



UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Intenzivní péče

Bc. Beranová Stanislava

Etické a právní aspekty kardiopulmonální resuscitace se zaměřením na dříve vyslovené přání

Ethical and legal aspects of cardiopulmonary resuscitation focusing on advance directive

Diplomová práce

Vedoucí práce: MUDr. Mgr. Jolana Kopsa Těšinová, Ph. D.

Praha, 2024

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím/~~Nesouhlasím~~ s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 25. 4. 2024.

STANISLAVA BERANOVÁ

.....

Podpis

Identifikační záznam

BERANOVÁ, Stanislava. Etické a právní aspekty kardiopulmonální resuscitace se zaměřením na dříve vyslovená přání. [Ethical and legal aspects of cardiopulmonary resuscitation focusing on advance directive]. Praha, 2024. 89 s., 2 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce MUDr. Mgr. Kopsa Těšínová, Jolana Ph. D.

ABSTRAKT

Úvod do problematiky: Diplomová práce se zabývá etickými a právními otázkami souvisejících s poskytováním kardiopulmonální resuscitace, zejména používáním dříve vysloveného přání na odděleních intenzivní péče. Přestože je dříve vyslovené přání součástí legislativy již několik let ve zdravotnické praxi není příliš používáno, přestože se jedná o velmi důležitý dokument, který chrání autonomii pacienta v situacích, kdy pacient z určitého důvodu nemůže vyjádřit svá přání a preference. Používání tohoto dokumentu ve zdravotnické praxi však sebou přináší i řadu otázek, týkající se zejména jeho obsahu, dohledatelnosti či samotného respektování.

Cíle práce: Hlavním cílem této práce je identifikovat etické a právní aspekty kardiopulmonální resuscitace především ve vztahu k dříve vyslovenému přání pacienta a zjistit, jak jsou tyto aspekty vnímány nelékařským zdravotním personálem na odděleních intenzivní péče.

Metodologie: Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu, metodou sběru dat jsou polostrukturované rozhovory se zdravotnickým personálem z oddělení intenzivní péče. Kategorizace získaných dat proběhla pomocí otevřeného kódování po důsledné analýze a anonymizaci dat. Zjištěné výsledky jsou zobrazeny pomocí neorientovaného grafu. Výzkumná část práce je dále tvořena souvislým textem, který obsahuje jednotlivé kódy a kategorie, které jsou doplněny o citace respondentů.

Výsledky: Zdravotnický personál má určité povědomí o tom, co dříve vyslovené přání znamená, podrobnější informace však spíše chybí, zejména v oblasti právních náležitostí dokumentu, obsahu, jeho platnosti, či formy. Velmi zásadní otázkou je samotné respektování dříve vysloveného přání ve zdravotnické praxi, které je často komplikováno jeho složitou dohledatelností. Respondenti se převážně shodli na tom, že pokud by se s platným dříve vysloveným přáním pacienta setkali ve své zdravotnické praxi, tak by pacientovo přání chtěli respektovat.

Závěr a doporučení: Pokud má být dříve vyslovené přání ve zdravotnické praxi respektováno, musí zdravotnický personál disponovat dostatečnými informacemi a znalostmi. Dostatek informací musí mít i široká veřejnost, aby o institut dříve vysloveného přání měla zájem. Samotná dohledatelnost dokumentu hraje pro jeho respektování také významnou roli. Získané informace z výzkumného šetření mohou být použity pro procesní a legislativní změny, které by vedly k rozšíření dříve vysloveného přání do zdravotnické praxe, např. vytvoření centrálního registru pro jeho evidenci.

klíčová slova: etika, medicínské právo, dříve vyslovené přání, kardiopulmonální resuscitace, DNR, nerozšiřování terapie, intenzivní péče, autonomie pacienta

ABSTRACT (v AJ)

Introduction to the Issue: The diploma thesis deals with ethical and legal issues related to the provision of cardiopulmonary resuscitation, particularly the use of advance directive in intensive care units. Although advance directive have been part of legislation in medical practice for several years, they are not widely used. However, this document is crucial as it protects patient autonomy in situations where the patient cannot express their wishes and preferences. The use of this document in medical practice raises questions, especially regarding its content, accessibility, and adherence.

