve vážném stavu dehydratace. Zavedli jí nitrožilní vstup a dali infuzi, se kterou žena souhlasila. Při snaze o přesunutí pacientky na nosítka a přenesení do sanitního vozu k následnému převozu do zdravotního zařízení žena začala protestovat a odmítat další péči. Uváděla, že chce zůstat doma a argumentovala, že o pomoc si nevolala ona, ale syn. Ten souhlasil s posádkou, která se snažila vysvětlit



pacientce, že je důležité, aby dostala náležitou péči ve zdravotnickém zařízení. Také se zmínil záchranářům, že maminka začíná projevovat známky demence a nejspíše si neuvědomuje rozsah svého rozhodnutí. Prosil posádku o to, aby maminku přesunuli do nemocnice i přes její nesouhlas. Po 45minutové rozepři a rozhodování, kdy si pacientka pevně stála za rozhodnutím, že chce zůstat doma jí posádka ponechala na místě, s tím, že nabídla synovi možnost, že může ZZS zavolat při jakémkoliv změně, nebo kdyby se matčin stav zhoršil (Naess, Foerde, Steen, 2001).

V této situaci se dá na pacientčino rozhodnutí pohlížet z více pohledů. Nemusí se jednat pouze o variantu, že pacientka měla informace a představu o následcích svého rozhodnutí a navzdory tomu se rozhodla zůstat doma. Další variantou může být nedostatečná informovanost pacientky. Není jisté, jestli pacientka věděla, že jede do zdravotnického zařízení, jak s ní bude zacházeno a že bude přítomna rozhodovacího procesu ohledně její léčby. Pokud by se zdravotničtí záchranáři, či syn dotazovali na motivaci pacientky zůstat ve své posteli, možná by zjistili, že má pacientka strach z neznáma, z nemocnice, nebo že má špatnou zkušenost z minulosti s konkrétním zdravotnickým zařízením. S těmito informacemi by pak společně mohli hledat variantu péče, která by byla pro stav ženy vhodná. Byla žena pevně rozhodnutá, s tím, že zvážila varianty a důsledky svého rozhodnutí, či jednala impulzivně v návalu emocí a stresu, který jistě pociťovala pod nátlakem zdravotníků a jejího syna?

### **Rozdílnost pohledů na situaci– příklad pacientky Margo**

Dalším z příkladů je případ pacientky Margo, která ve svém DVP uváděla nesouhlas s život prodlužující léčbou v případě zhoršení Alzheimerovy choroby ovlivňující paměť. Po zhoršení jejího onemocnění však stála o léky a souhlasila s postupy a navrhovanou léčbou. Některé názory tvrdí, že Margo ve zdravém stavu je jiná osoba než v pokročilém stádiu nemoci, tzn. její názory by se měly brát s rezervou, jelikož se teoreticky jedná o dvě jiné osobnosti. V těchto situacích se DVP stává velmi komplikovaným, nepraktickým a mnohdy nevhodným řešením v otázce důstojného umírání.

Jak by se ze snahy o zachování autonomie a důstojnosti na konci života mohlo stát, že dojde k poškození jedince, který si již ani neuvědomuje přání, která vyslovil

v minulosti? K těmto situacím by se nemělo přistupovat jednotvárně a necitlivě, jedná se o lidský život.

Dalším názorem ke stejné situaci je ten, že pokud má být autonomie respektována, má na ní nárok i Margo v pokročilém stádiu nemoci. Jedná se v tu chvíli o její přesvědčení a je v souladu s jejími hodnotami (Vincent, 2020).

## **6. Shrnutí teoretické části**

S posunem medicíny se dříve vyslovená přání a zachovávání autonomie pacienta rozšiřují do povědomí veřejnosti a mají své místo i v přednemocniční neodkladné péči. Jejich stručné legislativní ukotvení a některé etické nejasnosti (například aktuálnost dokumentu) však dávají prostor nejasnostem při práci s nimi. V empirické části diplomové práce se zaměřím na specifika práce záchranné služby s pacienty, kteří mají dříve vyslovená přání. Pomocí případové studie budu analyzovat dvě organizace a jejich připravenost pro práci s tématem dříve vyslovených přání. Pokusím se hlouběji pochopit, jak koresponduje realita práce s DVP s teorií (s etickými zásadami, právem...) a identifikovat, jaké proměnné by mohly zvyšovat proveditelnost dříve vyslovených přání v praxi Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje a kraje Vysočina.

## **III. Empirická část**

### **7. Teoreticko-metodologické východisko**

Ve své práci budu zkoumat a popisovat systémy a vnitřní předpisy dvou konkrétních organizací a porovnávat je mezi sebou. Každou organizaci zapojenou do výzkumu budu analyzovat, data budu sbírat z různých zdrojů (vnitřní předpisy, rozhovory s managementem, pracovníky...). Získané informace budou složité k vytvoření praktických doporučení a k možné aplikaci do budoucích obdobných situací. Z tohoto důvodu jsem jako výzkumnou metodu zvolila kvalitativní metodu, konkrétně případovou studii. Tato metoda je vhodná pro podrobné zkoumání jednoho nebo mála objektů (konkrétní komunity). Cílem výzkumu bude zmapování a prozkoumání struktury organizací, proto se bude jednat o explorativní případovou studii (Yin, 2009).

#### **7.1 Případová studie**

Případová studie má empirický design, tento typ kvalitativního výzkumu zkoumá jeden nebo velmi málo subjektů či případů. Cílem je komplexní porozumění jednoho jevu, případu. Ten by měl mít vymezené hranice a měl by být zkoumán na základě sběru skutečných dat a v co nejpřirozenějších podmínkách. Studie je specifická větším počtem zdrojů, dochází v ní ke sběru dat z různých úhlů a oblastí. Ty dále přinášejí pochopení společných souvislostí, ukazují komplexnost případu a někdy i jeho význam (Švaříček, Šedřová, 2014).

#### **Fáze případové studie**

- Promýšlení a příprava
- Určení výzkumného tématu a definování otázek – proč je potřebné, jaký účel má splnit
- Výběr zkoumaného případu + etická kritéria výzkumu
- Sběr dat a jejich uchování (Švaříček, Šedřová, 2014)

## **7.2 Promýšlení a příprava**

Fáze přípravy probíhala formou rešerše, studia odborné literatury ohledně tématu DVP a neformálních rozhovorů s vedoucím práce, zdravotníky a pracovníky zdravotnických záchranných služeb. V procesu přípravy na výzkum s tématem DVP v přednemocniční péči jsem začala shromažďovat stále větší množství informací o tom, že DVP je velice složité téma a obsahuje mnoho komplikovaných situací a pohledů, které nelze jednoznačně uchopit. Ze studia informací jsem zjišťovala, že se úhly pohledu na problematiku neshodují. Proto jsem si začala klást otázku, jestli je vůbec možné s dříve vyslovenými přáními v praxi záchranné služby efektivně a dobře pracovat. Z těchto důvodů jsem jako téma výzkumu zvolila proveditelnost dříve vyslovených přání v praxi zdravotnické záchranné služby.

## **7.3 Výzkumné téma**

Jelikož se téma týká DVP v přednemocniční neodkladné péči, výzkum bude probíhat v organizacích zdravotnické záchranné služby. Proveditelnost tohoto jevu chci zkoumat z více pohledů a podrobně. Zajímá mě konkrétní stav organizací a prostředky pro práci s rozhodováním na konci života, které by mohly pomoci s reálnou proveditelností.

Pro realizaci případové studie jsem zvolila čtyři pohledy, na které se zaměřím s cílem získání relevantních a důležitých poznatků pro účely práce. Subjekty jsem zvolila na základě informací získaných z odborné literatury a neformálních rozhovorů s pracovníky organizace. Subjekty jsou: zdravotničtí záchranáři, kteří jsou součástí výjezdových skupin sanitních vozů, dispečeri ZOS (zdravotnické operační středisko), ukotvení tématu v dokumentaci a perspektiva managementu (osoby zodpovědné za dokumentaci a vnitřní předpisy).

## **7.4 Účel výzkumu a jeho cíle**

Účelem výzkumu je zjistit, jaký mají organizace pohled, zkušenosti a prostředky pro práci s DVP (materiály, školení, vnitřní předpisy). Tyto informace budou sloužit k bližšímu porozumění jejich proveditelnosti v praxi záchranné služby v České republice. Práce si dále klade za cíl ze získaných informací vytvořit soubor doporučení

pro práci s tímto tématem. Ten by mohl sloužit jako opora pro management ZZS v cestě k efektivnějšímu zacházení a lepší proveditelnosti dříve vyslovených přání.

### **7.5 Výzkumná otázka**

Za jakých podmínek se může zdravotnická záchranná služba stát funkčním aktérem v praxi rozhodování v závěru života a v situacích obsahující dříve vyslovené přání?

Dílčí otázky

- Jaké mají organizace ZZS prostředky pro práci s dříve vyslovenými přáními?
- Jak v organizaci vzniká nová dokumentace a vnitřní předpisy?
- V jaké formě probíhá vzdělávání zaměstnanců ohledně umírání a DVP?
- Jaký je pohled záchranářů v praxi na téma dříve vyslovených přání?
- Jaké mají profesionálové z praxe s tématem zkušenosti?
- Jaké prostředky jsou potřeba ke zvýšení proveditelnosti DVP v ČR?

### **7.6 Zkoumaný případ**

Výzkumné případy jsem zvolila dva, a to zdravotnické záchranné služby v České republice. Pro dva subjekty jsem se rozhodla z důvodu získání více informací a hloubky porozumění do problematiky. Záměrem výzkumu není organizace porovnávat ani hodnotit, ale získaná data analyzovat společně se společným cílem. Původním plánem výzkumu bylo zapojit zdravotnickou záchrannou službu Středočeského kraje a hlavního města Prahy. Tyto organizace jsem volila, protože se nacházejí v mé blízkosti a již s nimi mám zkušenosti díky absolvování praxí v rámci mého předchozího studia bakalářského oboru zdravotnický záchranář.

Po určité době, kdy již byla účast na výzkumu domluvena, došlo v rámci záchranné služby hlavního města Prahy k personálním změnám a kooperace nadále nebyla možná. Oslovila jsem ZZS Vysočina, která se do výzkumu velice ochotně zapojila. Převážná část výzkumu případové studie byla tedy realizována ve spolupráci se záchrannou službou Středočeského kraje a Zdravotnickou záchrannou službou Kraje Vysočina.

### **Respondenti**

První úhel pohledu na problematiku proveditelnosti DVP poskytl respondenti, kteří jsou pracovníky managementu organizace. Orientují se ve vnitřních předpisech

organizace (případně se podílí na jejich vytváření), mají přehled ve vzdělávání pracovníků a znají problémové situace, se kterými se záchranáři na výjezdech setkávají (stížnosti, pochvaly) – v obou organizacích. Dále také mohou umožnit náhled do vnitřních předpisů organizace.

Dalšími respondenty jsou zdravotničtí záchranáři a lékaři, kteří byli vybráni na základě vztahu k tématu, či na doporučení managementu a po vyslovení souhlasu s rozhovorem. Podmínkou je praxe na ZZS 5 a více let, pro určitou míru zkušeností a možností setkat se s různými situacemi.

Všem respondentům byl výzkum konkrétně vysvětlen, společně s jeho cíli a jeho etickými zásadami. Rozhovory byly (po schválení respondenta) nahrávány pro účely pozdějšího přepsání rozhovoru. Nahrávání zajistí větší pozornost dotazujícího, zachycení přesných odpovědí. Pořízený materiál bude sloužit pouze k výzkumu v rámci této práce. Rozhovory budou zaznamenány anonymně, kvůli ochraně respondenta.

V průběhu přípravy na výzkumnou část jsem se rozhodla nepokračovat ve směru rozhovorů s dispečery ZOS. Na základě získaných informací předpokládám, že dispečeri se s DVP setkávají minimálně nebo vůbec a že rozhovory s nimi nebudou ve výzkumu významné.

## **Dokumentace**

Z již získaných informací lze předpokládat, že dokumentace a vnitřních předpisů o problematice dříve vyslovených přání nebude mnoho. Rozhovor s osobou zodpovědnou za dokumentaci by mohl přiblížit, proč je DVP v předpisech ukotveno minimálně. Aby byla zvýšena pravděpodobnost, že bude analýza dokumentace organizace plodným zdrojem informací, výzkum se dále zaměří i na dokumentaci ohledně zachování autonomie pacienta, paliativního plánování a rozhodování na konci života.

Pokud bude možnost nahlédnout do vnitřních předpisů a dokumentace organizace, bude sloužit k získání hlubšího pochopení problematiky, nebude doslovně prezentována v této práci z důvodu zachování dohody s managementem.

## 7.7 Etika výzkumu

### Obecné splnění zásad

Výzkum splňuje etické zásady výzkumu. Dbá na to, aby podílení se na výzkumu bylo dobrovolné. Výzkum usiluje o zachování důvěryhodnosti. O to, aby nenarušoval soukromí respondentů více než je nezbytně nutné, aby nešířil informace sdílené respondenty a byla zachována jejich anonymita. Všechna nasbíraná data jsou pečlivě uchovávána pouze pro účely této práce. Výzkum nezpůsobuje psychickou ani fyzickou újmu osobám v něm zapojených a bere v potaz všechny jejich požadavky.

Při získávání informací v rámci výzkumu jsou respondentům sděleny všechny potřebné informace – cíl a motivace, téma, způsob získávání informací a možná rizika (Hendl, 2007).

### Subjektivní pohled na etiku výzkumu

V průběhu spolupráce se ZZS, které se podílely na výzkumu, jsem čelila více situacím, ve kterých jsem se těžko orientovala, hledala vlastní pozici jako výzkumníka a racionální pohled na věc. Jedním z témat, která významně ovlivňovala výzkum, byla anonymizace získaných dat. Byl mi poskytnut velký objem dat v rámci polostrukturovaných rozhovorů, ve kterých se vyskytovaly i výpovědi významné pro výzkum, ale obsahující informace, které by jednoznačně mohly identifikovat respondenta. Snažila jsem se zachovat anonymitu jak veřejně, tak i v rámci organizace, což bylo občas obtížné vybalancovat a přitom stále získat data cenná pro diplomovou práci.

Další překážkou z hlediska etiky, které jsem čelila, byla vlastní pozice jako výzkumníka. Jelikož sama pocházím z prostředí záchranné služby a zdravotnictví obecně, je mi téma velmi blízké. Při komunikaci s managementem organizací a při rozhovorech se zaměstnanci jsem usilovala o co nejmenší zaujatost v rámci vlastních názorů k tématu a pokoušela jsem se o správné vedení polostrukturovaných rozhovorů. Téma se však vrátilo i při zpracovávání získaných dat, kdy jsem se ocitla v situaci, že jsem se dozvíдалa informace, které z mého pohledu byly velmi osobní anebo zaujaté vůči jiným zaměstnancům a stranám organizace. Opakovaně jsem se musela ujistovat v účelu práce, v tom, co je má úloha a která data slouží k tématu proveditelnosti DVP a která ne.

Posledním problémem, který považuji za důležitý zmínit z hlediska etiky výzkumu, je zkoumání 2 organizací formou případové studie. Při nastavování spolupráce se zdravotnickými záchranými službami jsem považovala za důležité objasnit, že právě dvě organizace jsou zvoleny z důvodu většího potenciálu získat více informací. Na druhou stranu jsem si uvědomovala, že právě toto nastavení může způsobit, že organizace budu porovnávat mezi sebou podle jejich připravenosti a proveditelnosti DVP v praxi ZZS. Tuto skutečnost jsem proto konkrétně zmiňovala před každým rozhovorem. Tématu jsem čelila i při popisování výstupů z výzkumu. Vnímala jsem určité rozdílnosti mezi odpověďmi respondentů z jedné a z druhé organizace. Obzvláště významné téma, které jsem se rozhodla popsat v práci, a které se zdánlivě lišilo právě podle příslušnosti respondenta k jedné či druhé organizaci, je vzdělávání a jeho spojitost s připraveností a názory na téma DVP. Z dat je zjevné, že zaměstnanci organizací, kteří v rámci své organizace procházejí adaptačním procesem, kterého součástí je dokumentace týkající se DVP, měli obecně větší znalost tématu a s tím i více názorů a postojů k tématu DVP v PNP. Tuto skutečnost jsem popsala do výstupů z výzkumu, neuvedla jsem však o kterou organizaci se jedná. Nevnímám zveřejnění této informace jako porovnávání organizací mezi sebou, ale pouze poukázání na nástroj, který přispívá k osvětě tématu DVP mezi zdravotníky. Dospěla jsem k názoru, že pokud bych práci pojala jako porovnávání organizací mezi sebou, práce by se více zabývala konkrétními organizacemi a jejich strukturou a odbočila by od proveditelnosti DVP v praxi ZZS.

## **7.8 Podmínky spolupráce s organizacemi**

Analýza a vzhled do získaných informací slouží účelům této práce. Rozhovory byly doslovně přepsány, ale v práci budou uvedeny jen úryvky z důvodu zachování soukromí a anonymity respondentů. Podobně nebude prezentována ani konkrétní forma dokumentace, která byla poskytnuta k nahlédnutí. V práci jsou uvedeny pouze dvě organizace, které se podílely na realizaci případové studie, těmi jsou ZZS Středočeského kraje a kraje Vysočina. Proběhly i rozhovory s dvěma jinými organizacemi, které uvedly, že o tématu dříve vyslovených přání nemají co nabídnout, že se s tímto tématem neseťkávají, ani nefiguruje v jejich vzdělávání či v rámci dokumentace.

## **Rámcová témata pro polostrukturovaný rozhovor s pracovníkem managementu organizace**



V odrážkách jsou uvedeny oblasti, které byly hlavními pilíři polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky managementu organizací.

- Jaké prostředky pro práci s DVP jsou k dispozici – vnitřní předpisy, nařízení...
- vzdělávání v oblasti DVP
- předchozí zkušenosti
- vlastní názor na DVP a jeho proveditelnost
- vize pro budoucnost ohledně tematiky DVP a umírání
- problémové oblasti při práci s DVP
- návrhy na změnu, nápady

### **Rámcová témata pro analýzu organizační dokumentace**

Další část práce s managementem byla zaměřena na dokumentaci organizace a soustředila se na dostupné dokumenty týkající se DVP nebo předávání pacienta, na vnitřní předpisy a v neposlední řadě na proces vzniku nové dokumentace v organizaci. Poskytnuté materiály byly zkopírovány k uchování informací pro účely této práce. Dále byly důkladně prozkoumány a na jejich základě byl veden jeden polostrukturovaný rozhovor s osobou, která je zodpovědná za dokumentaci v organizaci.

### **Rámcová témata pro polostrukturovaný rozhovor se zdravotnickým záchranářem**

V odrážkách jsou uvedeny oblasti, které byly hlavními pilíři polostrukturovaného rozhovoru a zdravotnickými záchranáři.