Objective: The main goal of this thesis is to identify the ethical and legal aspects of cardiopulmonary resuscitation, specifically in relation to patients advance directive. The study aims to understand how non-medical healthcare personnel perceive these aspects in intensive care units.

Methodology: For the research investigation, a qualitative research method was chosen. Data collection involved semi-structured interviews with healthcare personnel from intensive care units. The obtained data were categorized using open coding after thorough analysis and anonymization. The results are presented using an undirected graph. The research section also includes continuous text containing individual codes and categories, supplemented with respondent quotes.

Results: Healthcare personnel have some awareness of what advance directive mean, but more detailed information is lacking, especially regarding legal requirements, document content, validity, and format. A critical question revolves around the actual adherence to advance directive in medical practice, which is often complicated by the document's challenging accessibility. Respondents generally agree that if they encountered a valid advance directive from a patient in their medical practice, they would respect the patient's preference.

Conclusion and Recommendations: For advance directive to be respected in medical practice, healthcare personnel must have sufficient information and knowledge. The broader public should also be informed about this concept. Additionally, improving the document's accessibility plays a significant role in ensuring adherence. The insights gained from this research can inform procedural and legislative changes, potentially leading to the establishment of a central registry for documenting advance directive in healthcare practice.

Keywords: *ethics, medical law, advance directive, cardiopulmonary resuscitation, do not resuscitate, limitation of therapy, intensive care, patient autonomy*

Poděkování

Touto cestou bych velmi ráda poděkovala svému snoubenci, rodině a přátelům za podporu při studiu, dále vedoucí práce MUDr. Mgr. Jolaně Kopsa Těšinové Ph. D. za výbornou spolupráci, ochotu a čas, který mi věnovala a v neposlední řadě bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří se mnou ochotně vedli rozhovory a poskytli svůj čas a cenné informace.

Obsah

1. Úvod	9
2. Současný stav poznání	11
2.1. Kardiopulmonální resuscitace	11
2.1.1. Indikace a kontraindikace KPR	11
2.1.2. Poresuscitační péče	12
2.2. Etické aspekty kardiopulmonální resuscitace	13
2.2.1. Základní etické principy	14
2.2.2. Etické kodexy	16
2.3. Právní aspekty kardiopulmonální resuscitace	19
2.3.1. Informovaný souhlas.....	22
2.3.2. Zástupný souhlas	24
2.3.3. Bez souhlasové péče	25
2.4. Dříve vyslovené přání	26
2.4.1. Dříve vyslovené přání ve světě	27
2.4.2. Využívání dříve vysloveného přání v praxi	28
2.4.3. Dříve vyslovené přání v oblasti intenzivní péče	29
2.4.4. Etická a právní úskalí DVP	30
3. Metodologický výzkumný rámec	32
3.1. Cíle práce	32
3.2. Výzkumné otázky.....	32
3.3. Metodologie	33
3.4. Charakteristika výzkumného vzorku	33
3.5. Sběr dat a způsob zpracování.....	33
3.6. Etické aspekty výzkumu, limity práce.....	35
4. Výsledky	37
4.1. Znalosti zdravotnického personálu ohledně DVP	40
4.1.1. Povědomí o DVP – vymezení	40
4.1.2. Povědomí o DVP – forma	41
4.1.3. Povědomí o DVP – podmínky k sepsání	42
4.1.4. Povědomí o DVP – obsah	43
4.1.5. Povědomí o DVP – platnost	44
4.2. DVP ve zdravotnické praxi	45
4.2.1. DVP ve zdravotnické praxi – zkušenost.....	45
4.2.2. DVP ve zdravotnické praxi – psychická zátěž pro pacienta.....	47

4.2.3.	DVP ve zdravotnické praxi – neinformovanost veřejnosti	48
4.3.	Respektování DVP	49
4.3.1.	Respektování DVP – dohledatelnost v terénu	50
4.3.2.	Respektování DVP – obavy ze soudních sporů	51
4.4.	Znalosti a zkušenosti ohledně KPR	52
4.4.1.	Průběh KPR	52
4.4.2.	Guidelines	54
4.5.	DNR a nerozšiřování terapie.....	56
4.5.1.	DNR a nerozšiřování terapie – zkušenost	56
4.5.2.	DNR a nerozšiřování terapie – komunikace lékař a sestra.....	57
4.6.	Informovanost a vzdělávání zdravotnického personálu	58
5.	Diskuse.....	62
5.1.	Znalosti zdravotnického personálu ohledně DVP	62
5.1.1.	DVP a jeho právní náležitosti	62
5.1.2.	DVP a jeho rozšířenost.....	64
5.2.	Zkušenosti zdravotnického personálu s DVP.....	64
5.2.1.	Složitá dohledatelnost DVP.....	65
5.2.2.	Respektování DVP a možná trestně-právní odpovědnost	65
5.2.3.	Etické aspekty DVP.....	67
5.3.	Dilematické situace v rámci poskytování KPR	68
5.3.1.	Nerozšiřování terapie a neposkytnutí KPR.....	68
5.4.	Doporučení pro praxi.....	70
5.4.1.	Podpora a vzdělávání zaměstnanců.....	70
5.4.2.	Komunikace s pacienty	71
5.4.3.	Legislativní a procesní změny	73
6.	Závěr	75
7.	Seznam použité literatury	77

Seznam zkratk

Seznam grafů

Seznam tabulek

Seznam obrázků

Seznam příloh

1. Úvod

Kardiopulmonální resuscitace (KPR), jakožto život zachraňující výkon, má své přesné indikace, kontraindikace i přesně stanovený postup. Samotná KPR je pro zdravotnický personál psychicky i fyzicky velmi náročnou situací do které však mohou vstupovat další etické a právní faktory. Téma diplomové práce bylo zvoleno na základě předešlé zkušenosti autorky, která se zabývala etickou a právní problematikou KPR v rámci bakalářské práce a setkává se s touto problematikou i ve zdravotnické praxi. Etické i právní aspekty se mohou promítnou do zahajování, nezahajování, průběhu i ukončování KPR. Povědomí zdravotnického personálu o etických a právních aspektech KPR může usnadnit nelehké rozhodování v některých dilematických situacích, chránit autonomii pacienta, předejít možnému poškození pacienta a také chránit zdravotnický personál i před trestně-právním jednáním.

Etickým aspektům KPR se věnují i doporučené postupy Evropské resuscitační rady. Nové doporučené postupy KPR představují etická doporučení založená na důkazech, která lze použít ve zdravotnické praxi zejména při péči na konci života. Doporučené postupy zdůrazňují respektování autonomie pacienta a jako jasné kritérium k nezahájení, nebo ukončení KPR uvádějí přítomnost dříve vysloveného přání o neprovádění KPR (Perkins, 2021). V souvislosti s dříve vysloveným přáním může vzniknout ve zdravotnické praxi řada dilematických situací a právních konfliktů, které často plynou z nedostatku informovanosti ať už zdravotnického personálu, nebo laické veřejnosti. Přestože je dříve vyslovené přání ukotveno v legislativě České republiky a dalších zemí Evropy již několik let, není bohužel pacienty ve zdravotnické praxi příliš využíváno. Jedná se přitom o důležitý nástroj, kterým je chráněna nedotknutelnost integrity osobnosti a z ní vyplývající zásada svobodného rozhodování v otázkách péče o vlastní zdraví (tj. právo na autonomii pacienta).¹