- Jaké prostředky mají k dispozici
- povědomí o DVP
- zkušenosti
- vlastní názor na téma
- problémové oblasti při práci s DVP
- problematika DVP při přebírání pacienta z jiného zařízení (DPS) a při předávání cílovému poskytovateli akutní péče
- návrhy na změnu, nápady

## 7.9 Příprava a časový harmonogram

Jedním z prvních kroků v přípravě na výzkumnou část diplomové práce bylo domluvení spolupráce a souhlas organizací, což probíhalo v posledních měsících roku 2021. V procesu domlouvání součinnosti proběhlo několik neformálních rozhovorů o vztahu organizace k tématu a o podmínkách naší spolupráce. V následujících měsících (únor a březen 2022) byli vybráni zaměstnanci organizací, kteří měli zájem, či byli osloveni a souhlasili se zapojením do výzkumu. Byli vybráni na základě pozic, které zastávají v organizaci (management, osoby zodpovědné za dokumentaci, lékaři...), či na doporučení managementu. V den, kdy rozhovory probíhaly, byli osloveni i záchranáři, kteří byli přítomni na službě a měli praxi 5 a více let na ZZS. V průběhu února a března roku 2022 byla připravena rámcová témata pro rozhovor. V den, kdy se konaly rozhovory, byl zajištěn bezpečný a tichý prostor pro rozhovor, stejně jako materiál potřebný k rozhovoru – nahrávací zařízení, informace a etické zásady, zápisník, propiska, voda pro respondenta.

### Kategorie případové studie

Pro výzkum byly stanoveny oblasti, ve kterých se práce pokusí získat vzhled a informace o proveditelnosti dříve vyslovených přání v praxi ZZS. Tyto kategorie byly získány na základě obdržených informací z literatury, neformálních rozhovorů a z témat, u kterých předpokládám, že by mohla přinést vhodné informace pro případovou studii. První kategorií jsou prostředky pro práci s dříve vyslovenými přáními. Prostředky a nástroje pro práci s tématem umírání a DVP jsou zásadním nástrojem, o který se záchranáři mohou opřít v čase výjezdu, kdy se musí vhodně a rychle rozhodovat. Prostředky jsou myšleny jakékoliv nástroje, které se týkají tématu DVP v rámci ZZS a jsou obsaženy ve struktuře organizace – např. dokumentace a vnitřní předpisy. Dalším tématem je právě dokumentace, proces jejího vzniku a uvedení do organizace. Vzdělávání zaměstnanců záchranných služeb o tématu rozhodování na konci života (a DVP) může být také zásadním prostředkem pro upevnění znalostí a důvěry zdravotníků pro budoucí situace obsahující dříve vyslovená přání pacientů. A v neposlední řadě oblast, která může pomoci přiblížit pohled a pochopit souvislosti, je samotný názor a zkušenosti respondentů s tématem DVP.

#### - **Prostředky pro práci s DVP**

- **Dokumentace**
- **Vzdělávání**
- **Názor**
- **Zkušenosti**

Výše uvedená témata a další, která mohou vyvstat v procesu získávání dat, budou sloužit k získání vhledu do situace organizací, získání pohledu na téma DVP v těchto záchranných službách a jeho proveditelnost v praxi záchranné služby. Ústřední témata rozhovorů a ta, která jsou zajímavá pro výzkum či opakující se, budou popsána v kapitolách níže a bude z nich vytvořen celkový vhled na téma.

## **Limity výzkumu**

Práce je konstruována formou případové studie, která je zaměřena na dvě organizace zdravotnické záchranné služby. Všechna zjištění a výstupy se nedají generalizovat na problematiku, ale pouze na konkrétní situace v organizacích. Proto práce nepopisuje proveditelnost DVP v praxi ZZS obecně, ale pouze u dvou zdravotnických záchranných služeb v první polovině roku 2022. Přípravenost a nástroje se dají popisovat pouze z konkrétních výpovědí respondentů a analýzy dokumentace. Výběr respondentů z řad zdravotnických záchranářů probíhal na základě doporučení managementu a částečně byly vedeny rozhovory s respondenty, kteří v domluvený den měli službu a o rozhovor měli zájem. Proto jsou všechna zjištění velmi konkrétní a individuální a doporučení a výstupy se dají aplikovat pouze velice konkrétně.

## **8. Výstupy výzkumu**

V rámci výzkumné části práce bylo provedeno 5 rozhovorů se zdravotnickými záchranáři s praxí 5 a více let. Dále proběhl rozhovor s vrchní sestrou zdravotnické záchranné služby, s osobou, která má na starosti dokumenty (revize, zavádění...), stížnosti a pochvaly, s lékařem, který slouží v ZZS a v neposlední řadě s lékařem, který je vedoucí lékař pro vědu, výzkum a odborný garant vzdělávání. Dohromady tedy proběhlo 9 polostrukturovaných rozhovorů napříč dvěma organizacemi. Některé informace jsem také získala neformálními rozhovory s právníkem, hlavní sestrou ZZS a rozhovory s jinými záchrannými službami.

V rámci revize dokumentů mi byl poskytnut jeden interní dokument, který je zaměřen přímo na dříve vyslovená přání. Jedná se o vnitřní předpis organizace. Byly mi poskytnuty i jiné dokumenty, ty se převážně týkají paliativní péče a psychosociální služby.

Rozhovory proběhly v předem domluvený termín v průběhu dubna 2022. Kromě jednoho, který se uskutečnil online, probíhaly v pracovním prostředí respondentů – na základně ZZS. Ve všech případech byla poskytnuta klidná, soukromá místnost na provedení rozhovoru. Vždy byla předem stručně představena práce a její cíle. Respondenti měli prostor na dotazy, bez výjimky souhlasili s nahráváním rozhovoru.

V dalších kapitolách jsou popsány informace získané výzkumem. Jsou řazeny podle kategorií, které byly zvoleny předem a mají podkapitoly, kde se objevují významné či opakované názory, které z rozhovorů považují za důležité. Během výzkumu se také objevovala témata, která by mohla být pro diplomovou práci významná a nebyla obsažena v předem připravených kategoriích. I tato zjištění jsou zaznamenána, jako například problémové oblasti.

V rámci analýzy výzkumu byly rozhovory nahrávány a poté přepsány do elektronické formy. Jejich znění bylo přepsáno doslovně, byly však upraveny do spisovné formy textu, obsah sdělení byl ponechán. Úryvky některých rozhovorů jsou zveřejněny v následujících kapitolách, avšak autoři prohlášení nejsou uvedeni a byly vynechány informace, které by mohly vést k identifikaci respondenta. Tyto citace nejsou rozděleny podle pozice respondenta v organizaci (pracovník managementu X zdravotnický záchranář X lékař), pokud tato informace není nutná.

## **8.1 DNR**

V rozhovorech se ve velké většině všichni respondenti odkazovali na dříve vyslovené přání DNR (do not resuscitate) – neresuscitovat. Po absolvování rozhovorů bylo zjevné, že záchranáři vědí, že to není jediná forma DVP, ale v jiné situaci v prostředí PNP si přání nedovedou představit. Práce s pacientem v prostředí výjezdu může obsahovat všechny možné situace, je však velice pravděpodobné, že ostatní přání pacientů by se vztahovala spíše na nemocnice a poskytovatele lůžkové péče. V praxi záchranáři vyšetřují, stabilizují, zachraňují a poskytují bezpečný převoz do nemocnice,

proto DVP týkající se léčby pro záchranáře většinou nemění postupy, podle kterých se zpravidla řídí. V takových situacích je důležité DVP předat nemocnici (či jinému zařízení), do které je pacient převážen, neovlivňuje to však přímo práci záchranky.

## **8.2 Dokumentace**

V této kapitole práce popíše pohled na dokumentaci a proveditelnost DVP pomocí informací získaných z rozhovorů a revize prostředků organizace. Na základě rozhovorů s organizacemi (polostrukturovaných i neformálních) měla jedna ze 4 záchranných služeb vypracovanou nějakou formu dokumentace k tématu dříve vyslovených přání. Ostatní organizace k tomuto tématu, ani k tématu paliativní péče, neměly žádné materiály. V rámci rozhovorů převažoval názor, že se s problematikou dříve vyslovených přání zdravotníci nesetkávají, proto zatím potřeba vytváření předpisů není.

### **Proces vzniku nové dokumentace**

Jedna z organizací spolupracujících na studii se řídí systémem řízení kvality dle normy ISO 9001. Norma se mimo jiné zabývá principy řízení dokumentace, jejího vydávání, revize a uchovávání. V ZZS vznik dokumentace probíhá tak, že oprávněná osoba zaznamenaná v rámci revize legislativy (která je také definovaná ISO 9001) změnu, či nové znění zákona, obecně změnu platných podmínek. Právník začne pracovat na dokumentaci, která nový požadavek zohledňuje. Jedná se buď o aktualizaci již nastavené organizační dokumentace, či o vznik nového dokumentu. Konkrétně při práci na dokumentu o dříve vyslovených přáních právník pracoval na tom, aby byly zohledněny všechny možné situace, které mohou nastat. Popsal, jak má s tématem pracovat management a jak zdravotníci v praxi, v podstatě vytvořil vodítko pro jejich práci. Nově vzniklý dokument prochází schvalovacím procesem a poté je zařazen do vnitřních předpisů organizace, má určené datum platnosti. Dokumentace je dostupná zaměstnancům pomocí intranetu i ve fyzické podobě jako součást výbavy výjezdových vozidel. Všechna organizační dokumentace prochází pravidelnými revizemi alespoň jednou za rok, aby nebyly opomenuty případné nové požadavky a legislativa.

Nová dokumentace může vzniknout i na základě jiného popudu než novelizací zákona. Vytváří se i provozní a procesní dokumenty, kde impulz k vzniku přichází z provozu organizace. Potřeba pokrytí tématu, které prozatím nebylo popsáno, může

vzejít z řad managementu, nebo impulz přichází i z provozu a ze zkušeností. Například pokud se vyvine komplikovaná, nová a těžko předvídatelná situace, bývá předmětem pozdějšího vzniku vnitřních předpisů. Dokumenty vznikají na základě požadavků z terénu, či upozornění na možné situace. Tyto návrhy prochází schvalovacím procesem jednotlivých částí ZZS a dále se postupuje obdobně jako při dokumentaci vznikající na základě legislativních nároků. Záchraná služba se v kraji své působnosti dělí na více částí, které musí mít identickou dokumentaci, proto schválení musí proběhnout jednotně, aby všechny základny kraje měly stejné pracovní podmínky a postupy.

## **Proces seznamování se s dokumentací**

Každý zaměstnanec organizace prochází v rámci adaptačního procesu vzděláváním a seznamováním se s činností organizace a její dokumentací. V rámci tohoto procesu je každý bez výjimky seznámen s předpisy a interními pokyny. Seznámení s dokumentací musí být prokazatelné, je stvrzeno elektronickým podpisem v intranetu.

Pokud je zavedena nová dokumentace, stejně jako při adaptačním procesu jsou s ní seznámeni všichni zaměstnanci (na pracovních poradách, či prostřednictvím pokynů managementu v pracovních emailech...).

## **Vnitřní předpis týkající se DVP**

V záchranné službě tedy vznikl dokument, který je platný od roku 2016 a popisuje, co dříve vyslovené přání je, k čemu se používá, jak vypadá, jeho konkrétní formy, problémové situace, které mohou nastat, a jak se v těchto případech zachovat. Obsahuje všechny zásadní informace a velice přehledně uvádí, za jakých podmínek zdravotník přání respektuje a za jakých podmínek ne. Akceptace DVP je možná pouze, pokud má záchranář přání k dispozici fyzicky u sebe, pokud je úředně ověřené a pokud součástí dokumentu je poučení ošetřujícího lékaře o možných následcích. Tento dokument prochází minimálně jednou za rok revizí a kontroluje se jeho aktuálnost, případně se doplňují nově zjištěné informace. Výjezdové skupiny ho s veškerou ostatní dokumentací mohou hledat ve svém interním elektronickém systému a vyskytuje se i fyzicky ve vozidlech záchranné vozidly, aby se zvýšila jeho dostupnost.

Dokument o DVP je považován za důležitý, proto je fyzicky ve všech výjezdových vozidlech záchranné služby, aby ho mohl zdravotník najít a řídit se podle něj v případě nutnosti. Dokument se nadále dá vyhledat na elektronických zařízeních v rámci intranetu, kde je obsažena všechna dokumentace organizace.

Dle revize tohoto dokumentu je jeho obsah zaměřen na legislativní nároky na práci s DVP a je koncipován jako návod na práci s tímto tématem. Přesně stanovuje, kdy přání respektovat lze a kdy ne. Další zajímavá informace je, že je v dokumentu popsána povinnost předat DVP cílovému poskytovateli péče.

## **Vytvoření DVP při výjezdu záchranné služby**

V rámci předpisu je uvedeno, že je pacientům umožněno sepsat dříve vyslovené přání přímo při ošetřování záchrannou službou. Přání s pacientem může sepsovat pouze lékař, který je fyzicky přítomen (nelze pouze po telefonické konzultaci). V tomto případě dokument podepisuje právě lékař, svědek a pacient a přání se nemusí úředně ověřit. Lékař musí poučit pacienta o možných rizicích a následcích přání, o tom, že přání má do odvolání neomezenou platnost a o tom, že platí i na další možné výjezdy záchranné služby. Takto vzniklý dokument však platí právě pro specializovanou péči záchranné služby jen pro ten konkrétní kraj, ve kterém organizace působí. Zdravotníci při příjezdu jsou povinni touhu vyslovit přání respektovat, pokud je pacient ve stavu, že o sobě může rozhodovat. Tento koncept pacientům nemusí aktivně nabízet.

## **Pohled managementu**

Díky rozhovoru s pracovníkem managementu organizace, ve které je DVP zahrnuto do předpisů, bylo zjištěno, že organizace nyní nemá důvod s tématem dříve vyslovených přání v dokumentaci pracovat. Předpis prochází pravidelnými revizemi a dokud potřeba mluvit o tomto tématu nebude vzrůstat, předpis je naprosto dostatečný a obsahuje všechny možné situace, které by mohly nastat. Tento názor korespondoval se zbytkem organizací, které prozatím potřebu tématu DVP v dokumentaci nevidí, dokud se situace toto téma obsahující nezačnou stávat častější praxí na výjezdech ZZS.

Při dotazu na možné problematické situace, které by mohly vzniknout v rámci práce s DVP, bylo zodpovězeno, že právě na možných potenciálních problematických

situacích je založen vnitřní předpis organizace a že dokud nenastane jiná situace, obsahuje všechny možné problémy, které mohou nastat.

## **Pohled záchranářů na dokumentaci**

Zdravotníci záchranáři se k dokumentaci, která popisuje DVP, vyjadřovali dost neurčitě, ale s vděčností, že tento předpis v jejich organizaci existuje. Dále sdíleli, že by tento dokument mohl být užitečný v situaci, kdy se záchranář v situaci obsahující DVP ocitne. Oceňovali dokumentaci vytvořenou obzvláště pro situace, které nejsou na denním pořádku. V těchto situacích se totiž necítí v rámci rozhodování jistě a pomoc v podobě jasného návodu může být velice užitečná, protože mají jasně napsaná kritéria a informace, o které se mohou opřít a nemusí se spoléhat pouze na vlastní úsudek a znalosti.

## **Proveditelnost DVP v PNP z hlediska dokumentace a vnitřních předpisů**

Organizace obecně nevnímají nutnost vytvářet nové nebo další předpisy na téma dříve vyslovených přání. Z hlediska znalostí bylo z rozhovorů zjevné, že zdravotníci záchranáři pracující v organizaci se zavedenou dokumentací o DVP jsou s tématem seznámeni a alespoň teoreticky vědí, jak s ním pracovat, kdy ho respektovat a jaké jsou jeho náležitosti.

Dokument neobsahuje jiné než legislativní nároky na práci s tématem. Je však jasným a pochopitelným nástrojem, který může být vodítkem a podporou pro zdravotníky na výjezdu. Díky tomu se může stát nástrojem, který zdatně zvyšuje proveditelnost DVP v přednemocniční neodkladné péči. Účinnost dokumentu nebyla kvůli nízkému výskytu DVP na výjezdech ověřena, je však zdatně úroveň vědomostí o DVP z řad zdravotníků.

### **8.3 Zkušenosti**

Ze všech 9 rozhovorů, které proběhly v rámci případové studie, pouze 1 respondent uvedl, že se setkal s formou dříve vyslovených přání. Jednalo se o výjezd k pacientovi s akutním respiračním selháním, kdy přítomná rodina sdělovala posádce



ZZS, že pacient má DVP, které se vztahuje na tuto situaci. Rodina však přání nemohla najít a nebyla schopna ho slovně interpretovat, nejspíše díky obrovskému stresu, ve kterém se nacházeli. Kvůli této situaci bylo jasné, že DVP respondent respektovat nemohl a postupoval dále dle zavedených postupů.

Ostatní zdravotníci záchranáři a lékaři, s kterými byl veden rozhovor, nejdříve uváděli, že se s dříve vysloveným přáním nikdy nesetkali. Po doplňujících otázkách se však všichni setkali se situací, která přání částečně obsahují, ne však formou úředně ověřeného dokumentu, který je jedinou přijatelnou formou DVP. Většina respondentů si dříve vyslovené přání spojovala pouze se zahajováním, či nezahajováním kardiopulmonální resuscitace. Setkávají se situacemi, kdy rodina žádá, jak má probíhat léčba pacienta, kdy samotný pacient má požadavky, či kdy dochází k rozporu mezi blízkými a samotným pacientem. Často také zmiňovali situaci, kdy jim samotným nepřijde etické zahajovat resuscitaci, když se jednalo o starého, polymorbidního člověka (s vážnými onemocněními), který má velmi nízkou šanci na uzdravení.

Management organizací potvrdil, že se téma DVP nijak neodráží na komunikaci s pacienty a veřejností. Ani jedno vedení organizací se nesetkalo se stížností, pochvalou či jakoukoliv situací obsahující DVP, s tímto tématem se setkávají prozatím pouze na preventivní a teoretické rovině.

Záchranáři také uváděli, že jejich pozice nemá kompetence na to, aby byla stanovena smrt, pouze ve výjimce, kdy jsou zjevné jasné známky smrti – zranění neslučitelné se životem, posmrtné skvrny, terminální stav. Proto pokud se jedná o zástavu životně důležitých funkcí, musí zahajovat KPR a postupy k obnově života pacienta nezávisle na vlastních názorech, či na názorech blízkých lidí pacienta. Až lékař, který je součástí výjezdové jednotky, může konstatovat smrt a zastavit léčbu a záchranné postupy.

#### **8.4 Názor na DVP a jeho proveditelnost**

V této kapitole budou popsána zjištění, opakovaná témata a významné odpovědi, které se týkají osobních názorů a vjemů respondentů. Jen malá část respondentů se k tématu vyjádřila spíše neutrálně, ostatní měli zaujatý nějaký postoj k dříve vysloveným přáním. V rámci této kategorie se také objevovala témata, která jsou spjatá s tématem

rozhodování na konci života a mohou ovlivňovat proveditelnost dříve vyslovených přání v praxi zdravotnické záchranné služby.