Tato diplomová práce se věnuje problematice etických a právních aspektů KPR, se zaměřením na dříve vyslovená přání. Hlavním cílem práce je identifikovat etické a právní aspekty KPR především ve vztahu k dříve vyslovenému přání pacienta a zjistit, jak jsou tyto aspekty vnímány nelékařským zdravotním personálem na odděleních intenzivní péče. Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část práce představuje etická a právní východiska, jejichž znalost může zdravotnickému personálu pomoci při rozhodování v obtížných situacích v souvislosti s poskytováním KPR. Klíčovým zdrojem pro zpracování této části práce byla analýza stávající právní úpravy KPR, právní úpravy dříve vysloveného přání, doporučených postupů a rovněž i analýza etických principů ovlivňujících rozhodování pacienta na konci života. Empirická část práce představuje použité metody při realizaci výzkumného šetření, získané výsledky a jejich zasazení do kontextu současné problematiky. V rámci výzkumného šetření bylo u respondentů zjišťováno, jakou mají zkušenost s využíváním

¹ Nález Ústavního soudu ze dne 18. 5. 2001, sp. z. IV. ÚS 639/2000. Dostupné na: <https://nalus.usoud.cz:443/Search/GetText.aspx?sz=4-639-2000>

institutu dříve vysloveného přání na oddělení intenzivní péče, ale také zda se ve zdravotnické praxi setkali v rámci poskytování KPR s nějakými dilematickými situacemi, či neetickým zacházením.

Na základě získaných poznatků z výzkumného šetření byla navržena doporučení a opatření pro praxi. Zejména se jedná o některé procesní a legislativní změny, současně i identifikování některých oblastí, na které by mohlo být zaměřeno další výzkumné šetření.

2. Současný stav poznání

Kardiopulmonální resuscitace je život zachraňující soubor opatření, které mají jasně vymezené indikace, postup i kontraindikace. Eticky a právně problematické situace mohou vzniknout např. u pacientů, kteří odmítají svou léčbu. Následující text představuje určitý přehled teoretických východisek vztahujících se k dané problematice, společně s definováním KPR, indikacemi, kontraindikacemi i následnou po resuscitační péči jsou v textu uvedeny důležité etické a právní dokumenty, které pro zdravotnický personál mohou být určitým podkladem při rozhodování v obtížných situacích.

2.1. Kardiopulmonální resuscitace

Kardiopulmonální resuscitace je soubor několika opatření, která vedou k udržení, či obnovení krevního oběhu pacienta u kterého došlo k náhlému selhání jedné, či několika základních životních funkcí. Je důležité vědět, že i selhání jedné životní funkce (vědomí, dýchání, krevní oběh) vede vzápětí k selhání zbylých a musí být neprodleně zahájena KPR. Nejen díky své časové naléhavosti má KPR v intenzivní medicíně výjimečné postavení (Ševčík, 2014). Kardiopulmonální resuscitace má své doporučené postupy, které každých 5 let aktualizuje a vydává Evropská resuscitační rada.² Cílem Evropské rady pro resuscitaci (ERC) je zachovat lidské životy tím, že poskytne vysoce kvalitní úroveň KPR všem, kdo ji potřebují (Perkins et al., 2021). V poskytování KPR má kromě zdravotnického personálu důležité místo také veřejnost. V následujícím textu se budeme věnovat převážně rozšířené KPR dospělých, která je poskytována zdravotnickým personálem a etickým a právním aspektům, které s poskytováním KPR souvisí.

2.1.1. Indikace a kontraindikace KPR

Indikací k zahájení KPR je zástava oběhu. Ta může být způsobena z různých příčin – srdeční zástavou, nebo závažnou obstrukcí dýchacích cest, Pokud pacient nereaguje, nedýchá, případně je přítomné abnormální lapavé dýchání - tzv. gasping provádíme vždy KPR (Perkins, 2021).

Kardiopulmonální resuscitace je považována za podmíněnou léčebnou metodu, tudíž by měly být ve zdravotnických zařízeních jasně stanovená kritéria pro nezahajování a ukončování KPR. Kritéria pro nezahajování KPR musí být implementována takovým způsobem, aby odpovídala platné legislativě a organizačnímu a kulturnímu kontextu. Při jejich tvorbě mohou poskytovatelé zdravotních služeb využít kritéria obsažená v doporučených postupech ERC. Mezi jasná kritéria pro nezahájení KPR zdravotnickým personálem jednoznačně patří ohrožení

² European Resuscitation Council (ERC) Guidelines 2021: Executive summary. Český překlad připravila Česká resuscitační rada, národní partner ERC pro Českou republiku. Anesteziologie a intenzivní medicína, 2021, ročník 32.

bezpečnosti zachránce, přítomnost neslučitelných poranění se životem nebo přítomnost jistých známek smrti. Mezi jasné kritérium k nezahájení nebo ukončení KPR patří také skutečnost, že pacient má sepsané platné dříve vyslovené přání o neprovádění KPR. Mezi další kritéria, která se do rozhodování o nezahájení nebo ukončení KPR mohou promítnout je přetrvávající asystolie při rozšířené resuscitaci, srdeční zástava s nedefibrilovatelným rytmem, která vznikla bez přítomnosti svědků a riziko poškození pacienta převažující nad přínosem KPR, přítomnost dalších komorbidit a také velmi nízká kvalita života. Naplnění dalšího uváděného kritéria, které se opírá o existenci silných důkazů, že pokračování v KPR není v souladu s přáním a hodnotami pacienta, je v kontextu platné právní úpravy v ČR problematické (Perkins, 2021).

Doporučené postupy ERC obsahují část, která se věnuje právě etickým aspektům KPR, zejména používaným etickým postupům, jako např. plánování rozsahu budoucí péče a dříve vysloveným přáním. Tyto oblasti úzce souvisejí s principy lékařské etiky a s jejich uplatňováním ve zdravotnické praxi, v rámci KPR a rozhodování o péči na konci života (Perkins, 2021). Indikace a kontraindikace k zahájení KPR jsou v první řadě otázkou medicínskou, avšak je dobré mít na mysli, že samotné zahájení nebo nezahájení resuscitace může být v určitých případech také otázkou etickou, s případnými právními dopady (Ševčík, 2014).

2.1.2. Poresuscitační péče

Přestože je KPR život zachraňující výkon, úspěšnou KPR péče o pacienta zdaleka nekončí. Bezprostřední obnovení spontánního oběhu je pouze prvním krokem k zotavení. V dalším čase po srdeční zástavě dochází k rozvoji orgánových změn, které se nazývají tzv. poresuscitační syndrom. Závažnost poresuscitačního syndromu se odvíjí od doby trvání srdeční zástavy, ale také úrovně kvality prováděné KPR. V důsledku těchto patofyziologických procesů může dojít po srdeční zástavě k několika poškozením, poškození se může jevit jako mírná orgánová dysfunkce až vážné multiorgánové selhání. Poresuscitační syndrom může zahrnovat poškození mozku, myokardiální dysfunkci a hemodynamickou nestabilitu. Léčba a péče, která je poskytována během poresuscitačního období musí být multidisciplinární a výrazně ovlivňuje následný neurologický výsledek u pacienta. V některých případech však ani časná a kvalitní KPR nezaručuje úspěšné zachování centrální nervové soustavy a dobrý neurologický stav (Truhlář, 2015; Maláska, 2020).

2.2. Etické aspekty kardiopulmonální resuscitace

Etické aspekty KPR se mohou promítnout do zahajování, nezahajování, průběhu i ukončování KPR. V následujícím textu bude blíže představena lékařská etika a její principy, které byly vytvořeny, aby chránily autonomii pacienta a předešly tak případnému poškození pacienta.

Etika je vědní disciplína, věda o mravnosti nebo také věda zkoumající morálku. Etika je soubor zásad lidského chování, říká nám, co má člověk dělat a jak se má chovat. Předmětem etiky je zkoumání mravního chování jednotlivců i společnosti (Kořenek, 2004; Haškovcová, 2015). Lékařská etika se stala samostatným lékařským oborem v České republice v roce 1992 a postupně se dostala do náplně výuky lékařských fakult i zdravotnických škol. Lékařská etika je velmi rychle se rozvíjející obor, kterému je věnována stále větší pozornost, mnoho etických dilemat bylo názorově obohaceno a do zdravotnické praxe se dostaly důležité dokumenty, které mají za cíl chránit etické principy a práva pacientů. Chceme-li se zabývat etickými aspekty, je vhodné si některé pojmy vztahující se k dané problematice správně definovat. Kromě pojmu lékařská etika se můžeme v praxi setkat také s výrazem bioetika.