## **DVP v PNP**

Když zdravotníci o tématu DVP v praxi záchranné služby mluvili, většinou generalizovali přání pouze na přání týkající se kardiopulmonální resuscitace. Uvědomovali si, že se přání vztahuje i na jiné situace, ale vždy se ve svých odpovědích vraceli právě k DNR (přání neresuscitovat). Převažující názor na DVP u pacientů byl kladný, nikdo se k tématu nevyjádřil jako ke zbytečnému nebo nevhodnému. Respondenti uváděli, že přání je velice dobrým konceptem, který pomáhá zachovávat autonomii pacientů. V odstavcích uvedených níže jsou zachyceny některé odpovědi týkající se názoru na DVP.

*„DVP je používané sice málo, ale pomůže předejít nedorozuměním a neřešitelným situacím.“*

*„Myslím si, že to je vhodný nástroj, když pacient ví, že by to bylo zbytečné prodlužování života. Teď nedávno jsem byl na starším pánovi, který se oběsil. Jeho rodina říkala, že nedokázal unést, že se stal závislý na péči druhých a nebyl schopný se o sebe postarat. Pokud lidem slouží hlava a oni tento stav vnímají, jednalo by se o zbytečné prodlužování péče a času, tak věřím, že DVP je na pravém místě.“*

*„Obecně DVP považuji za dobrou věc. Když se pacient rozhodne, tak je super, že tu možnost mají. Eutanázii to ne, s tím nesouhlasím, ale v té následné péči jo. Je to super možnost. Ale jen nevím, jak moc jsou lidé informováni v tomto směru, že si toto mohou vyhotovit.“*

*„Je to náročné i pro nás a určitě i pro rodinu. Ale rozhodně jsem pro důstojné odcházení. Stav těchto pacientů je prostě přirozeně daný stářím a diagnózami, je to přirozený vývoj života a nemoci a chápeme částečnou neetičnost, ale máme postupy, podle kterých se řídíme. Je otázkou, jak je to na jiných záchranných službách. Snažím se být šetrný na pacienty i rodiny.“*

*„Je to určitě relevantní téma, důležité je. Je důležité, aby bylo správně sestaveno, ale důležité je. Je to v prospěch těch pacientů, kteří se svobodně rozhodnout, tak to chrání*

*všechny kolem, včetně zdravotníků a lékařů. Aspoň můžeme pracovat v souladu s přáním pacienta, takže je to určitě důležitá součást naší práce.“*

Jedna z odpovědí významných pro tento výzkum zmiňovala nejen postoj k DVP v praxi ZZS, ale respondent vyjádřil strach z odpovědnosti, který toto téma obklopuje.

*„Já osobně z toho mám strach. Jiná věc je DVP v nemocnici, kdy se očekává, to je jiná věc. Jsou tam jasné podmínky. Já mám osobní problém, kdybychom přijeli do takové situace a někdo z rodiny tam vytáhne nějaký papír, o kterém ani nevíte, jestli to je originál nebo není. Obzvláště v dnešní době plagiátorství... Já bych se na to asi nespolehal a radši šel do toho průšvih, že to respektovat nebudu. Začal bych poskytovat péči a nějaký papír bych neřešil.“*

Tato odpověď nebyla jediná, která odrážela strach z komplikací spojených s dříve vyslovenými přáními. Respondenti ve svých odpovědích zmiňovali určitou nejistotu a obavy z případných situací, které mohou vzniknout a oni se nebudou cítit sebevědomě ve svých rozhodnutích.

## **Rozsah požadavků na práci ZZS**

Dotazovaní vnímají, že zdravotnická záchranná služba zastává nejen akutní péči a převozy do nemocnice, ale právě péči o paliativní a chronické pacienty, kontrolní vyšetření, pacienty, kteří nechtějí do nemocnice, ale pouze vyřešit problém, který je například součástí chronického onemocnění – tišení bolesti, doplňování tekutin. Tím dle rozhovorů může docházet k vysilování pracovníků ZZS a k zahlcování a případnému zneužívání této služby. Tato odpověď velice stručně shrnuje problematiku rozsahu práce ZZS, která se v polostrukturovaných rozhovorech opakovala nejednou.

*„Často lidi nemají povědomí a chtějí na ZZS jen zavolat a poradit se. Již dlouhou dobu nefunguje pohotovost, kdy se vydají recepty a léky, takže lidé nejsou informováni. Třeba nechtějí odvézt, ale jen pomoci, ale nevědí, že naše možnosti jsou velice omezené. My máme vybavení pro akutní ošetření, ne pro ty méně závažné stavy, takže pacienty musíme odvézt, i když se jim to moc nelíbí a jediná možnost, jak se neodvézt je sepsat negativní reverz.“*

*„Nehledně na to, že ZZS supluje péči pracovníků paliativní péče a obvodních lékařů. My jsme ti, co to řeší za ně. Ze strany praktických lékařů není snaha poskytovat paliativní péči. Nemocnice jsou zahlcené a pacienti a PL se odkazují na ZZS. Je to další zátěž pro nás.“*

*„Zastáváme práci několika institucí, přes službu se nezastavíme, jezdíme třeba 10 výjezdů a v tu chvíli se prostě soustředíte na postupy a na to, jak nedělat chyby. Tohle (DVP) by mělo být ošetřeno, ať to nemusíme řešit my, ať se o to s pacienti zajímají převážně praktičtí lékaři a my pak budeme pracovat s poučenými pacienty, to by byla jiná utopie.“*

## **Smrt**

Smrt je jedním z témat, které se při rozhovorech objevovalo opakovaně. Umírání je obtížným tématem nejen pro blízké pacientů, ale i pro osoby, které v rámci své profese umírající doprovázejí, či bojují se smrtí zdravotnickou péčí. Pro záchranáře je velice obtížné resuscitovat lidi, kteří dle jejich názoru nemají šanci na zotavení. Opakovaným tématem rozhovorů byla také nízká připravenost na úmrtí blízké osoby, i když se jedná o velmi staré pacienty, nebo pacienty v terminálním stadiu, kdy je brzká smrt předpokládána. Rodiny a blízké osoby pacientů zpravidla úplně odmítají fakt, že by jejich milovaný mohl odejít a často po záchranné službě požadují spravení stavu, i v situaci, kdy je toto přání nerealizovatelné.

*„Já si myslím, že dnešní společnost žije v tom, že starého člověka dají do nemocnice a myslí si, že ho tam opraví jak v autodílně a zpátky jim pošlou 18letého člověka. Co se hodně popřelo, tak to je smrt. Lidi na to nejsou zvyklí jako třeba před 80 lety, kdy to tady zazdil komunismus a veškerá péče se přesunula do nemocnic a maličko se to teda rozptyluje, no.“*

Další také uvedl, že se za 13 let své praxe setkal pouze s jedním případem, kdy byla rodina na smrt blízkého připravená, byli s ní smíření a nechali umírat blízkou osobu v klidu doma: *„Za celou svou praxi jsem se setkal(a) jen jednou s úmrtím jako z pohádky, babička umírala, byla tam celá rodina, svíčky. Byla oblečená a čekalo se jen na faráře, jak to dřív chodilo. To jsem zažil jen jednou. Jinak to většinou je tak, že se ten člověk resuscituje nebo se to řeší v nemocnici.“* V době, kdy k výjezdu došlo, bylo

normální praxí, že na úmrtí jezdila záchranná služba, protože ještě nebyla zavedena pozice koronera.

## 8.5 Problémové oblasti proveditelnosti DVP v praxi ZZS

Otázky proveditelnosti přání přiblížily i problémové oblasti, které v práci s DVP v přednemocničních prostředí respondenti vnímají. Nejčastěji zmiňovaným tématem byly nedostatečné kompetence záchranářů, tlak na rozhodování se na místě a rozpor mezi osobními preferencemi záchranáře a rodinou či pacientem. Zdravotníci si uvědomují vážnost a následky svých rozhodnutí a shodovali se na tom, že vznikají situace, se kterými by si sami v prostředí výjezdu nevěděli rady.

Odpovídající také upozorňovali na neznalost DVP veřejností, na nedostatečné informování pacientů ze stran nemocnic a praktických lékařů a další oblasti. Těmi se však nebude práce zabývat, zaměří se jen na oblasti, které se týkají praxe zdravotnické záchranné služby a její práce.

Jeden z respondentů odpovídal, že nízkou informovanost o DVP nemá jen veřejnost, ale právě záchranáři, lékaři a profesionálové ve zdravotnictví: *„No, problémové... pokud by ten dokument záchranář skutečně viděl, v psané formě a byl by správně napsán, tak to problémy do značné míry eliminuje. Já osobně vidím problém v tom, že si myslím, že část pacientů, kteří by ho třeba chtěli vyslovit, tak jaksi ho nemají k dispozici z různých důvodů. Třeba o nich neví, neví jak na něj a podobně. Takže myslím si, že problémem obecně je nízká informovanost nejen u lidí, ale mezi zdravotníky, praktickými lékaři apod.“*

Jeden z odpovídajících, který je součástí managementu organizace, uvádí, že na základě potenciálních komplikovaných situací vznikla dokumentace o DVP, která obsahuje možné problémy a jejich řešení: *„Když se podíváte na strukturu toho našeho dokumentu, ty jednotlivé body jsou ty, které teoreticky považujeme za problémové, protože právník je zpracoval do tohoto pokynu. Např. jak ho sepsat, aby nedošlo ke zpochybňování, jaké jsou výluky k NLZP (nelékařským zdravotnickým pracovníkům), k lékařům, jakým způsobem lze respektovat DVP... Kritické body, kde by mohlo dojít k problémům, jsou sepsané tady v rámci toho dokumentu. Ale je to prostě na základě*

*teorie, z pohledu právního. Chceme postupovat tak, abychom se do těch problémových situací nedostávali.“*

## **Rozhodování na místě výjezdu**

Jak je uvedeno v zákoně o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, 372/2011 Sb., není nutné dříve vyslovené přání respektovat: „pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím; rozhodnutí o nerespektování dříve vysloveného přání pacienta a důvody, které k němu vedly, se zaznamenají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi“ (Česko, 2011). I přesto, že jsou kompetence zdravotnických záchranářů a lékařů dány jasně, díky této specifikaci v zákoně vzniká prostor, kdy se zdravotník rozhoduje, zda přání respektovat. Zachraňující by měl zvážit aktuálnost přání a zda neexistují okolnosti, kvůli kterým by pacient změnil znění přání.

Tento proces je jasně právně ukotvený, na druhou stranu může být velice obtížné rozhodnout se v nejlepší prospěch pacienta. Prostředí výjezdů je pro záchranáře neznámé, čas je velice důležitý a v některých případech jsou přítomni i rodinní příslušníci, kteří sami kladou nároky na to, jak nakládat s pacientem. Tento faktor se také objevoval v odpovědích rozhovorů.

Čas v daných situacích zdravotníky neúprosně omezuje a ti se cítí být v tlaku rozhodnout rychle obtížnou situaci. Dalším zmíněným problémem je rozhodování o respektování přání v situaci, kdy je pacient v zástavě životních funkcí, takže každá vteřina, kdy se zdravotník rozhoduje, velice snižuje šance na úspěšnou obnovu krevního a dýchacího oběhu pacienta. Z tohoto důvodu odpovídající zmiňovali, že pokud by si nebyli jisti aktuálností přání, raději by přání nerespektovali, pokusili se pacienta oživit a následkům by čelili později. Tento scénář je pro ně snesitelnější než pocit, že respektovali a tím nechali zemřít pacienta, který měl přání, ale možná nebylo aktuální.

Dalším faktorem, vnášejícím ještě více stresu do rozhodování zdravotníka, je přítomná rodina, která může někdy pomoci navigovat dříve vyslovenou vůli pacienta, ale také může jednat ku vlastnímu prospěchu a mít požadavky, které se neslučují s DVP pacienta. V této situaci se odpovídající obávají i právních následků jejich rozhodnutí.

*„Ale vzhledem k právním ohledům tuším, že to není jednoznačná věc, jenom při představě situace, kdy má pacient DVP a rodina to nebude respektovat a v okamžiku, kdy již není schopen se aktivně rozhodovat a bránit se poskytování péče a rodina trvá na opaku, přičemž pacient by měl vystavené DVP, tak si dovedu představit, že to je právně problémové a není to jednoduché. Ale tento nástroj je potřeba k zachování práva o sobě rozhodovat a o své léčbě. Mělo by to tak být.“*

*„Když si něco rodina nepřeje nebo chce každý člen té rodiny něco jiného, tak to už je hodně neřešitelné. Může to pak mít právní dohru.“*

*„Často dochází spíš k nepochopení ze strany rodiny, s pacienty často nemáme problém.“*

Zvláštností situace, které většinou nemusí čelit jiní poskytovatelé péče (nemocnice, DPS...), je faktor, že v rámci systému záchranných služeb je velká pravděpodobnost, že se na výjezdu vyskytuje pouze jeden zdravotnický záchranář v doprovodu řidiče vozidla RZS, tím spadá všechna odpovědnost na jednu osobu. Záchranáři mají možnost si telefonicky dovolat asistenci lékaře, pokud nebyla od začátku indikována (což v situacích zástavy oběhu převážně bývá). Jeho příjezd je však ovlivněn tím, jestli není lékař zrovna u jiného pacienta, což se v posledních letech, kdy je na ZZS nedostatek lékařů, stává pravidelně. Potom trvá minuty, někdy desítky minut, než pomoc dorazí na místo. Záchranář se s lékařem může poradit i telefonicky, o tom se však respondenti zmiňovali minimálně. V takových podmínkách je tedy záchranář nucen vzít všechnu odpovědnost rozhodnutí na sebe a později nést následky. S každým rokem však přibývá výjezdových skupin, kde je místo řidiče také zdravotnický záchranář, tam jsou pak na výjezdu dva zdravotníci. V takové situaci se dle výpovědí často radí o postupech a o tom, jak nejlépe zvolit metody péče pro pacienta.

## **Kompetence**

Záchranné služby, podobně jako celý zdravotnický sektor, trpí nedostatkem personálu. Největší nouze v organizacích, kde probíhal výzkum, je patrná na pozicích lékařů. Záchranné služby v České republice fungují na principu rendez-vous (setkávací systém) a pokud tak to zdravotnické operační středisko vyhodnotí, na výjezd vysílá nejen posádku vozu RZP (rychlé zdravotnické pomoci), ale i RV (rychlá lékařská pomoc). Jen

lékař má v kompetencích stanovit smrt pacienta a případně zastavit KPR a prohlásit jí za neúspěšnou. Tato oblast se v rozhovorech odrážela i v oblasti proveditelnosti DVP. Zdravotníci záchranáři, se kterými proběhl rozhovor, se zmiňovali, že mají postupy, jak při zástavě oběhu pacienta postupovat a bez lékaře by mohli mít problém si troufnout ukončit, či nezačít KPR na základě objevení, či přítomnosti DVP. Tyto kompetence a rozsah pracovní náplně jsou jasně dané a nepanují v nich nejasnosti, ale v některých situacích mohou být pracovní postupy v rozporu s morálním a etickým přesvědčením zachraňujícího, či blízkých osob pacienta.

*„Když se dostanete do rodiny, kdy má pacient zjištěné onkologické onemocnění, tak je to očekávané úmrtí. V případě našeho zásahu, když nám ta rodina to přání nedá, my musíme KPR zahajovat. Mně jako záchranáři je to proti srsti. Nemůžu ale jinak, pokud nejsou jisté známky smrti.“*

*„Máme indikace, kdy nezačínáme KPR, ale to jsou v podstatě jen jisté známky smrti. V jiných případech začít prostě musíme. Myslím si, že k těmto pacientům by měli jezdit lékaři.“*

V následujícím prohlášení je popsána situace, kdy je zjevné, že rozhodování zdravotnických záchranářů je v případech resuscitace velmi jednoznačně omezené, a kromě výjimek ji zahajují ve většině případů: *„Zažil jsem, že si rodina nepřála zahajovat KPR, ale my máme nastavené postupy, podle kterých musíme postupovat, i když je to neetické. To znamená, že když nemáme lékaře, který by mohl rozhodnout, my musíme KPR zahájit, to je pro mě citlivá situace a setkávám se s tím.“*

*„Někdy jezdíme a jen „zaléčujeme“ na místě (bolest, zavodnit...). Je citlivá situace, když na místo přijede RZP, je vyhodnocena výzva ZOS ohledně zhoršení stavu pacienta a rodina má požadavek zachránit svého blízkého. Potom se může stát, že i přesto, že pacient je očividně v terminálním stadiu, musí naše následná činnost být podle našich protokolů a s případným zastavením léčebných postupů musíme čekat až na příjezd lékaře nehledně na požadavky rodiny a blízkých osob.“*



## Aktuálnost a důvěryhodnost DVP

V kapitole o názorech respondentů byl zmiňován strach, který může být mimo jiné způsoben velkou mírou odpovědnosti za rozhodnutí, zda DVP respektovat. Respondent považuje za riskantní respektovat DVP a mluví o nejistotě pravosti dokumentu.

Respondent nejdříve, jak již bylo uvedeno v dřívější kapitole, uvedl: *„Já mám osobní problém, kdybychom přijeli do takové situace a někdo z rodiny tam vytáhne nějaký papír, o kterém ani nevíte, jestli to je originál nebo není. Obzvláště v dnešní době plagiátorství... Já bych se na to asi nespolehal a radši šel do toho průšvihů, že to respektovat nebudu. Začal bych poskytovat péči a nějaký papír bych neřešil.“*

Poté situaci rozvedl: *„Přijde mi to jako takové balancování na hraně, kdy se v jednu chvíli prostě musíte rozhodnout dobře nebo špatně... Buďto to dopadne dobře nebo špatně. Ale spolehat se na jeden papír, těžko říct...“*

Rozhovor s respondentem pokračoval v duchu tématu strachu, kdy dále uváděl, že si není jistý, jak by měl poznat platnou verzi dříve vysloveného přání, a že jde o velké rozhodnutí na to, že je uděláno na základě „kusu papíru“. Když by dotázán, na základě jakých podmínek by se odvážil přání respektovat, uvedl:

*„Jako určitě je velký rozdíl, když ten pacient bude 25letý nebo 90letý. A pokud by tam ten papír byl, tak bych k němu chtěl třeba souhrn diagnóz, abych viděl, jak se přání odráží v aktuální anamnéze. Když by mi někdo předal papír, kdo mi zajistí, že to je originál? Je to asi spíš věc právníků, s DVP pracovat, to je blbý vnitřní pocit. To je jako dřív, když byly papíry o hmotné nouzi a místo pojištění měli jen toto, ale mě popravdě nějaký papír na výjezdu nezajímá.“*

Z respondentova vyjádření je zjevné, že je pro něj důležitá jistota v rozhodování o respektování DVP, a že napomáhajícím faktorem by mohly být doplňující informace, například anamnéza pacienta popsaná na aktuálních lékařských zprávách.