Bioetika je pojem širší, nadřazený nad lékařskou etiku, nezabývá se pouze etickými problémy ve zdravotnické praxi, ale také v oborech příbuzných (biologie, farmacie, chemie) a etikou ve výzkumu. Oproti tomu lékařská etika (také klinická etika, medicínská etika) je pojem, který označuje etické problémy v lékařské praxi. Zdravotnická etika je pojem, který souhrnně označuje etické problémy týkající se zdravotnictví, převážně zdravotnických systémů. Tento pojem se rozšířil do praxe hlavně na zdravotnických školách a převzal trochu jiný obsah, pod tímto pojmem jsou představovány okruhy lékařské etiky, které patří k určitému znalostnímu minimu všeobecných sester. Pro etické problémy, které se mohou vyskytnou v rámci pracovní náplně sestry nebo ošetrovatelsky se používá termín etika v ošetrovatelství (Haškovcová, 2015).

Pro lepší uchopení dané problematiky zde budou představeny některé etické přístupy, principy a kodexy, které jsou důležité pro zdravotnickou praxi. Dostatečná znalost zdravotnických pracovníků ohledně etických kodexů a principů může pomoci v nelehkém rozhodování v řadě dilematických situací.

Hippokratova přísaha reprezentuje jeden z nejstarších a nejznámějších morálních závazků lékaře vůči pacientovi. Přestože byla napsána čtyři sta let před naším letopočtem je v odborné i laické společnosti stále přijímána, text přísahy je používán a připomínán např. při slavnostních promócích absolventů lékařských fakult. Ačkoliv některé části přísahy nejsou dnes již platné, stále se jedná o dokument, který apeluje na profesní mravnost a obsahuje etické zásady, které jsou stále aktuální (Haškovcová, 2015).

2.2.1. Základní etické principy

Kromě Hippokratovy přísahy se do tvorby základních etických principů promítly i tradice velkých monoteistických náboženství a bylo těžké dosáhnout určitého sjednocení. Ve druhé polovině dvacátého století definovali Beauchamp a Childress čtyři základní principy lékařské etiky ve svém díle *Principles of biomedical ethics*. Beauchamp a Childress předpokládali, že jejich principy budou přijímány všemi, bez rozdílu náboženství a kultury. Tyto základní principy – non maleficence, beneficence, autonomie, justice se úspěšně rozšířily a nyní jsou součástí každé učebnice lékařské etiky (Heřmanová, 2012; Munzarová, 2005).

Princip non maleficence zakazuje poškodit nebo zavinit smrt pacienta, lékař by se měl vyvarovat jakýmkoliv postupům, které by na pacienta měly negativní vliv, či nežádoucí účinky, veškerá rizika by měly být vyvážena přínosem zvolené metody. Princip non maleficence se nevztahuje pouze na medicínské postupy, ale vztahuje se také na psychickou újmu, nebo chybné nakládání s osobními daty pacienta. Kardiopulmonální resuscitace může přijít do kolize s tímto etickým principem, pokud bude prováděna u pacientů v marných případech. Samotné definování marnosti a rozhodování o marné léčbě je však ve většině případů velmi obtížné (Haškovcová, 2015; Ševčík, 2014).

Princip beneficence představuje základní pravidlo lidského jednání – ochranu života a zdraví. Všechny navrhované a provedené diagnostické i léčebné postupy musí být provedeny pouze v zájmu pacienta, aby z nich měl pacient prospěch a nedošlo k jeho poškození. Jakýkoliv diagnostický, či léčebný postup, u kterého nelze pro pacienta předpokládat převažující přínos nad rizikem nesmí být proveden. Jinými slovy znamená princip beneficence vyzkoušet maximum možností, které dnešní medicína nabízí, aby se zlepšilo fyzické i psychické zdraví pacienta. Je dobré myslet na skutečnost, že pacient může přínos a prospěch z léčebného postupu vnímat jinak, než jak to vidí lékař. Příkladem může být například odmítnutí vyslovení souhlasu s poskytnutím zdravotní péče formou negativního reverzu, kdy pacient přeruší léčbu a odchází dobrovolně domů ke svým blízkým i za cenu, že onemocnění bez pokračující léčby skončí smrtí (Truhlář, 2015; Jonsen, 2019).

Princip autonomie znamená respektovat a chránit nezávislost pacienta, jeho samostatné jednání a svobodnou vůli. Z podstaty tohoto principu pacient dostává možnost, aby i v době nemoci měl svůj osud ve svých rukou a pod kontrolou. Prosazování tohoto principu ve zdravotnické praxi znamená respekt k pacientovi a jeho přáním, umožňuje konat rozhodnutí, která jsou v souladu s přesvědčením pacienta. Princip autonomie je v praxi chráněn různými prostředky, např. informovaným souhlasem, negativním reverzem nebo dříve vysloveným přáním. Existují však situace, převážně na odděleních intenzivní péče, kdy není možné od pacienta získat informovaný souhlas ani jeho dříve vyslovené přání. V takových

případech by měl lékař jednat v zájmu pacienta a z hlediska naplnění i ostatních principů spolupracovat s rodinou a s blízkými osobami pacienta, kteří většinou znají preference a přání nemocného. Preference vyjádřené rodinou nemohou zasahovat a ovlivňovat rozhodnutí lékaře, lékař však může v některých případech použít nástroje, které mají oporu v legislativě, jako je zástupný souhlas či nesouhlas (Haškovcová, 2015; Truhlář, 2015).

Princip justice znamená spravedlnost, především spravedlnost v distribuci zdravotní péče a rozdělování prostředků. Tento princip je postaven na solidárnosti zdravotního systému, to znamená, že musí být zajištěna taková úroveň péče na kterou má pacient právo. Všechny zdroje ve zdravotnictví by měly být rozdělovány rovnoměrně a spravedlivě, bez ohledu na společenské postavení pacienta, nebo finance. Žádný pacient nesmí být zvýhodňován ani být diskriminován a každý pacient má právo na zdravotnickou péči odpovídající aktuálním standardům (Haškovcová, 2015; Ševčík, 2014).

Všechny výše uvedené principy jsou ve zdravotnické praxi uplatňovány v kombinaci a v některých situacích mohou vyvolat obtížně řešitelné situace. Kromě již zmíněného konfliktu, kdy nelze zajistit informovaný souhlas pacienta a chránit tak jeho autonomii, se mohou do konfrontace dostat i jiné principy, např. princip non maleficence a beneficence v případě, kdy pacient odmítá léčbu i přesto, že by z ní měl bez pochyby prospěch.

Pro zdravotnickou praxi následně tyto základní čtyři principy nebyly dostačující a v roce 2011 vznikla Evropská charta lékařské etiky³, kde bylo definováno patnáct etických principů, které je vhodné uplatňovat v lékařské praxi. Lékař podle těchto patnácti principů má chránit fyzické i duševní zdraví pacientů, zmírňovat lidské utrpení při respektování kvality života a lidské důstojnosti, upřednostňovat zájem pacienta a jeho zdraví nad zájmy ostatních, poskytovat pacientovi vždy nejlepší a nejvhodnější péči bez diskriminace, brát na zřetel prostředí ve kterém pacient žije a pracuje jako jednu z podmínek pro pacientovo zdraví a kvalitu života, dodržovat lékařské tajemství a nezneužívat poskytnuté informace, využívat všech vědeckých poznatků medicíny ve prospěch pacienta, nejednat v jeho neprospěch, vykonávat povolání v souladu se svým svědomím a s respektem k důstojnosti své i ostatních. Kromě výše zmíněného se etické principy věnují také spravedlivému využívání dostupných finančních zdrojů, zachování transparentnosti, nezávislosti a v neposlední řadě také zakazují jakékoliv nevhodné praktiky, nehumánní či ponižující léčbu bez ohledu na okolnosti, včetně občanského či válečného konfliktu (Haškovcová, 2015).