Odpovědí dotazovaného si dovolím otevřít navazující téma, které bylo v předešlé citaci zmíněno. Téma, které se opakovaně objevovalo v rozhovorech, byla důležitost věku v návaznosti na respektování DVP.

## Vztah mezi věkem pacienta a ochotou respektovat DVP

Čtyři odpovídající zmiňovali, že na výjezdu v situaci obsahující DVP by v jejich rozhodování hrál důležitou roli věk a anamnéza pacienta. Výpovědi se převážně týkaly respektování dříve vysloveného přání o nezahajování KPR. Zmiňovaly, že pokud by bylo nutné rozhodnout, jestli respektovat přání, bylo by pro respondenty snesitelnější, kdyby pacient byl vyššího věku a v osobní anamnéze měl nevyléčitelná onemocnění. V tu chvíli by pro ně bylo jednodušší respektovat přání, protože se s ním dokáží ztotožnit na základně vlastních etických preferencí. Návaznost věku a diagnóz na ochotu pokračovat v život zachraňujících úkonech záchranné služby zmiňovali následující:

*„O věk pacienta mi rozhodně jde, když jde o rozhodování, co dál.“*

Na otázku, zda by pro odpovídajícího bylo psychicky náročné zachraňovat někoho, u koho je velmi nízká šance na zotavení, či z nějakého důvodu by mu to připadalo neetické odpověděl...: *„Je to práce, na druhou stranu nevím. Nechápu proč bychom měli resuscitovat 90letého člověka, když víme, že to pro něj nemá žádný prospěch.“*

O věku se zmiňoval další: *„Pak se dostáváme do protipólu té mladší generace. Mám pocit, že nic nesnesou, žádný tlak. Kolikrát jedeme na výjezdy, kdy 12letá slečna bere antidepressiva. U mladých lidí si myslím, že DVP není na místě. Dá se jim pomoci ambulantní péčí či medikací, ale u mladých lidí, pokud tam zase není rakovina, to aktuální není.“*

## Předávání pacienta

Další z připravených otázek, na kterou měl výzkum odpovědět, zjišťuje, jak funguje práce s DVP při předávání pacienta z jiného zařízení a kdy je záchranná služba využita jako bezpečný transport do jiného zařízení. Situace byla zkonkretizována na pacienty, kteří dlouhodobě využívají lůžkovou péči domovů pro seniory, jejich stav se zhorší a je nutné je převézt s pomocí asistence zdravotnické záchranné služby do nemocnice.

Na základě výpovědí dotazovaných je tato situace velice běžná, ale DVP v ní nehrají roli. Údajně se záchranná služba soustředí spíše na bezpečný transport pacienta a

případné zajištění jeho funkcí a pokud má pacient DVP, pouze ho převáží v rámci celé zdravotnické dokumentace, kterou si přebírají od zaměstnanců DPS a dopravují jí s pacientem do nemocnice. ZZS ani její zaměstnanci nekladnou na DVP při předávání pacienta zvláštní důraz.

Tato situace se týká pacienta, jehož stav se zhoršil, ale probíhající příznaky zhoršení se netýkají přání, které vyslovil. Například pokud je pacient v terminálním stavu a nepřeje si případné ožívování, je zodpovědnost ústavu, kterého služby pacient využívá, aby o přání věděl a aby jeho pracovníci v situaci zástavy rozuměli, jak s pacientem nakládat a jak postupovat, aby jeho přání respektovali. V těchto situacích tedy zdravotnická záchranná služba nefiguruje a pokud ano, jsou voláni při zhoršení stavu a zaměstnanci DPS by měli ihned informovat výjezdovou skupinu o tom, že pacient má DVP.

## 8.6 Vzdělávání

Vzdělávání byla kategorie, která byla probírána stručně. Ani jedna z organizací nemá žádnou formu vzdělávání týkajícího se dříve vyslovených přání, paliativní péče či rozhodování na konci života.

Vzdělávání v organizacích převážně obsahuje kurzy a přednášky o urgentní medicíně – KPR, ALS (advanced life support), traumata, farmakologie, hromadná neštěstí a další oblasti, se kterými by se záchranáři a lékaři mohli setkat v praxi. Respondenti však zmiňovali i jednorázové kurzy o etice, psychické obtížnosti a supervizi.

*„Naše vzdělávání se převážně týká traumat, ALS, ale máme třeba právě ten SPIS, který nám dělá školení na to etická témata. Máme školení od organizace Efekt plus, kdy nás učí psychologové, mají různé zaměření. Šlo třeba o stres v práci, syndrom vyhoření, ale i o péči s paliativními pacienty. Učili nás, jak jednat s těmito pacienty. Prošli tím všichni zaměstnanci a je to velice dobrá možnost. Paliativní pacienti jsou totiž stresoví pro záchranáře i jejich rodiny.“*

*„Ano, jezdíme na kurzy, ale ne ohledně tohoto (DVP). Jednou jsme tu od naší právničky měli nějaký rozbor těch dokumentů, co se týče DVP, to je asi 5 let zpátky.“*

Vedoucí lékař pro vědu, výzkum a odborný garant vzdělávání jedné z organizací uvedl, že formu vzdělávání v oblasti DVP nemají, ale plánují jí na další období: *„Tato věc je jedním z témat, které je plánované pro vzdělávání lékařů a záchranářů v příštím pololetí a v dalším roce, takže se těmito tématům chceme věnovat. Zatím ale nemáme žádnou oficiální formu vzdělávání ani dokumentace.“*

Po specifikaci plánů vzdělávání v organizaci odpovídající uvedl, že sám management organizace vnímá potřebu se tomuto tématu věnovat:

*„Nápad se tomu věnovat je můj a kolegyně, která je vedoucí vzdělávání. Tak je to jedno z témat, která určitě nechceme vynechat. Máme pocit, že s ním lidé neumí příliš zacházet, pokud by se s tím setkali. I v širším kontextu chceme obecně s tématem omezení péče a paliativního plánování a podobně pracovat. Podle mě s tím moc lidí neumí pracovat, protože ty situace jsou velice obtížné, takže proto to chceme zvolit jako téma k vzdělávání.“*

Vzdělávání organizací je řízeno managementem a odděleními organizace zaměřenými přímo na vzdělávání. Témata pro výuku jsou zavedena na základě aktuální potřeby a na nutnosti procvičovat některé postupy, například KPR, a preventivně nacvičovat situace, které mohou nastat a je potřeba se na ně připravit (například hromadné neštěstí).

## **8.7 Další nástroje pro práci s DVP**

V rozhovorech se objevovaly informace o dalších nástrojích pro práci s pacienty, kteří jsou v paliativním režimu, mají DVP a podobně. Záchrané služby úzce spolupracují s organizacemi, které se věnují paliativní péči a plánování. Organizace vnímají růst v zájmu o paliativní péči ve veřejnosti.

Součástí výbavy sanitních vozů jsou letáčky, které obsahují čísla do nemocnic, ale i na organizace poskytující paliativní péči, či psychologickou pomoc. Tyto letáčky jsou poskytovány příbuzným a blízkým osobám pacienta potom, co je odvezen ZS.

Záchrané služby mají také zavedený SPIS – systém psychosociální intervenční služby. Jedná se o systém vyškolených zdravotníků, buďto externě, nebo ti, kteří jsou součástí organizace. Jsou vyškoleni k poskytování první psychické pomoci, k podpoře

zdravotníků, kteří čelí stresu a traumatickým událostem ve své praxi, ale i zasaženým lidem například svědkům nehod, či blízkých zemřelých. Na získání certifikace je potřeba deseti denní kurz. Tento systém se dokonce stal součástí zákona 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě a je povinný pro poskytovatele záchranných služeb (SPIS, 2022).

## 8.8 Návrhy

Ve finálních fázích rozhovorů jsme se nejčastěji věnovali nápadům a návrhům, jak by se dala zvýšit proveditelnost v praxi zdravotnické záchranné služby. Dotazovaní své odpovědi často směřovali do oblastí, na které se práce nezaměřuje. Zmiňovali zvyšování povědomí veřejnosti, nutnost většího počtu lékařů ve výjezdových skupinách, kvalitnější práci praktických lékařů a podobně.

Praxe v organizacích se však týkal návrh, který se opakoval u více respondentů – zvyšování kompetencí zdravotnických záchranářů. Ti vnímají, že jejich kompetence by mohly být vyšší v situaci, kdy je obtížné rozhodovat sám za sebe, i když paradoxně na výjezdech většinou sami bývají. Konkrétně se jedná o kompetenci diagnostikování úmrtí a zástavy záchranných akcí. Záchranáři vnímají, že díky nedostatku personálu se již jejich kompetence zvyšují a pravděpodobné je, že se kompetence i nadále budou rozšiřovat do různých oblastí jejich práce.

*„Já si myslím, že vzhledem k nedostatku lékařů, tak to vše směřuje ke zvyšování kompetencí NLZP, jako zaléčování, ponechání na místě. To zatím jde jen po telefonické konzultaci. Není vyloučené, že by to bylo dobré a bylo by to řešení situace. Pokud by ta indikace byla jasná, zdokumentovatelná a na základě důkazů (aktuálních zpráv z nemocnic), zjistili bychom selhání životních funkcí, pak bychom mohli nezahajovat KPR, to by bylo dobré.“*

*„V případě, že jsem si jistý úmrtím, pomocí EKG a poslechu, nemyslím si, že je nutné volat lékaře. V tomhle případě by bylo na místě rozšířit kompetence, lékařů je málo, kompetence se budou navyšovat a zabraňovalo by to nějakým nepříjemnostem.“*

Jeden z respondentů zmiňoval, že o zvýšení kompetence nestojí, je to velká zodpovědnost, kterou mají na starosti lékaři a sám by touto zodpovědností nechtěl záchranáře zatěžovat.

Další dotazující chce proveditelnosti dosáhnout větším povědomím a podporou zdravotníků: *„A v rámci organizace je určitě potřeba aby všichni zdravotníci měli povědomí o tom, o co se v zásadě jedná, co to DVP je a jakým způsobem s ním pracovat a jako toho mají využít. A aby se nebáli využívat těchto znalostí hlavně lékaři a aby „nelékaři“ věděli, že pokud na něco podobného narazí, mají se obracet na lékaře a informovat se v rámci telefonické konzultace, prostě by se neměli rozpakovat. A hlavně chceme úporně vnímat, že se pacient nějak rozhodl a my to chceme respektovat a nemít tendence korigovat to jednání v nesouladu s tím dříve vysloveným přáním, jenom proto, že nám se to třeba nelíbí.“*

Poslední zmiňovaný návrh se týkal možnosti nelékařských zdravotnických pracovníků sepsat DVP v prostředí výjezdu.

## **9. Faktory ovlivňující proveditelnost DVP**

Dle rozhovorů a práce na případové studii považuji za důležité zmínit několik témat, která se přímo neobjevila v rozhovorech, ale vyvstala z řešených témat nebo na základě získaných informací. Vnímám, že by mohla ovlivnit proveditelnost DVP v praxi záchranné služby.

### **9.1 Důvěra v organizaci**

Důvěra mezi pracovníky, kteří jsou součástí výjezdových skupin a managementem organizace se opakovaně objevovala jako důležitá součást proveditelnosti přání v praxi ZZS. Rozhodnutí o DVP je samo o sobě velice těžké i za vhodných podmínek, situace se komplikuje, pokud zdravotník v situaci nerozumí DVP, či se v rozhodnutí cítí sám. Proto se zdravotníci mohou bát respektovat přání pacienta. Díky fungující důvěře, kdy bude organizace používat vhodné metody a podporovat personál, zdravotníci budou moci cítit, že na rozhodování nejsou sami. Pokud by došlo ke stížnosti či právnímu řešení vzniklé situace obsahující DVP, budou si jisti, že se na organizaci mohou spolehnout a že je zaštití.

Pokud systém spolupráce a důvěry v organizaci nefunguje, může zhoršovat proveditelnost přání, protože se pravděpodobně bude zvyšovat nejistota zdravotnických záchranářů a lékařů na výjezdu.

## 9.2 Znalost

Znalosti různých oblastí přináší jistotu v práci s nimi. Proveditelnost DVP v praxi ZZS ovlivňuje informovanost a znalost zdravotníků DVP, jeho forem, podmínek plnění, respektování a platnosti. Byla zřejmá větší jistota a orientace v tématu u zdravotníků pracujících v organizaci, kde mají více nástrojů na práci s DVP a kde jsou tyto nástroje součástí adaptačního procesu každého pracovníka (vzdělávání, dokumentace). V situaci, kdy se mezi pacienty začne navyšovat počet DVP, se kterým se poskytovatelé záchranné služby budou setkávat, se dá předpokládat, že záchranář, který ví, co DVP je a jak s ním pracovat, bude s DVP nakládat efektivněji a s větší jistotou než zdravotník, který se s tímto institutem setká poprvé.

Při získávání znalostí zdravotníků také může vznikat prostor na nové oblasti a otázky, které doposud nebyly objeveny a nejsou v organizaci ošetřeny. Ty se následně mohou řešit a implementovat do nástrojů organizace.

Z následující výpovědi jednoho z respondentů je zjevná vazba znalostí a jistoty při práci s DVP: *„Nelíbí se mi a mám strach taky třeba z toho, že přijedu k autonehodě a začnu zachraňovat a dozvím se ex post, že nějaké to přání měl a už to bude třeba řešit právník.“*

Tyto pochybnosti jsou vzniklé na základě neznalosti tématu, mohly by být vyřešeny při zjištění, že nepřítomnost DVP na místě výjezdu je dostatečnou indikací k tomu, že ho zdravotnický záchranář ani lékař nemusí respektovat. Další z respondentů také nebyl informován, že DVP je již časově neomezené, tyto neznalosti mohou zvyšovat nejistotu při práci s DVP.

## 9.3 Konkrétní postupy a nástroje

Záchranáři a lékaři mohou také najít oporu a jistotu pro práci s DVP v dobře vytvořených nástrojích a v jasně a detailně stanovených postupech. Pokud budou

dokumenty a vnitřní předpisy popisovat možné problémové oblasti a budou jasně uvádět možná řešení a návody na práci s DVP, může to zvyšovat jejich jistotu v tom, jak postupovat a jak provádět DVP.

## **10. Touchpoints**

V rámci analýzy a studia odborné literatury týkající se tématu dříve vyslovených přání budou v následující kapitole definovány tzv. body střetu (dále touchpoints). Jedná se o kolize různých řešení problematiky proveditelnosti DVP v praxi zdravotnické záchranné služby. Kvůli tomuto střetu pohledů na situaci obsahující DVP není možné stanovit pouze jedno vhodné a aplikovatelné řešení. Tyto body mohou vyvolávat nejistotu v praxi záchranářů a otázky, které řešení je pro pacienta nejvhodnější a mohou snižovat efektivní proveditelnost v praxi.

### **Zaznamenané touchpoints:**

- Zástupce X pacient
- Rozdílné pohledy na problematiku v oblasti etiky
- Status služby ZZS X hodnoty DVP
- Vnitřní předpisy organizací a předávání pacienta
- Zájem o téma DVP
- Etický pohled X praxe ZZS



## 10.1 Zástupce X pacient

Tento touchpoint zahrnuje možnost dříve vysloveného přání stanovit si zástupce, který bude v době případné neschopnosti pacienta rozhodovat za něj. Jedním z nejtěžších momentů života se mohou stát právě ty, kdy je zjištěna diagnóza těžkého onemocnění, nebo se stane vážná nehoda milované osoby. Osoba rozhodující za pacienta v budoucnosti je většinou určena předem, proto situace, do které se zástupci dostanou, když se pacientův stav rapidně zhorší, může být velice stresová, a i přes předchozí informace může šokovat. Zástupci se s těmito zdrcujícími informacemi musí nejen srovnat, ale často musí pohotově čelit rozhodování týkající se léčby (příp. jejím průběhu, změně, zastavení). Tento proces vyžaduje komplexní rozhodování. Což je však ztíženo časovou tísní a tlakem na vhodné rozhodnutí. Dalším faktorem stresu je pro zástupce i medicínské prostředí, které je pro ně velice zastrašující, neznámé a neosobní. Pokud plánování na sklonku života není promyšleno a vhodně zkonzultováno předem, rodina i blízké osoby pacienta často čelí velmi stresovému rozhodování o léčbě a dalších krocích v časovém tlaku v průběhu péče o umírající osobu a rozhodování je ovlivněno kompromisy a nepožadovanými okolnostmi (Rogne, 2013).

Obvodní lékaři a zdravotníci by si měli být vědomi tří dilemat spojených s úlohou osoby určené k rozhodování za pacienta (dále zástupce). Prvním je, že zdravotník, pacient, i samotný zástupce mohou mít na roli zastupování při rozhodování o léčbě v případě neschopnosti pacienta jiný pohled. Někteří pacienti chtějí, aby zástupce vyjadřoval jejich konkrétní vůli a názory. Další zastávají stanovisko, že zástupce je spíše nezávislý na vůli pacienta a pokouší se rozhodovat, jak uzná za vhodné za konkrétních podmínek. Druhým problémovým ukazatelem je, že se potvrdilo, že rozhodnutí zástupců se často neshoduje s rozhodnutím pacientů. Většinou souhlasí s více invazivní léčbou, než pro kterou by se rozhodl pacient sám. Třetím dilematem, které by zdravotník měl vzít v potaz, jsou rozdílné názory a vjemy zástupců pacienta. Je velmi důležité odhalit motivaci pro rozhodnutí, které zástupce činí a jestli je opravdu pro benefit pacienta.

Zástupci a rodina pacienta se dostávají do velkého stresu a mohou cítit velkou tíhu odpovědnosti za rozhodnutí, která činí. Obzvláště, pokud jejich slova mohou ukončit léčbu, a to povede ke smrti jejich blízkého. Názor zástupců na jejich roli se také může

změnit pod tlakem kritické situace, či při čelním střetu s realitou smrti jejich milované osoby (Emanuel, 2008).

## **10.2 Rozdílné pohledy na problematiku v oblasti etiky**

Etika zdravotnické práce pro zdravotnické profesionály může být zavádějící a matoucí. Každý jedinec má pohledy na situace jiné a co se jednomu zdá humánní je pro jiného zločin proti lidskosti. Příklad Margo (v kapitole Etika) je velmi dobrým příkladem toho, jak se na pacientův stav dá pohlížet z více úhlů. Situace může být komplikovaná z hlediska etiky v oblasti aktuálnosti, informovanosti a srozumitelnosti. Je nejasné, kdy se dá předpokládat, že je DVP neaktuální a pacient by si již zvolil jinou cestu (např. při vynálezu nové léčby, či změně situace). Toto rozhodnutí přináší na záchranáře velkou zodpovědnost a tímto i nadměrnou míru stresu do již velmi vypjaté situace na výjezdu. Dále se může jednat o případ pacientky v pokročilém stavu demence, která nyní souhlasí s léčbou a převozem do nemocnice i přesto, že před roky vyslovila přání o nepokračování léčby při postupu nemoci do terminální fáze. Mohla vytvořit DVP, že v této situaci chce dožít doma a nebýt převážena do zdravotnických zařízení a ZZS jí při zhoršení stavu zavolal příbuzný, protože se nesmířil s představou smrti milované osoby. V této situaci je rozporuplné, zda si pacientka v pokročilé fázi nemoci (i když si nejspíše není vědoma následků svého rozhodnutí) zaslouží zachování své nově získané osobnosti (nově získané postupným zhoršováním stavu demence), či je důležité respektovat kompetentní rozhodnutí pacientky před změnou jejího stavu.

## **10.3 Status služby ZZS X hodnoty DVP**

Významným bodem střetu je kladení nároků na záchrannou službu, které jsou z jistého úhlu pohledu neslučitelné s posláním ZZS. DVP pacientů požaduje změnu, či pozastavení postupů, léčby a vyžaduje jejich respektování. Poslání zdravotnické záchranné služby je stručně poskytnout první pomoc, stabilizovat a převést pacienta do dalšímu případnému poskytovateli péče. Většina webových stránek zdravotnických záchranných služeb obsahují mota, náplň práce, či cíle organizace. Ty se ve většině případů odkazují právě na zákon č. 374/2011 Sb. a na to, že poskytují PNP.

Webové stránky ZZS kraje Vysočina citují Ing. Vladislavu Fialovou: „Chceme Vás přesvědčit, že všechno, co děláme, podřizujeme jedinému cíli – profesionální záchraně Vašich životů a zdraví (Fialová, 2022).“

Web ZZS Karlovarského kraje uvádí, že organizace zajišťuje PNP a pomáhá v kritických situacích na záchraně zdraví a životů lidí. Dále se odkazuje na činnost organizace ve spojitosti se zákonem 374/2011 Sb., kdy poskytují PNP osobám, které mají „náhle vzniklé onemocnění, úraz, který by mohl vést k náhlému selhání některé ze základních životních funkcí lidského organismu, zhoršení zdravotního stavu, které by mohlo vést až k náhlé smrti, náhle vzniklá intenzivní bolest, náhle vzniklé změny chování a jednání postiženého ohrožující zdraví, život jeho samého či jiných osob“ (ZZS KVK, 2022).

ZZS v Ústeckém kraji naplňuje veškeré úkony: „v rámci garantované věcné a odborné způsobilosti a při dodržování veškerých obecně závazných předpisů i norem nižší právní síly upravujících technické, hygienické, odborné i etické podmínky výkonu poskytování zdravotní péče s přihlédnutím ke specifikům odborné neodkladné péče (ZZS UK, 2022).“

I z těchto zdrojů je zřejmé, že záchranné služby jsou převážně nástrojem ke zdravotnické pomoci a je otázkou do jaké míry mají ve své obtížné práci kapacitu brát v potaz další oblasti. Například respektovat přání pacienta, které je zjevně proti poslání záchranných služeb o záchraně života. Tento faktor se právně nerozporuje s prací záchranářů, může však rozporovat s osobními přesvědčeními a s tím, co je hlavním cílem zdravotnického záchranáře – poskytnout pomoc, zachránit život.

#### **10.4 Vnitřní předpisy organizací a předávání pacienta**

Jak bylo zmíněno v kapitole, která se týkala návrhu zákona z roku 2020, právní úprava DVP v naší zemi nezahrnuje situace, kdy je pacient v péči více poskytovatelů. Ti nemají jasně vyhraničené nároky na předávání informací mezi sebou. Při předání pacienta pracovníky DPS (domova s pečovatelskou službou) záchranné službě může dojít k nechtěnému zamlčení informací. Pokud je pacient v kritickém stavu, který vyžaduje okamžitou intervenci, záchranáři nemají čas si pročítat dlouhé zprávy, kterých jsou složky klientů DPS plné. Pokud není jasně zavedený systém předání informace

v jakékoliv denní době službou DPS, která pacienta předává do rukou ZZS, není překvapením, že si tohoto dokumentu nemusí profesionálně povšimnout, takže ho ani nemusí brát v potaz. K promlčení DVP může nadále dojít v dalším článku řetězce, tj. při předání pacienta záchrannou službou cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče. To už může ovlivnit celý průběh léčby a vést k nezvratným rozhodnutím o pacientovi, který se k této situaci předem vyjádřil jinak.

Dříve vyslovené přání také nemusí být aktuální přímo pro záchranáře na výjezdu. Např. pokud si pacient nepřeje podávání krevních derivátů, nemusí to měnit postupy ZZS v přednemocniční péči. Může to však dále změnit léčbu v nemocnici, kde se na základě této skutečnosti mění plán léčby, postupy, či oddělení příjmu pacienta. Proto pokud nedojde k efektivnímu předávání informací o pacientovi, tato informace může zůstat kriticky dlouhou dobu bez povšimnutí.

## **10.5 Zájem o téma DVP**

Není výjimkou, že záchranáři jsou vzděláváni v tématu DVP minimálně. Jejich znalosti a zájem se na tom adekvátně odrážejí. Tento přístup může velice ovlivňovat provádění DVP, jeho respektování a jeho efektivitu. Přání DNR se stává standardem zdravotní péče a mělo by být začleněno do systému zdravotnických zařízení i do přednemocniční péče. Je velice důležité, aby záchranné služby zavedly zásady a postupy, které adekvátně pracují s opatřeními, aby bylo možné respektovat přání pacienta a nezačít KPR. Právě vnitřní předpisy a systém záchranných služeb by měly reagovat na zájem o dříve vyslovená přání pacientů a s tématem pracovat. Pokud nebudou, opravdu efektivní systém práce s DVP se nikdy nevytvoří a plnit přání nebude možné. Umírající pacienti nadále nebudou mít možnost vyjádřit se v případech, kdy jsou ve stavu bezvědomí, nebude vždy možné zachovávat důstojnost umírání pacientů podle jejich představ. Potom péče bude sloužit pouze k udržení těla naživu a k uspokojení rodiny pacienta, ale již nebude brát v potaz pacientovo sebevyjádření. Proto je důležité, aby vedení ZZS reagovaly na potřebu a s tématem pracovaly (Crimmins, 1990).

## **10.6 Etický pohled X praxe ZZS**

Praxe ZZS je většinou velice těžká, záchranáři se musí rozhodovat správně a pod tlakem různých okolností. Postupy dle etických norem mohou být zavádějící, a dokonce

kolidovat s prací záchranářů. Záchranáři například nemají kompetence na ukončování resuscitace a musí v ní pokračovat vždy, s výjimkou jistých známek smrti. Musí vykonávat resuscitaci a léčebné úkony i v situacích, kdy si to nepřeje rodina, či je zřejmé, že pacientova šance na zotavení je nulová – například z důvodu vysokého věku, či vážných onemocnění. Může být velice obtížné balancovat na hraně vykonávat záchranářskou práci kvalitně, podle vnitřních předpisů a dbát na etickou stránku a na morální zásady pacienty, jeho rodiny ale i samotných zdravotnických záchranářů a lékařů.

## **11. Proveditelnost DVP v praxi ZZS – kazuistika**

Následující kazuistika je nastavená podle informací získaných při výzkumu a rozhovorech s pracovníky. Její detaily jsou fiktivní, jedná se však rámcově o situaci, která byla zmiňována několikrát a obsahuje témata, která respondenti řešili a opakovaně zmiňovali. Právě na ní se pokusím ilustrovat, jak obtížné může být rozhodování na konci života a shrnu téma proveditelnosti DVP v přednemocniční neodkladné péči.

Jedná se o stručný popis situace, ve které se záchranář může ocitnout. Na základě informací získaných při tvorbě práce se dále pokusím popsat faktory, které v této situaci ovlivňují rozhodnutí a proveditelnost DVP v přednemocniční neodkladné péči. Dříve vyslovené přání a jeho ukotvení v zákoně jasně popisují, kdy přání respektovat a kdy to není možné. Existují však skutečnosti, u kterých není jednoduché je popsat a obecně vyřešit.

### **11.1 Kazuistika**

Zdravotnické operační středisko přijímá výzvu od dcery pana XY. Pan XY je 90letý pán, který má zjištěnou rakovinu plic v pokročilém stádiu. Pravidelně za ním dochází dcera, která ho nyní našla na zemi v bezvědomí. To jsou jediné informace, které výjezdová skupina zdravotnické záchranné služby od ZOS přijímá a vyjíždí na místo, tato skupina se skládá z řidiče a zdravotnického záchranáře. Výjezdová skupina s lékařem je nyní u jiného pacienta, proto dorazí později. Při příchodu do bytového domu jde záchranáři a řidiči naproti dcera pana XY, která je od prvního pohledu ve velmi vypjatém stavu, pláče a tahá záchranáře dovnitř do bytu. Již v prvních větách se dcera zmíní, že tatínek nějaké dříve vyslovené přání má, ale že má demenci a psal ho před několika lety. Pan XY leží na chodbě, nereaguje. Posádka začíná zkoumat stav pacienta

(který má zástavu oběhu), dcera mezitím přináší složku zdravotnické dokumentace, ve které je také dříve vyslovené přání, které obsahuje přání neresuscitovat při zástavě životních funkcí v pokročilém stádiu rakoviny. Záchranář stojí před rozhodnutím, jak postupovat dále.

## **Faktory ovlivňující proveditelnost v praxi ZZS – kazuistika**

### **Načasování DVP**

Načasování, kdy se zdravotnický záchranář dozví o dříve vysloveném přání radikálně mění průběh toho, co se může dále odehrávat při práci s pacientem. Situace by mohla být úplně jinak zvládnutá, pokud by dcera přání zmiňovala již při hovoru s dispečinkem ZZS. Ten by informaci dál předal záchranáři (výjezdové posádce) a ten by se na situaci mohl předběžně připravit již při jízdě sanitním vozem na místo. Mohl by o dokumentu vědět a vyžadovat ho hned a potom se rozhodovat, jak bude postupovat dál. V této kazuistice dcera pacienta zmínila přání ještě relativně včas. Pokud by záchranáři započali zachraňující postupy, již by bylo pozdě přání respektovat, protože dle zákona o zdravotních službách 372/2011, § 36: *„Dříve vyslovené přání nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušeni by vedlo k aktivnímu způsobení smrti. (Česko, 2011).“*

### **Informace od ZOS**

Výjezdová skupina má minimálně informací o pacientovi, když přijíždí na místo. Ví pouze, jak se pacient jmenuje, kolik mu zhruba je let a co se akutně děje, případně diagnózu rakoviny. V této kazuistice nemají žádnou další informaci. Situace by mohla proběhnout jinak, pokud by posádka jela k pacientovi v terminálním stadiu se zástavou životních funkcí, který má DVP. V takové situaci by se pouze ověřila pravost a aktuálnost dokumentu a kazuistika by mohla směřovat jiným, možná klidnějším směrem. Proto je zásadní, co volající sdělí a co ZOS vyhodnotí jako důležitou informaci a předá to výjezdové posádce. Je velký rozdíl mezi výjezdem k 90letému pánovi s akutní zástavou životních funkcí a k pacientovi v 90 letech, který je v terminálním stádiu, nepřeje si resuscitovat a má to právně doložené platným DVP.

## **Aktuálnost a okolnosti zdravotní dokumentace**

Pokud byla informace a dokument předány posádce včas, dalším faktorem ovlivňujícím proveditelnost je zvážení aktuálnosti přání. Záchranář se ve velkém časovém tlaku musí rozhodnout, zda nastala situace, kterou by pacient v době psaní nemusel předpokládat a dá se tedy usoudit, že by se nyní rozhodnul jinak než v době, kdy přání vytvořil. V této situaci by mu mohla být nápomocná zdravotnická dokumentace pacienta, která často (obzvláště u polymorbidních pacientů) je velice obsáhlá a často i neaktuální. Proto záchranář může čelit probírání se dokumentací a hledání té aktuální, jejího čtení a posuzování aktuálnosti DVP.

## **Pravost dokumentu**

Na aktuálnost dokumentu navazuje jeho pravost, kdy záchranář musí znát náležitosti a kontroluje, že se jedná o dokument správně vytvořený a tedy platný – stvrzený úředně ověřeným podpisem, obsahujícím všechny náležitosti. Tak činí s vědomím, že pokud by se jednalo o neplatné přání, tak by záchranář mohl postupovat nesprávně a není ani právně krytý dokumentem.

## **Dcera**

Příbuzný a blízké osoby jsou v situaci velice zásadní proměnnou. Dcera v kazuistice ovlivňuje proveditelnost na více úrovních. Je osobou, která volá záchrannou službu s nějakým požadavkem, a s informacemi, proto je zásadní, co sděluje a jaké informace předává. Dalším faktorem jsou osobní názory dcery, proto pokud má rozdílný pohled na situaci pacienta než pacient sám, může se stát, že může i nechtěně zatajit přání úplně. Dcera může situaci bagatelizovat a komplikovat nepřesnými informacemi (sdělování toho, co tatínek chce a nechce, jak na tom je...). Dcera je dále v situaci tím, kdo přináší záchranáři dokumentaci pana XY a je také důležité, zda dodá všechnu potřebnou a aktuální, ale nezahalí záchranáře velkým množstvím nezorganizované dokumentace, ve které bude velice těžké hledat aktuální informace o panu XY.

Je pochopitelné, že rodinní příslušníci také mají nárok na své názory a dcera je pod velkým tlakem, kdy byla svědkem neštěstí a možného úmrtí tatínka. Výjezdová skupina také netuší, jak bylo s pacientem a rodinou pracováno dlouhodobě z hlediska paliativní péče a přípravy na odchod blízkého. Jestli si dcera uvědomuje blížící se úmrtí tatínka,

její chování k posádce může být jednoduše příznakem akutní stresové reakce. Dcera může také pociťovat zodpovědnost za to, že pokud by přání podpořila a nechala záchranáře jej respektovat, nepřímo by přispěla ke smrti svého tatínka, a to může být velice silným faktorem v rozhodování a chování příbuzných.

### **Pan XY**

Dalším, ne tolik zjevným faktorem je pan XY a okolnosti této situace a jeho stavu a DVP. Důležitá mohou být v kazuistice i fakta jako jaký je vztah mezi panem XY a jeho dcerou, do jaké míry informoval rodinu o svém stavu a o svých rozhodnutích a budoucích plánech, které mimo jiné zahrnovaly i dříve vyslovené přání. Na těchto informacích se totiž může odrážet reakce a rozhodování dcery. Pokud by jejich komunikace byla dobrá a vztahy blízké, dcera by opravdu mohla být na tuto situaci připravena a mohla by přesně vědět, jak se v této situaci zachovat, případně interpretovat přání tatínka.

### **Postupy záchranné služby**

Postupy a vnitřní předpisy záchranné služby jsou jasně dané. V této situaci, záchranáři zpravidla musí zahájit zdravotní úkony, jako KPR. Jelikož se v situaci nejspíše jedná o zástavu oběhu, nemohou čekat, diskutovat s dcerou, ale měli by zahájit postupy jim známé, pokud jim předem nebylo předáno DVP. A i v té situaci je otázkou, zda se během pár vteřin záchranář rozhodne dobře o platnosti a aktuálnosti dokumentu, pokud úkony započne, již je bez rozhodnutí lékaře nemůže ukončit. Proto v kazuistice a v tom, co možná následuje dál, nevzniká v podstatě žádný prostor na rozhodování nejen z hlediska času, ale také kompetencí záchranářů, kteří bez DVP a bez jasných indikací nemohou přerušit úkony k záchranně pacienta.

### **Lékař**

Jelikož jen lékař záchranné služby stanovuje smrt, je v situaci důležitým aktérem, který pokud by byl přítomný, může zvážit situaci a případně ukončit resuscitaci. Jsou také s řidičem – záchranářem dalšími pomocníky do situace, kdy mohou být efektivně rozděleny role a vzniká prostor na to, aby se opravdu někdo mohl s dcerou bavit a zjišťovat okolnosti zástavy a případné nezahájení zachraňování. V této situaci je však lékař nepřítomen, proto se na něj s rozhodnutím čekat nemůže.



## **Etika**

Etická dilemata prolínají celou tuto kazuistiku. Záchranář se rozhoduje na základě vlastních etických a morálních hodnot, ale měl by pracovat v nejlepším prospěchu pacienta, což může být velice těžké vyhodnotit. Záchranář čelí rozhodnutí, zda zachraňovat velice starého člověka se špatnou prognózou na budoucí život a s tím, že by panu XY možná jen prodlužoval trápení. Dcera také může mít jiné přesvědčení a přinášet do situace chaos.

## **Zodpovědnost za rozhodnutí**

Obrovským faktorem je zodpovědnost, kterou v této situaci záchranář má. Na situaci je v podstatě sám a čelí tlaku ze strany časové tísně, organizačních postupů, pravosti a aktuálnosti dokumentu, naléhající dcery a nutnosti správně se rozhodnout. Rozhodnutí ovlivňuje i jeho znalost problematiky a důvěra ve vlastní organizaci, že v situaci je sice sám, ale organizace by se za něj případně postavila a podpořila jeho rozhodnutí (pokud by bylo právně správně), došlo-li by k následným komplikacím. Nejedná se o rozhodnutí, které se dá následně změnit, je to finální rozhodnutí, ve kterém se rozhoduje o životě pacienta. Nehledně na zkušenosti záchranáře a na to, že jeho zaměstnání je velice stresově náročné a sám může být nervózní a pod tlakem. Otázkou je, do jaké míry můžeme očekávat, že záchranář vezme v potaz všechny tyto faktory a během zlomků vteřiny se rozhodne správně.

## **Čas**

V neposlední řadě je nutné zmínit čas, který je proměnnou v podstatě ve všech již zmíněných faktorech. Vteřina za vteřinou se snižuje pravděpodobnost, že bude pan XY zachráněn a budou obnoveny jeho životní funkce bez následků. Záchranář na situaci nebyl v podstatě nijak připraven, měl minimální informace, i přesto však je tím, kdo rozhoduje a životě pana XY a jeho případné záchraně.

## IV. Diskuse

Teoretická část práce ukotvuje dříve vyslovená přání z pohledu jejich vzniku, právní úpravy v ČR a ve světě, nároků na poskytovatele péče o pacienta, z hlediska praxe ZZS a etiky. Výzkumná část této práce zkoumá téma proveditelnosti dříve vyslovených přání v praxi. Je konstruována kvalitativně, formou případové studie. Jejím cílem je prozkoumat, za jakých podmínek se může zdravotnická záchranná služba stát funkčním aktérem v praxi rozhodování v závěru života a v situacích obsahující dříve vyslovené přání. Je zaměřena na dvě organizace – Zdravotnickou záchrannou službu Středočeského kraje a Zdravotnickou záchrannou službu kraje Vysočina. Výzkum byl vytvářen pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky organizací a v druhé části analýzou prostředků pro práci s dříve vyslovenými přáními pacientů – vnitřních předpisů, organizační dokumentace a nástrojů pro vzdělávání zaměstnanců. Rozhovory probíhaly se zaměstnanci managementu, s lékaři a se zdravotnickými záchranáři. Záměrem rozhovorů bylo zjištění zkušeností, názorů, návrhů a celkového pohledu na proveditelnost dříve vyslovených přání v praxi ZZS. Analýza nástrojů organizace sloužila ke zjištění stavu připravenosti organizací na DVP pacientů, k hlubšímu pochopení problematiky a k identifikování faktorů, které zvyšují efektivitu práce s pacienty, kteří mají DVP.

Metodologie zvolená pro práci se potvrzovala být vhodnou, detailně pomáhala zkoumat problematiku u konkrétně zvolených respondentů a organizací. Zvolení právě dvou organizací mohlo být zavádějící a působit, že práce bude zjištění porovnávat mezi sebou, ale sloužilo k hlubšímu pochopení problematiky. Úskalí zvolené metodologie vnímám v tom, že zjištěné informace a následující doporučení není možné generalizovat do širšího kontextu záchranných služeb, ale je aplikovatelné pouze na konkrétní subjekty.

Praktická část pomohla prohloubit chápání problematiky dříve vyslovených přání v přednemocniční neodkladné péči a v kombinaci s informacemi zjištěnými z teoretické části identifikovat body střetu – touchpoints. Momenty, kdy se názory, teorie a praxe střetávají a kde není jednoznačné řešení. Právě tyto momenty komplikují proveditelnost dříve vyslovených přání v PNP. Mezi zaznamenané body střetu patří kolize pohledu zástupce a pacienta, rozdílné pohledy v oblasti etiky, status služby ve střetu s hodnotami

DVP, organizační předpisy v kontextu předávání si pacienta mezi sebou, etický pohled ve střetu s praxí ZZS a zájem o téma DVP. Kromě touchpointů vyvstaly i další oblasti a faktory komplikující práci s DVP v praxi ZZS.

Dále považuji za důležité zmínit, že hlavním dříve vysloveným přáním, které se potvrdilo být aktuální pro praxi ZZS a práce s ním pracuje v hojné míře je přání neresuscitovat – DNR. Na základě odborné literatury v kombinaci s rozhovory bylo potvrzeno, že kromě výjimek je jedinou formou přání pacientů, která je pro práci zdravotnických záchranářů a lékařů ZZS aktuální. Je pravda, že dříve vyslovená přání nejsou v podstatě nijak obsahově omezena, ale právě kromě DNR se většinou týkají dlouhodobějších plánů péče, či obsahují specifické úkony a léčbu, která není v kompetenci zdravotnické záchranné služby. Ta je konstruována na tzv. rychlou pomoc a stabilizaci pacienta a má omezené možnosti pomoci pacientovi v prostředí výjezdu. Přání, která by se mohla stát v budoucnosti také aktuální v praxi ZZS jsou ta týkající se podávání krevních derivátů a transfuzí. Tato přání jsou charakteristická pro členy náboženské skupiny Svědkové Jehovovi, kteří odmítají přijímání jakékoliv formy krevních derivátů z náboženských důvodů. Jedinou záchrannou službou v ČR, která zatím pracuje s transfuzemi v přednemocniční neodkladné péči, a tím pádem by jí tato přání mohla ovlivňovat, je Zdravotnická záchranná služba Královehradeckého kraje v rámci projektu RABBIT (rapid administration of blood by hems in trauma) (Novák, Truhlář, 2020).

V úvodních fázích práce tohoto výzkumu jsem chtěla do práce zahrnout i situaci proveditelnosti dříve vysloveného přání, kdy záchrannou službu volá třetí osoba, která pacienta nezná, jen se vyskytuje u něj – tzv. volání z třetí ruky. Toto téma se neprokázalo být úplně relevantním, protože pokud by opravdu pomoc volala nezávislá osoba, nevěděla by o DVP zraněného. Tato situace byla zmíněna i jedním z respondentů, kdy situaci specifikoval na příjezd k dopravní nehodě (dá se tedy předpokládat, že pomoc byla přivolána jinou osobou, než pacientem) a obavu, že by zachraňoval pacienta a později se dozvěděl, že existovalo platné DVP, které tedy nebylo respektováno. V takové situaci by záchranáři postupovali dle svých vlastních postupů a dělali by naprosto správně. V zákoně o zdravotních službách je jasně definováno, že přání se nemůže respektovat, pokud není v situaci fyzicky přítomné a záchranáři nejsou povinni před

zahajováním záchranných úkonů pacienta a jeho majetek prohledávat, jestli někde náhodou tento dokument neobjeví.

Za přínos práce považuji analýzu připravenosti organizací na práci s tématem DVP a jejich zkušenosti, názory a návrhy. Dále také hlubší propojení teoretického ukotvení přání s praktickým využitím a zkušenostmi a identifikování faktorů, které ovlivňují proveditelnost dříve vyslovených přání v praxi ZZS. Mezi nejvýznamnější zjištění považuji následující faktory, které ovlivňují připravenost organizací záchranných služeb Vysočina a Středočeského kraje a jejich zaměstnanců na práci s tématem DVP, tedy jeho proveditelnost ze strany poskytovatele péče (ZZS).

## 12. Pomoc a její interpretace

Při vytváření práce jsem pochopila, že chápání pojmu pomoc může mít vliv na proveditelnost DVP a obecně na etickou stránku práce zdravotnických záchranných služeb. Zdá se, že v některých případech by mohla mít veřejnost, tedy pacienti a jejich blízcí, a zdravotníci záchranáři rozdílný pohled na to, co to znamená pomoc nebo záchrana.

Dle serveru BOZP je první pomoc: *„První pomocí nazýváme soubor jednoduchých úkonů a opatření, používaných pro ochranu zdraví a záchranu života při náhlém ohrožení nebo postižení zdraví člověka. (BOZP, 2022)“*.

V zákoně o zdravotnické záchranné službě č. 374/2011 Sb. je zmiňováno, že: *„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 (Česko, 2011).“* Dle Národního zdravotnického informačního portálu definice neodkladné přednemocniční péče zní: *„Přednemocniční neodkladná péče (PNP) je péče o postižené na místě náhle vzniklého onemocnění, úrazu nebo jiného zhoršení zdravotního stavu, které by bez poskytnutí PNP mohly vést ke vzniku dlouhodobých nebo trvalých následků, případně k selhání životních funkcí a náhlé smrti (NZIP, 2022).“*

V zákoně o ZZS je také uvedeno, že záchranná služba zahrnuje sledování životních funkcí, neodkladné výkony k záchraně života, vyšetření a poskytnutí zdravotní péče

(Česko, 2011). Z těchto informací je zřejmé, že ZZS jsou zaměřeny spíše na stabilizaci či zlepšování zdravotního stavu pacienta, ne na psychickou a morální podporu.

Ze získaných odpovědí záchranářů a lékařů je pomoc většinou interpretována právě do kontextu jejich oboru. Považují pomoc za soubor úkonů, který stabilizuje či zlepšuje zdravotní stav pacienta. Pro pacienty a jejich rodiny může být kontext pomoci interpretován jinak. Pro některé může pomoc znamenat opora při důstojném odcházení, psychická podpora, zachování autonomie pacienta. Díky tomu se pojmy pomoc nebo záchrana mohou stát relativními. Práce s pacientem, který má DVP, se tedy může stát komplikovanou a někdy může z určitého pohledu rozporovat se základním posláním zdravotnické záchranné služby.

### **13. Status služby ZZS**

Diskusí o tom, co je vlastně pomoc, naváží na fakt, že poslání zdravotnických záchranných služeb je jednotně dané – poskytovat přednemocniční neodkladnou péči. Poskytovat záchranné úkony, stabilizovat a převážet pacienta do dalších zdravotnických zařízení a další. Na ZZS jsou kladeny velké nároky z hlediska úrovně péče, citlivosti na etickou problematiku, komunikaci s blízkými pacientů a mnoho dalšího. Počet výjezdů k pacientům je vysoký a systém ZZS je velice vytížený. Záchranná služba také bývá zneužívána a substituuje jiné poskytovatele péče (např. praktické lékaře). Jen z nároků na službu je zřejmé, že dosáhnout dlouhodobě úspěšného plnění této práce je velice náročné. Dle webových stránek záchranných služeb v ČR je hlavním posláním záchranné služby poskytování přednemocniční neodkladné péče.

Proto je otázkou, do jaké míry je na místě požadovat po záchranné službě perfektní pochopení a respektování DVP v PNP, které je z určitého úhlu pohledu v rozporu s jejím posláním (například pokud přání požaduje ne zahájení zdravotních úkonů). Na základě statusu služby a názorů profesionálů na téma v kombinaci s nepředvídatelnými prostředím výjezdu si dovoluji usuzovat, že může být pochopitelné, že při výjezdu k pacientovi, který platné DVP má, mohou nastat situace, kdy se záchranář rozhodne přání nerespektovat. Radši pokračuje v postupech, které jsou v souladu s posláním jeho povolání. Takto může činit ze strachu, nejistoty, nebo čistě s nejlepším přesvědčením, že činí v nejlepším prospěchu pro pacienta – což je pojem, který se dá také vysvětlovat velice individuálně. Toto téma by se dalo představit na situaci, která byla zmiňována

v rámci rozhovorů, kdy je ovlivňujícím faktorem při rozhodování o respektování DVP věk pacienta. Zdravotnický záchranář může zpochybňovat dříve vyslovené přání mladého pacienta, tento proces může být ovlivněn právě posláním jeho vlastního povolání – zachraňovat v kombinaci s vlastním morálním přesvědčením, že je správné pokusit se prodloužit život pacientovi (i když ten o to nemusí stát).

## **14. Pozice zdravotnického záchranáře a podmínky, ve kterých se rozhoduje**

Přání v praxi ZZS komplikují mnohé faktory a na záchranáře i lékaře padá obrovská zodpovědnost, na kterou nebyli připraveni, když na výjezd vyráželi. Na rozdíl od nemocničního, či lůžkového prostředí, kdy mohou s DVP pacienta pracovat v delším časovém úseku, informovat ošetřující personál, případně s pacientem a jeho blízkými řešit možné situace a plán, jak bude postupováno. Záchranář se může v situaci obsahující DVP ocitát sám, pouze v doprovodu řidiče sanitního vozu, je pod tlakem času, pracuje s neznámým pacientem v neznámém prostředí, pouze na základě vlastních zkušeností a znalostí. Dalším komplikujícím faktorem, kterému záchranář při respektování DVP čelí, je rodina a blízké osoby, které mohou být zprostředkovateli vůle pacienta, ale jejich interpretace přání může být odlišná od pacientovy, ovlivněná šokem, vlastními názory a impulzivními rozhodnutími. Další překážkou jsou etická dilemata, která jsou podrobněji popsána v kapitole Etika proveditelnosti DVP v PNP (str. 24-29)., kdy není vždy jednoznačné, jaká péče je pro pacienta eticky nejvhodnější. Rozhodnutí pro respektování přání v praxi ZZS je ovlivněno mnoha faktory a ty nelze vždy preventivně popsat a specifikovat, protože každý výjezd záchranné služby je unikátní a nový. Proto je důležitým faktorem i individuální připravenost záchranáře nebo lékaře, jejich znalosti, ale i vlastní názory a hodnocení okolností a anamnézy pacienta. Tyto proměnné budou silami, které budou zásadními v rozhodování, jak bude s pacientem zacházeno v dalších krocích péče.

## **15. Vztah rozhodovacího procesu a důvěry zaměstnance k organizaci**

Záchranáři se mohou ocitnout v situaci, kdy jsou na rozhodování o pacientovi sami. Postupují dle vnitřních předpisů organizace, vlastních znalostí, posouzení a vlastního

úsudku. Na rozdíl od lékařů jsou omezeni tím, že mají méně kompetencí a například nemohou diagnostikovat smrt pacienta a zastavit zachraňující úkony. Proto jsou jejich postupy omezené a záchranáři si uvědomují, že se při práci s DVP mohou dostat do komplikovaných a nežádoucích událostí, včetně právních následků. Proto je zodpovědnost za rozhodnutí o respektování DVP obrovská – ať už z pohledu následků na pacienta, tak možných následků pro samotného záchranáře (lékaře) a organizaci. Rozhodnutí je nevratné a může zahrnovat i rozhodnutí o životě a smrti pacienta, proto je tlak na záchranáře, který se standartně s DVP nesetkává, velký. Záchranáři, kteří se cítí, že při rozhodování o pacientovi s DVP čelí rozhodnutí úplně sami, mají obavy z respektování, byť platného, přání. Činitel hrající roli v rozhodnutí se zdá být vztah respondentů a důvěra k organizaci. Ti, kteří mají podezření, že by případným komplikacím museli čelit sami a organizace by se za ně nepostavila, by se spíše rozhodli přání raději nerespektovat. Proto vnímám jako zásadní faktor důvěry, kdy by zaměstnanci mohli mít pocit sounáležitosti a tím větší sebevědomí činit důležitá rozhodnutí na základě předpisů, znalostí a nejlepšího zájmu pacienta beze strachu, že činí něco nestandardního, mimo kompetence organizace. Dříve vyslovená přání a jejich podmínky respektování jsou jasně popsány zákonem a záchranáři, kteří tyto předpoklady znají a činí podle nejlepšího vědomí, by měli mít pocit, že na tato rozhodnutí nejsou sami a že se za ně organizace postaví v případě komplikací.

## **16. Předávání informace o DVP při předávání pacienta**

V návrhu zákona o zdravotních službách je zmíněna povinnost poskytovatele lůžkové péče předat dalšímu poskytovateli informaci o dříve vysloveném přání pacienta, viz str. 16-17. Tento návrh však nezahrnuje situaci, která je pravděpodobnou, a tou je převoz pacienta ZZS do jiného zařízení. Pro ilustraci uvedu příklad zhoršení stavu pacienta v domě s pečovatelskou službou, kdy zaměstnanci volají ZZS s prosbou o převoz pacienta do nemocnice. Tím se záchranná služba stává mezičlánkem v péči o pacienta, který zajišťuje dohled a převoz z rukou jednoho poskytovatele k tomu dalšímu. Pokud by šlo o plánované přesunutí pacienta, byly by využity jiné asistenční služby než právě zdravotnická záchranná služba. Ta je využita v akutních případech nebo u komplikovaných pacientů, u kterých je potřeba neustálý dohled a zdravotnická péče. V jiném případě by se převoz většinou plánoval s předstihem a tím by vznikal další prostor na zmínění DVP pacienta. Dá se tedy předpokládat, že při předání pacienta, kdy je

potřeba asistence ZZS, se jedná o akutní stav či zhoršení pacienta, které si vyžaduje specializovanou péči. V takovém případě se dále dá usuzovat, že DVP nebude aktuální pro výkony zdravotnické záchranné služby. V krátkém čase, kdy je pacient v péči ZZS, je málo pravděpodobné, že nastanou situace, které přání obsahuje a pokud ano, nejčastěji by se jednalo o zástavu životních funkcí, takže přání by obsahovalo vůli neresuscitovat – DNR. Pokud by však pacient DNR měl a jeho stav by se v péči původního poskytovatele (např. DPS) zhoršoval a nebylo by DVP prohlášeno za neplatné či neaktuální, pacient by zůstal v péči původního poskytovatele až do svého úmrtí. Případně ZZS by byla volána s avizovanou vůlí pacienta a informací o platném přání, či by již přijížděla k zesnulému pacientovi, který by dále byl vyšetřen koronerem.

Tím je pravděpodobné, že v situaci předávání pacienta, kdy je ZZS článkem řetězce péče, který poskytuje dohled a převoz k jinému poskytovateli, je dříve vyslovené přání pouze informací, která má být předána dále. Není aktuální pro poskytovatele, jedná se o informaci, která je součástí dlouhodobějšího plánu léčby pacienta. Proto není překvapující, že při akutním zhoršení pacienta, pokud není vytvořen efektivní systém obou organizací, může být tato informace promlčena, i když je dodržena povinnost předání aktuální zdravotnické dokumentace o pacientovi. Zdravotnický záchranář tedy přání obdrží, je však nepravděpodobné, že se bude pod časovým tlakem detailně věnovat dokumentaci, která může být často velice obsáhlá, obzvláště u polymorbidních pacientů, více než právě pacientovi samotnému.

Dle získaných informací z výzkumu a neformálních rozhovorů je tato problematika řešena na individuální domluvě organizací. Jelikož je DVP důležitým dokumentem v rozhodování ohledně léčby pacienta, poskytovatelé mu většinou věnují patřičnou pozornost i přes nedostatek daných předpisů a v některých organizacích je DVP například uváděno na podobných místech dokumentace, jako alergie pacienta, tyto informace bývají i barevně zvýrazněny. Tyto metody respektu a kolegiality by poté mohly předcházet nepovšimnutí si důležitých informací o pacientovi. Co se týče předávání pacienta, je na domluvě organizací a jejich vnitřních systémech a vztazích, jak se rozhodnou informaci předávat a jaká opatření činit, aby na DVP pacienta nezapomněli ve stresových situacích. Správné předání informací je založeno na vnitřním fungování organizací individuálně, informovanosti personálu a plánování možných budoucích situací.



## **V. Doporučení pro zvýšení proveditelnosti DVP v praxi ZZS**

Doporučení uvedená v této kapitole jsou vytvořena na základě informací získaných z případové studie v této práci a z teoretické části. Jsou vytvářena konkrétně pro organizace, které se staly součástí výzkumu – Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje a kraje Vysočina.

Nároky na zdravotnickou záchrannou službu v mnoha ohledech překračují hranice medicíny. Denní praxí výjezdových skupin je řešení etických dilemat, setkávání se se smrtí, s traumatizovanou rodinou a do budoucna se dá předpokládat, že DVP již nebude pouze výjimkou, ale v praxi ZZS bude figurovat častěji. Proto vnímám jako důležité, aby podpora a vzdělávání zaměstnanců v organizacích odrážela i tato témata. Zdravotničtí záchranáři a lékaři, kteří jsou vzdělávání převážně v oblastech medicíny, by tím obdrželi know-how i podporu do oblastí své práce, která není jasně daná anatomií, fyziologií a farmakologií. Připravenost organizací na dříve vyslovená přání pacientů zvyšuje jejich proveditelnost v praxi. Aspekty ovlivňující připravenost zaměstnanců organizace jsou znalosti, praxe a důvěra v organizační kultuře. K nabití těchto kvalit může pomoci vzdělávání, vhodná práce s nástroji organizace, trénink a v neposlední řadě supervize.

### **17. Vzdělávání a nástroje pro prohlubování znalostí**

Vzdělávání je jedna z nejlepších investic, které může zaměstnavatel poskytnout zaměstnancům. Zvyšuje potenciál pracovníka, upevňuje vztah mezi organizací a jedinci a zvyšuje jistotu v individuální práci zaměstnance. Přináší nové oblasti zájmu a případně příležitosti (Spišáková, Gontkovičová, 2015). Efektivní vzdělávání zaměstnanců významně zlepšuje jejich výkon v práci. Podporuje výkonnost nejen individuální, ale i organizační. Vzdělávání by mělo být nastaveno na potřeby a zodpovědnosti zaměstnanců (Hidayat, Budiartma, 2018). Dle WHO je vzdělávání zdravotníků velice důležité i z důvodu udržení úrovně kvality zdravotnických služeb, i přes globální nedostatek zdravotnických pracovníků. WHO nabízí několik možností podpory vzdělávání zaměstnanců zdravotnických organizací a mnoho materiálů obsahující toto téma (World Health Organization, 2005).

Z polostrukturovaných rozhovorů byla zjevná větší jistota a více názorů od zdravotníků z té organizace, která má alespoň nějakou formu vzdělávání o DVP v rámci adaptačního procesu zdravotnických záchranářů. Toto vzdělávání probíhá formou seznamování se s organizační dokumentací, součástí které je dokumentace o dříve vyslovených přáních. Proto se dá předpokládat, že dobře nastavené vzdělávání v oblasti paliativních pacientů a DVP přináší zdravotnickým záchranářům více jistoty do výjezdů, které absolvují.

Jedním z doporučení pro organizaci, která dokumentaci o DVP nemá, je nějakým způsobem implementovat téma dříve vyslovených přání do adaptačního procesu zaměstnanců, aby s tímto tématem byli všichni alespoň do základní míry seznámeni. Mohou tím předejít situaci, kdy se v budoucnosti s DVP setkají a nebudou vědět, jak s pacientem zacházet, případně s kým se telefonicky poradit. V rámci studia na obor zdravotnického záchranáře ani při studiu medicíny se nevěnuje mnoho pozornosti etice a dříve vysloveným přáním konkrétně, proto by bylo vítané zajistit alespoň základní informovanost zaměstnanců organizace o problematice.

Navazujícím doporučením je otevírat téma rozhodování na konci života a DVP v rámci vzdělávání zaměstnanců. Bude tím docházet k prohlubování znalostí a snižování nejistoty, která obklopuje téma DVP v praxi ZZS. Záchranáři by měli znát právní náležitosti tohoto přání a vědět, jaké mají možnosti, když se s těmito pacienty setkají.

## **18. Trénink a příprava**

Prozatímní nízká existence dříve vyslovených přání u pacientů v ČR by mohla poskytovat prostor se na práci záchranné služby s DVP připravovat. Pokud budou organizace připravené na práci s DVP, zajisté se bude zvyšovat i jejich proveditelnost. Stejně jako zdravotničtí záchranáři pravidelně absolvují nácviky záchranných úkonů (trauma pacienta, KPR, hromadné neštěstí), mohlo by se do repertoáru tréninku přidat i procvičování práce s umírajícími lidmi a s pacienty s DVP. V rámci přípravy na práci s tématem by se mohly sdílet zkušenosti a dotazy, které téma dříve vyslovených přání v praxi ZZS obklopují.

## **19. Budování důvěry v organizaci**

Aby byla proveditelnost DVP v praxi ZZS vyšší, je mimo jiné potřeba pracovat s proměnnou, kterou je důvěra zaměstnanců k organizaci. Pokud budou zaměstnanci důvěřovat organizaci, která je zaštituje, nebudou se na výjezdech cítit na rozhodování sami a budou sebevědomější ve svých rozhodnutích. Budování důvěry je velice individuální a může probíhat mnoha způsoby, považuji za důležité ho v doporučeních zmínit jako zásadní faktor pro práci s DVP v praxi ZZS.

Organizace by měla odrážet hodnoty, které požaduje po svých zaměstnancích. Významným ukazatelem hodnot a vize organizace je právě management. Ten může napomoci vzájemné důvěře například transparentností svých postupů a cílů, podporou zaměstnanců. Dále také spravedlivým přístupem, kdy dodržuje určité hranice, přednastavená pravidla a nikoho neupřednostňuje. Důvěra zaměstnanců se také buduje na základě předchozích zkušeností. Pokud zaměstnanci uvidí na jiných situacích, že se na organizaci mohou spolehnout, bude to zvyšovat jejich výkonnost a prohlubovat důvěru (Xu, Loi, Ngo, 2016).

## **20. Spolupráce mezi organizacemi**

Předávání informace o DVP a informacích o pacientovi není jasně dané a návrh zákona o zdravotních službách z roku 2020 nezahrnuje ZZS jako mezičlánek při převozu pacienta mezi dvěma poskytovateli lůžkové péče. Není univerzálně popsáno, jak předávat takto důležité informace o pacientovi a v často objemných složkách dokumentace se může mnoho informací ztratit, nemluvě o tom, že na jejich procházení často není čas. Proto dalším doporučením pro organizace zapojené do studie je navazování vztahů a zahajování dialogů s jinými poskytovateli péče v kraji Vysočina a ve Středočeském kraji. Organizace mohou mezi sebou neformálně určit, jak se s informací o DVP bude nakládat, kde a jak se bude uvádět pro budoucí případy. Obě záchranné služby mohou zkontaktovat domy s pečovatelskou službou a téma dříve vyslovených přání otevřít a tím předcházet budoucím zkratům v komunikaci a v předávání informací. Domluva by mohla být inspirována projektem Seniorských obálek, který probíhá v Jihomoravském kraji, kde je univerzální umístění informace na viditelném místě vedle nejdůležitějších informací o pacientovi.

## 21. Supervize

Supervize zvyšuje efektivitu pracovníků a může prohlubovat důvěru a vztahy v organizaci. Je také spojována s možností snížení psychické zátěže a stresu ve výkonu práce nejen ve zdravotnickém sektoru (Snowdon, Leggat, Taylor, 2017). Jedná se o formální aktivitu, která usiluje o profesionální rozvoj a vzdělávání, kde středem je diskuse, zpětná vazba, vedení a podpora. Jedním z jejích cílů je také zvyšování funkčnosti, kvality a schopností supervizantů. Dává prostor sdílet zkušenosti pracovníků, kteří jsou v organizaci dlouho dobu a může obohatit pracovníky, kteří jsou v organizaci krátce a zkušeností nemají mnoho (Terry, Nguyen, Perkins, Peck, 2020). Benefitů supervize je mnoho. Umožňuje učení se a poznávání tématu, podporuje profesionální růst zaměstnanců, pomáhá nastavovat hranice, prohlubovat kvalitu práce a může řešit možná řešení problémů (Hensley, 2003).

Supervize je nástrojem, který by mohl podporovat fungování organizace a zlepšování výkonu na více úrovních. Záchranářům a lékařům by mohla poskytnout podporu a uvědomění si, že nejsou v situacích, kterým čelí, sami, ale jsou součástí většího celku, kdy i kolegové čelí podobně obtížným situacím. Supervize by také mohla v organizacích ZZS otvírat téma DVP, bořit mýty o něm a podporovat pracovníky v jejich pracovních zkušenostech a dilematech a v neposlední řadě utužovat vztah pracovníků mezi sebou i k organizaci. Mohla by vytvářet bezpečné místo pro otevírání citlivých témat a zkušeností z praxe.

## VI. Závěr

V teoretické části práce jsem uvedla základní informace o DVP, jeho formální náležitosti a vzrůstající zájem o něj. V dalších kapitolách je obsaženo téma vůle pacientů a DVP popsáno z hlediska historie a jeho vzniku. Jsou uvedeny i specifické události, které změnily pohled veřejnosti na DVP – jako případ pacientky Karen Ann Quinlan, či specifika náboženské skupiny Svědci Jehovovi. Následně jsou popsány zákony a právní ukotvení dříve vyslovených přání a návrh zákona z roku 2020, který tuto problematiku zahrnuje. Práce také popisuje DVP v přednemocniční neodkladné péči, jejich specifika a poukazuje na komplikovanost práce s nimi. V poslední části teorie jsou uvedeny etické aspekty proveditelnosti tohoto tématu a problematiky jednotlivých pohledů na autonomii

pacienta. Informace jsou čerpány z odborných zdrojů, článků, webových stránek a sborníků. Empirická část nejprve popisuje průběh přípravy na výzkum a tvorbu případové studie ve spolupráci se ZZS Středočeského kraje a ZZS kraje Vysočina. Uvádí rámcová témata, limity výzkumu, etiku, způsob výběru respondentů a případu a časový harmonogram výzkumu. Výstupy výzkumu, kterými jsou polostrukturované rozhovory a analýza organizační dokumentace, jsou popsány a seřazeny do kategorií, které jsou považovány za důležité pro přínos práce a těmi jsou prostředky pro práci s DVP, dokumentace, vzdělávání, názory, zkušenosti.

V rámci diplomové práce se podařilo zjistit, jaké mají zkoumané organizace a její zaměstnanci pohledy, zkušenosti a prostředky pro práci s DVP, což bylo jedním z jejích cílů. Na základě těchto informací, v kombinaci s informacemi získanými v odborné literatuře, byly popsány proměnné při práci záchranných služeb s pacienty, kteří mají DVP a situace byly ilustrovány na kazuistice založené na pravděpodobných okolnostech prostředí výjezdu ZZS. Faktory, které byly identifikovány v průběhu práce a ovlivňují připravenost zaměstnanců pro práci s pacienty s DVP, jsou jejich znalosti, zkušenosti, důvěra v organizaci a konkrétní nástroje pro práci s DVP. V práci se také podařilo definovat touchpoints, kde se střetávají pohledy a názory na problematiku a nemají jednoznačné řešení – těmi jsou pohled zástupce X pacienta, rozdílné pohledy na problematiku v oblasti etiky, status služby ZZS X hodnoty DVP, vnitřní předpisy organizací při předávání pacienta, zájem o téma DVP a etický pohled vs. praxe ZZS. Předpokládané touchpoints, které byly definovány v diplomovém projektu na začátku práce se v jejím průběhu měnily a některé se nepotvrdily být aktuálními, kvůli jejich velké obecnosti a tím, že nebyly blíže specifikovány.

Poznatky z empirické části byly dále diskutovány a vznikla doporučení pro zvýšení proveditelnost DVP v praxi ZZS Středočeského kraje a kraje Vysočina. Doporučení pro organizace obsahuje zahrnutí problematiky DVP do vzdělávání, tréninku, plánování spolupráce při práci s DVP mezi organizacemi v kraji, supervize a budování důvěry mezi organizací a jejími zaměstnanci. Tato opatření by mohla přispět ke zvýšení připravenosti organizací na práci s DVP a tím i její proveditelnost.

Dříve vyslovená přání u pacientů v péči záchranné služby jsou velice komplikovaným tématem. V rámci něj existuje mnoho faktorů, jež situace komplikují a díky nimž se práce s nimi nedá generalizovat a vždy předvídat. Průběh péče o pacienta

je závislý na mnoha proměnných - na tom, jak je sepsané přání, v jakém stavu se pacient nachází, jestli jsou přítomny blízké osoby pacienta, ale i jaké jsou jejich názory a reakce na situaci, též znalosti a názory záchranáře a lékaře přítomného na výjezdu... Věřím, že i přes velkou spleť dříve vyslovených přání v prostředí přednemocniční neodkladné péče, stojí za to ze strany zdravotníků usilovat za práva pacientů, za zachování jejich autonomie na sklonku života a za jednání v nejlepším prospěchu pro pacienta.

# Literatura

- Ågård A, Herlitz J, Castrén M, Jonsson L, Sandman L. 2012. *Guidance for ambulance personnel on decisions and situations related to out-of-hospital CPR. Resuscitation.*;83(1):27-31. doi:10.1016/j.resuscitation.2011.07.028
- Belling. 2010. *The living dead: Fiction, horror and bioethics. Perspectives in Biology and Medicine*, 53(3), 439-451.
- BOZP. 2022. *První pomoc*, Slovník pojmů z oblasti BOZP a PO, dostupné z: <https://www.bozp.cz/slovník-pojmu/prvni-pomoc/>
- Cantor, Norman L. 1993. *Advance directives and the pursuit of death with dignity*. Bloomington: Indiana University Press, ISBN 02-533-1304-X.
- Cantor, Norman L. 1993. *Advance directives and the pursuit of death with dignity*. USA: Indiana University Press, ISBN 0-253-31304-X.
- Černý, David, Doležal, Adam, 2013, *Smrt a umírání: etické, právní a medicínské otázky na konci života*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013, 251 s. Edice Kabinetu zdravotnického práva a bioetiky. ISBN 978-808-7439-159.
- Crimmins, T. 1990. *The Need for a Prehospital DNR System. Prehospital and Disaster Medicine*, doi:10.1017/S1049023X00026510
- Degrazia, David. 2005. *Human identity and bioethics*. New York: Cambridge University Press, ISBN 05-215-3268-X.
- Doležal, Adam. 2015. *Eticko-právní instituty: Dříve vyslovená přání (Advance Directives), díl I.*[online]. [cit. 2022-04-03]. Dostupné z: <https://zdravotnickepravo.info/eticko-pravni-institut-y-drive-vyslovena-prani-advance-directives-dil-1/>
- Emanuel, Linda. 2008. *Advance Directives. Annual review of medicine*. 59. 187-98. 10.1146/annurev.med.58.072905.062804.
- Fenyk, J., 2004, Trestní právo, *Stručné zamyšlení nad trestností usmrcení na žádost z útrpnosti a v případě tzv. asistované sebevraždy (euthanasie)*, č. 6, s. 10
- Filová Vladislava. 2022. *Úvodní slovo ředitelky*, dostupné z: <https://www.zzsvysocina.cz>
- Flood, M. A. 2005. *Treatment of the "vegetative" patient: The legacies of Karen Quinlan, Nancy Cruzan, and Terri Schiavo*. *Journal of Health & Biomedical Law*

- Hendl, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, ISBN 80-736-7040-2.
- Hensley, P. H. 2003. *The Value of Supervision. The Clinical Supervisor*[online]. 97–110.doi:10.1300/j001v21n01\_07, dostupné z: [https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J001v21n01\\_07](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J001v21n01_07)
- Hidayat, R., & Budiartma, J. 2018. Education and job training on employee performance. *International Journal of Social Sciences and Humanities*, 2(1), 171–181. <https://doi.org/10.29332/ijssh.v2n1.140>
- Hong, S.W. a kol., 2021. Emergency Healthcare Providers' Knowledge about and Attitudes toward Advance Directives: A Cross-Sectional Study between Nurses and Emergency Medical Technicians at an Emergency Department. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, <https://doi.org/10.3390/ijerph18031158>
- Iserson KV. 2018. *Nonstandard Advance Directives in Emergency Medicine: What Should We Do?* *J Emerg Med*. doi: 10.1016/j.jemermed.2018.04.020. PMID: 29776701.
- Jehovah's Witnesses: *Why Don't Jehovah's Witnesses Accept Blood Transfusions?* [online]. Pennsylvania: Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania [cit. 2022-03-01]. Dostupné z: <https://www.jw.org/ase/jehovahs-witnesses/faq/jehovahs-witnesses-why-no-blood-transfusions/>
- Khushf, George. 2004. *Handbook of bioethics: taking stock of the field from a philosophical perspective*. Boston: Kluwer Academic, vi, 568 p. ISBN 14-020-1870-3.
- Kulhánek, Petr. 2022. *Slovo hejtmana kraje*, dostupné z: <https://www.zzskvk.cz/zzskvk>
- LaMantia MA, Scheunemann LP, Viera AJ, Busby-Whitehead J, Hanson LC. 2010. *Interventions to improve transitional care between nursing homes and hospitals: a systematic review*. *J Am Geriatr Soc*. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02776.x. PMID: 20398162
- Larson, E., & Eaton, T. 1997. *The limits of advance directives: A history and assessment of the Patient Self-Determination Act*. *Wake Forest Law Review* 32(2), 249–294.
- Matějek, Jaromír a kol. 2015. *SBORNÍK DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ* [online]. [cit. 2022-02-15]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/aktuality/vydali-jsme-sbornik-na-tema-drive-vyslovene-prani>



- Matějka, Jaromír. 2011. *Dříve projevená přání pacientů. Výhody a rizika*. Praha: Galén, ISBN 978-80-7262-6.
- Mc Fadden, R. D. 1985. *Karen Ann Quinlan, 31, dies; Focus of '76 right to die case*. The New York Times Retrieved from <http://www.nytimes.com/1985/06/12/nyregion/karen-ann-quinlan-31-dies-focus-of-76-right-to-die-case.html>
- Merten H. van Galen, Wagner C. 2017. *Safe handover*, BMJ: j4328 doi: 10.1136
- Metaxa V. 2020. *Advance Directives in the United Kingdom: Ethical, Legal, and Practical Considerations*. In: Vincent JL. (eds) Annual Update in Intensive Care and Emergency Medicine 2020. Annual Update in Intensive Care and Emergency Medicine. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-37323-8\\_49](https://doi.org/10.1007/978-3-030-37323-8_49)
- Ministerstvo zdravotnictví, 2021. *Právo na učinění dříve vysloveného přání Národní zdravotnický informační portál* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, [cit. 04.11.2021]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/234-pravo-na-ucineni-drive-vysloveneho-prani>. ISSN 2695-0340
- Ministerstvo zdravotnictví. 2020. *Návrh zákona, kterým se mění zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a některé související zákony* [online].[cit. 2022-03-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/monitor/6873207.htm>
- Miříčka, August. 1929. *Usmrcení na žádost a z útrpnosti podle osnovy trestního zákona*. Věstník Československé společnosti pro právo trestní
- Morales, R. W. 1991. *The twilight zone of Nancy Beth Cruzan: A case study of Nancy Beth Cruzan v. director, Missouri department of public health*. Howard Law Journal, 34(2), 201-228.
- NZIP. 2022. *Rejstřík pojmů – přednemocniční neodkladná péče*, dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1263>
- Rogne, Leah. 2013. *Advance Care Planning: Communicating About Matters of Life and Death*. Springer Publishing Company. ISBN 0826110215.
- Rosenfeld, Barry. 2004. *Assisted suicide and the right to die: the interface of social science, public policy, and medical ethics*. 1st ed. Washington, DC: American Psychological Association, ISBN 15-914-7102-8.
- Rozsudek ESLP Moskevští svědkové Jehovovi a další proti Rusku, ze dne 10. 6. 2010, stížnost č. 302/02, § 135–137.

- Saunders, John. (1995). Advance directives and the pursuit of death with dignity. *Journal of Medical Ethics*. 21. 10.1136/jme.21.2.126.
- Šeblová, Jana a Jiří Knor a kol. 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře: 2., doplněné a aktualizované vydání*. Grada publishing, ISBN 978-80-271-0596-0.
- Seniorská politika Jihomoravského kraje. 2018. *Seniorská obálka* [online]. [cit. 2022-04-04]. Dostupné z: <https://www.seniorskapolitika.cz/46-seniorska-obalka.html>
- Simon, A. 2014. Historical review of advance directives. In P. Lack, N. Biller-Andorno, & S. Brauer (Eds.). *Advance Directives*. New York, NY & London, England: Springer Dordrecht Heidelberg.
- Sláma a kol., 2008. *Musí lékař zahájit kardiopulmonální resuscitaci u terminálních onkologických pacientů? Klinické a právní aspekty rozhodování o KPR u pokročile a terminálně nemocných onkologických pacientů na MOÚ Brno. XXXII. Brněnské onkologické dny a XXII. Konference pro sestry a laboranty* [online]. 2008 [cit. 2022-03-11]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/musi-lekar-zahajit-kardiopulmonalni-resuscitaci-u-terminalnich-onkologickych-pac/>
- Snowdon, David A., Sandra G. Leggat a Nicholas F. Taylor. Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review. *BMC Health Services Research* [online]. 2017, 17(1) [cit. 2022-03-02]. ISSN 1472-6963. Dostupné z: doi:10.1186/s12913-017-2739-5
- Spišáková, Emília Duřová a Barbora Gontkovičová. 2015. THE NECESSITY OF EMPLOYEE EDUCATION. *Modern Management Review* [online]. 131-141 [cit. 2022-06-04]. ISSN 23006366. Dostupné z: doi:10.7862/rz.2015.mmr.9
- Švaříček, Roman a Klára Šedřová. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: základní metody a aplikace*. Vyd. 2. Praha: Portál, ISBN 978-802-6206-446.
- Systém psychosociální intervenční služby. 2022. *Vznik a vývoj systému*, dostupné z: <https://www.spis.cloud/kdo-jsme/>
- Terry, Daniel, Hoang Nguyen, Alicia J Perkins a Blake Peck. 2020. Supervision in Healthcare: A Critical Review of the Role, Function and Capacity for Training. *Universal Journal of Public Health*[online]. 1-14 [cit. 2022-06-04]. ISSN 2331-8880. Dostupné z: doi:10.13189/ujph.2020.080101

- Truhlář, Anatoli a Ivo Novák. 2020. *Projekt rabbit 2: plná krev již na palubě vrtulníku, její podávání pacientům zahájili letečtí záchranáři z hradce králové*. Modrá hvězda života - o záchranářích pro záchranáře [online]. [cit. 2022-06-03]. Dostupné z: <http://modrahvezdazivota.cz/2020/06/01/projekt-rabbit-2-plna-krev-jiz-na-palube-vrtulniku-jeji-podavani-pacientum-zahajili-letecti-zachranari-z-hradce-kralove/>
- Vincent, Jean-Louis. 2020. *Annual Update in Intensive Care and Emergency Medicine* 10.1007/978-3-030-37323-8.
- Wachter de MA. 1997. *The European convention on bioethics*. Hastings Cent Rep. PMID: 9017410.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2005. *EFFECTIVE TEACHING: A Guide for Educating Healthcare Providers* [online]. WHO, [cit. 2022-05-04]. ISBN 92 4 159380 6. Dostupné z: <https://www.who.int/activities/health-workforce-education-and-training>
- Xu, Angela J., Raymond Loi a Hang-yue Ngo. 2016. Ethical Leadership Behavior and Employee Justice Perceptions: The Mediating Role of Trust in Organization. *Journal of Business Ethics* [online]. [cit. 2022-06-05]. ISSN 0167-4544. Dostupné z: doi:10.1007/s10551-014-2457-4
- YADAV, Kuldeep N., Nicole B. GABLER, Elizabeth COONEY, et al. 2017. *Approximately One In Three US Adults Completes Any Type Of Advance Directive For End-Of-Life Care*. *Health Affairs* [online]. [cit. 2022-06-03]. ISSN 0278-2715. Dostupné z: doi:10.1377/hlthaff.2017.0175, dostupné z: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2017.0175>

### **Webové stránky**

- Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje, 2022, dostupné z: <https://www.zzsck.cz>
- Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje, 2022. O nás, dostupné z: <https://www.zzsrmk.cz/o-nas>
- Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje. 2022. *Základní informace o organizaci*, dostupné z: <https://www.zzslk.cz/zakladni-informace/>
- Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje. 2022. *Zdravotnická záchranná služba zahrnuje tyto činnosti*, dostupné z: <https://www.zzspak.cz>

- Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje, 2022. Současnost ZZS Středočeského kraje, dostupné z: <https://www.uszssk.cz/soucasnost-zzs-stredoceskeho-kraje/>
- Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje. 2022. Dostupné z: <http://www.zzsuk.cz/zdravotnicka-zachranna-sluzba-usteckeho-kraje/>

### **Zákony**

- Česko, 89/2012 Sb. Zákon občanský zákoník, § 98, dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>
- Česko, Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně 96/2001 Sb.m.s., dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/ms/2001-96>
- Česko. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
- Česko. Zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, dostupné: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>
- Velká Británie, NHS (NATIONAL HEALTH SERVICE). Mental Capacity Act [online]. 27.1.2021 Dostupné z: <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/making-decisions-for-someone-else/mental-capacity-act/>

## Seznam zkratk

- DPS – dům s pečovatelskou službou
- DVP – dříve vyslovené přání
- KPR – kardiopulmonální resuscitace
- PNP – přednemocniční neodkladná péče
- WHO – Světová zdravotnická organizace
- ZOS – zdravotnické operační středisko

# **Přílohy**

**Příloha č. 1 – Diplomový projekt**

**UNIVERZITA KARLOVA  
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ  
KATEDRA ŘÍZENÍ A SUPERVIZE**



**Diplomový projekt**

**Kristýna Fajferová**

**2. ročník**

**Osobní číslo: 63285023**

**Imatrikulační ročník studenta: 2019**

## Zkratky použité v textu

DP – diplomová práce

DPS – dům s pečovatelskou službou

DVP – dříve vyslovené přání

ZZS – zdravotnická záchranná služba

Předběžný název připravované DP, dobře vystihující téma.

## **Proveditelnost dříve vyslovených přání v praxi zdravotnické záchranné služby**

### **Formulace a vstupní diskuze problému.**

Již od roku 2001 se v České republice mohou sepisovat tzv. dříve vyslovená přání. Jde rozhodnutí člověka (pacienta) v psané formě, který předem rozhodne o své vůli v konkrétních situacích týkajících se zdraví a hospitalizace pro případ, že by v budoucnu nebyl schopen o sobě rozhodnout z důvodu svého zdravotního stavu (např. demence, bezvědomí...). Nejčastěji se jedná o případy dlouhodobého bezvědomí, hospitalizace, syndromu demence a náhlé zástavy oběhu (DNR- „do not resuscitate“ neboli přání neresuscitovat).

Smyslem těchto přání je snaha o zachování práva na rozhodování o vlastním životě. Toto rozhodnutí by nemělo být zpochybňováno a měněno bez vědomí člověka, který přání vyslovil. DVP by mělo pomoci se zachováním autonomie, proto tato přání musí splňovat konkrétní morální požadavky. Mělo by se jednat o rozhodnutí úmyslné, jedinec by měl rozumět svému přání a neměl by být nikým ovlivňován. Rozhodnutí o DVP a vlastní vůli by mělo odrážet základní morální hodnoty a přesvědčení osoby, která přání vyslovila. (Vincent, Jean-Louis, 2020)

Téma dříve vyslovených přání ve zdravotnictví se velice úzce týká hodnot sociální práce. Základní profesní hodnotou sociální práce je mimo jiné jedinečnost a hodnota každého člověka, svoboda, spravedlnost. V etickém kodexu sociální práce je také uveden respekt ke klientovi a jeho sebeurčení, sociální spravedlnost (Nečasová, 2015). Tato problematika se proto

týká jak tělesného zdraví, tak zachování důstojnosti a autonomie a nelze na ní pohlížet pouze z medicínského hlediska.

V legislativě je téma DVP popsáno velice stručně, a to v zákoně o zdravotních službách 372/2011, § 36 a v Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny z roku 2001.

Dříve vyslovená přání je téma, které je obsaženo v principech etiky zdravotnictví. Počátek etického přemýšlení ve zdravotnictví se datuje na období po 2. světové válce. Zásady etiky byly ustanoveny na základě procitnutí ohledně šokujících zkušeností z válek a nacistických praktik, tzv. „zrod etického vědomí z otřesu“. Zjistilo se, že profesionalita je bez etiky nebezpečná. Ustanovili se 4 základní etické principy v medicíně: principy nonmaleficence, beneficence, princip spravedlnosti a v neposlední řadě princip respektu k autonomii, kam spadají dříve vyslovená přání (Příhoda, 2014).

Díky různým pohledům a stručnému ukotvení v legislativě je téma dříve vyslovených přání velice komplikované a ve spoustu oblastech sporné a v souvislosti s ním vznikají problémové situace.

V rámci studia odborné literatury je zřejmé, že se zvyšuje povědomí i zájem o téma dříve vyslovených přání a rozhodování na konci života. Nejsou známá konkrétní statistická čísla dříve vyslovených přání v ČR, avšak na toto téma se čím dál častěji konají odborné přednášky a publikují se odborné články. Organizace Cesta domů v roce 2015 vydala sborník na téma Dříve vyslovené přání s šablonami a důležitými informacemi jak pro pacienty, tak pro rodiny, zdravotníky a lékaře. V návaznosti na sborník proběhla v červnu 2015 konference s názvem „Dříve vyslovená přání pacienta – jak je správně plnit?“. Stejný rok se spustil stejnojmenný projekt podpořen MPSV ve fakultní nemocnici Královské Vinohrady, který probíhal 2 roky formou kurzů pro lékaře a zdravotníky. Projekt nadále pokračuje pouze nabídkou odpovědí na dotazy ohledně dříve vyslovených přání na internetové stránce [umirani.cz](http://umirani.cz).

Dříve vyslovená přání se stávají tématem přednášek na vysokých školách (Slezská univerzita v Opavě, Masarykova univerzita v Brně...) v rámci oborů zaměřených na zdravotnictví, medicínu a sociální práci. V říjnu 2021 proběhla přednáška s názvem Dříve vyslovené přání – představení nástroje, kterým lze ovlivnit budoucí léčbu, kterou vedl Mudr. Michal Kouba. Problematice výjezdů k paliativním pacientům a pacientům v terminálním stádiu se také věnovala zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy v projektu



Paliativní medicíny a v rámci webináře s názvem Výjezdy záchranky k terminálně nemocným -- mohlo by to být i jinak?, který se konal 26. října 2020.

Téma smrti a o jejím rozhodování se také stalo velmi aktuálním díky pandemii SARS-COV2. Zvyšování povědomí se dá předpokládat i díky statistickým datům v zahraničí- převážně v západní kultuře, kde čísla občanů s tzv. living will (forma dříve vysloveného přání) stoupají.

Dle studie z USA z roku 2016, až 71 % klientů užívajících sociální pobytové služby (domy s pečovatelskou službou) mají vyslovenou nějakou formu dříve vysloveného přání, ale pouze 37 % z tohoto vzorku mají DVP uvedeno v dokumentaci zařízení, ve kterém dlouhodobě pobývají (Lendon a kol., 2018).

Dá se tedy předpokládat, že zájem o rozhodování na konci svého života roste i u občanů České republiky. Otázkou se stává, jak na tuto potřebu reaguje sektor pečující o pacienty s možným dříve vysloveným přáním – sociální a zdravotnické služby. Jak jsou složky integrovaného záchranného systému a pracovníci pomáhajících profesí na tuto problematiku připraveni, aby mohli vhodně zaručit naplnění přání klienta/pacienta v případě, že situace obsahující DVP nastane.

## **Cíl**

Prozkoumat, za jakých podmínek se může zdravotnická záchranná služba stát funkčním aktérem v praxi rozhodování v závěru života a v situacích obsahující dříve vyslovené přání.

## **Dílčí cíle**

- Prozkoumat, jaké prostředky jsou potřeba ke zvýšení proveditelnosti DVP v ČR.
- Popsat vnitřní předpisy, principy a získat informace ze záchranných služeb spolupracujících na výzkumné části práce a porovnat je. Na základě této analýzy vytvořit soubor doporučení pro obdobné situace, které mohou v budoucnu vzniknout.
- Popsat a analyzovat proces předávání dokumentace při převozu pacienta s DVP z domu s pečovatelskou službou do nemocnice za pomoci zdravotnické záchranné služby.
- Zmapovat právní úpravu DVP a její aplikaci, definovat kritické momenty (touchpoints).
- Definovat tzv. touchpoints – body, kdy se střetávají oblasti, týkající se dříve vyslovených přání, kde mohou vznikat nejasnosti a sporné názory.

## Teoreticko-metodologické východisko, pracovní postupy, resp. Výzkumné metody a techniky

Ve své práci budu zkoumat a popisovat systémy a vnitřní předpisy 2 konkrétních organizací a porovnávat je mezi sebou. Každou organizaci zapojenou do výzkumu budu analyzovat, data budu sbírat z různých zdrojů (vnitřní předpisy, rozhovory s managementem, pracovníky...). Získané informace budou složité k vytvoření praktických doporučení a k možné aplikaci do budoucích obdobných situací. Z tohoto důvodu jsem jako výzkumnou metodu zvolila kvalitativní metodu, konkrétně případovou studii. Tato metoda je vhodná pro podrobné zkoumání jednoho nebo mála objektů (konkrétní komunity). Cílem výzkumu bude zmapování a prozkoumání struktury organizací, proto se bude jednat o explorativní případovou studii (Yin, 2009).

Práce bude zaměřená na zdravotnickou záchrannou službu, jako jednoho z aktérů poskytujících pomoc v situacích, ve kterých můžou dříve vyslovená přání hrát velkou roli. Z dosavadních informací a neformálních rozhovorů, které proběhly v rámci přípravy na tuto práci předpokládám, že zdravotnické záchranné služby a jejich zaměstnanci se ohledně problematiky dříve vyslovených přání připravují minimálně a vznikající situace řeší zdravotníci podle vlastních zkušeností a znalostí individuálně.

V rámci práce si budu klást otázky, jak jsou záchranné služby připravené na práci s DVP? Co zdravotníci o tématu vědí a jaké prostředky pro práci mají k dispozici? Jaké prostředky by mohly pomoci záchránářům při práci s pacienty s DVP? Na tyto otázky budu hledat odpovědi s pomocí polostrukturovaných rozhovorů se zaměstnanci a managementem ZZS Středočeského kraje a hlavního města Prahy. Dále budu analyzovat již ustanovené standardy, kompetence a politiku organizací ohledně paliativní medicíny a konkrétně DVP. Zjistím, jak probíhá přebírání a překládání pacienta jinému zařízení (DPS, nemocnice). Na základě těchto získaných informací definuji body střetu. Momenty, které v rámci dříve vyslovených přání vznikají a kde se střetávají úhly pohledu a mohou zde vznikat problémy, konflikty a nejasná řešení. Jedním z výstupů práce bude modelová situace, na které bude ukázána proveditelnost a možná řešení situace týkající se DVP v praxi záchranné služby.

### **Předpokládané touchpoints:**

- organizace x organizace
- etické kodexy x realita
- profese x profese
- profese x pacient
- profese x rodina pacienta (klienta)
- pacient/klient x rodina

Všechny tyto získané informace budou sloužit ke zjištění stavu připravenosti dvou záchranných služeb na situace týkající se DVP. Na základě této analýzy vznikne soubor doporučení pro konkrétní situace vznikající na těchto záchranných službách.

### **Předběžná bibliografie k tématu, včetně zahraniční (celkem v rozsahu min. 10 titulů).**

- CORINNE M. KARUPPAN, PhD, MD MICHAEL R. WALDRUM a MD NANCY E. DUNLAP. Operations Management in Healthcare: Strategy and Practice. 2016. ISBN 9780826126528.
- ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)
- ETICKÝ KODEX ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY
- FONG, K. C. a W. CHIONG. Understanding Advance Directives as a Component of Advance Care Planning. The American journal of bioethics: AJOB [online]. 2020, 20(8), 67-69 [cit. 2021-8-4]. ISSN 15360075. Dostupné z: doi:10.1080/15265161.2020.1781974
- GRAW, Jan A. a René BURCHARD. Completion Rates of Advance Directives in a Trauma Emergency Room: Association with Age. Emergency Medicine International [online]. 2021, 1-6 [cit. 2021-8-4]. ISSN 20902840. Dostupné z: doi:10.1155/2021/5537599
- JAMES E. ALLEN, PhD. Nursing Home Administration. 2016. ISBN 9780826128546.
- KREJČÍKOVÁ, H. Dříve vyslovené přání – manuál nejen pro pacienty. Praha: Cesta domů, 2015, dostupné z: <https://modrapomnenka.cz/wp-content/uploads/Manuál-nejen-pro-pacienty.pdf>
- Lendon JP, Caffrey C, Lau DT. Advance Directive Documentation Among Adult Day Services Centers and Use Among Participants, by Region and Center Characteristics: National Study of Long-Term Care Providers, 2016. Natl Health Stat Report. 2018 Sep;(117):1-8. PMID: 30248019.
- M. DROZ MENDELZWEIG. Social regulation activities in end-of-life: a qualitative study on completion of advance directives in Swiss nursing homes. BMC Palliative Care [online].

2020, 19(1), 1-11 [cit. 2021-8-4]. ISSN 1472684X. Dostupné z: doi:10.1186/s12904-020-00562-9

- MATĚJEK, Jaromír. Dříve vyslovená přání pacienta, komentář k zákonné úpravě. Praktický lékař: časopis pro další vzdělávání lékařů, 2012, roč. 92, č. 5, s. 286–289.
- NEČASOVÁ, Mirka. Etika sociální práce. Dobrá praxe v sociální práci: Mezinárodní odborový seminář v rámci projektu Systémová podpora profesionálního výkonu sociální práce [online]. Fakulta sociálních studií MU Brno, 2015 [cit. 2022-01-04]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/necasova.pdf/a0f0e47b-e4ed-337a-c5fd-dffd6a08ea60>
- PŘÍHODA, Petr. Etika: Zrod lékařské etiky [online], 2014, dostupné z: <http://www.lf2.cuni.cz/ustav-lekarske-etiky-a-humanitnich-zakladu-mediciny-2-lf-uk/etika>.
- STEVENS, Drew. Practice Management for Healthcare Professionals. 2016. ISBN 9781606506974.
- ŠUSTEK, P., HOLČAPEK, T. a kol. Zdravotnické právo. Praha: Woters Kluwer ČR, 2016. Str. 261.
- TĚÁREK, Roman. Dříve vyslovená přání a nutnost jejich respektování. Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou péči, 2012, roč. 15, č. 1, s. 25–29
- Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně (96/2001 Sb.m.s.).
- Vincent, Jean-Louis. (2020). Annual Update in Intensive Care and Emergency Medicine 2020. 10.1007/978-3-030-37323-8.
- YIN, Robert K. Case study research: design and methods. 5. vyd. Svazek Applied social research methods series. Los Angeles: Sage, 2009. 219 s. ISBN 978-1-4129-6099-1.