Další etické principy, se kterými je vhodné se seznámit jsou obsaženy v Barcelonské deklaraci.⁴ Deklarace vymezuje čtyři etické principy – autonomy, dignity, integrity a vulnerability.

³ The European Charter of Medical Ethics dostupné na: <https://www.ceom-ecmo.eu/en/european-charter-medical-ethics-67>

⁴ Barcelonská deklarace je výsledkem výzkumného projektu Basic Ethical Principles in European Bioethic and Biolaw, který probíhal v letech 1995-1998 a měl za cíl formulovat základní etické principy evropské bioetiky.

Autonomy (autonomie) je princip, který chrání schopnost samostatného myšlení, morálního uvědomování a rozhodování, kdy člověk nejedná z donucení a je schopný vyjádřit svobodný informovaný souhlas. Tato schopnost svobodného myšlení a volby je však limitovaná biologickými, materiálními a sociálními aspekty a případným nedostatkem informací k rozvaze. Princip dignity představuje důstojnost člověka. Člověk by se neměl vzdát civilizovaného a zodpovědného chování vůči své osobě, ani k ostatním. Jedná se o určitou vnitřní hodnotu, kterou by si každý člověk měl zachovat. Integrity je princip, který vyjadřuje čest, ctnost nepodplaceného charakteru, poctivost a dobré záměry. Respektování tohoto principu znamená respektování osobního prostředí pacienta, včetně jeho vnímání života a nemoci. Princip vulnerability znamená zranitelnost, představuje ochranu lidského života, protože nám připomíná jeho zranitelnost a definitivnost (Kemp a Rendtorff, 2008).

Kromě etických principů zavazují zdravotnický personál k určitému chování také etické kodexy. Etických kodexů, které jsou ve zdravotnické praxi respektovány, je hned několik – Etický kodex České lékařské komory, Etické kodexy všeobecných sester a ošetřovatelek, Etický kodex zdravotnických pracovníků nelékařských oborů, Etický kodex Práva pacientů aj. Etické kodexy vznikly za účelem zabránit neprofesionálnímu chování, prohřeškům vůči etice a mají vyzdvihnout správné a vhodné chování.

2.2.2. Etické kodexy

Etický kodex České lékařské komory⁵ vyzývá lékaře, aby pečovali o zdraví jednotlivce i celé společnosti, dbali na zásady lidskosti, pečovali o pacienty s úctou k lidskému životu od jeho počátku až po jeho konec se všemi ohledy na lidskou důstojnost, cílem lékaře je chránit život a zdraví, mírnit utrpení bez rozdílu národnosti, rasy, barvy pleti, náboženství, politického smýšlení, sociálního postavení, sexuální orientace, věku, rozumové úrovně nebo pověsti pacienta. Lékař má znát lékařské předpisy a zákony a dodržovat je. Lékař volí a provádí preventivní, léčebné, diagnostické výkony, které pro nemocného považuje za nejvýhodnější, současně respektuje v co největší možné míře vůli nemocného. V etickém kodexu České lékařské komory také najdeme, že lékař nemůže být donucen k výkonu, který je v rozporu s jeho svědomím a část věnovanou nevléčitelně nemocným. V této části je uvedeno, že lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících tiší bolest, chrání lidskou důstojnost a mírní utrpení, v situacích neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti nemá být cílem prodlužování života za každou cenu. Lékař se chová k pacientovi korektně, chápavě, trpělivě a bere ohled na jeho práva. Lékař nemá trvat na paternalistickém přístupu vůči nemocnému, ale respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy a povinnostmi, včetně odpovědnosti za své zdraví. Lékař také nesmí zneužít pacientovu důvěru (Haškovcová, 2015).

⁵ Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory, Etický kodex České lékařské komory dostupný na: https://www.nemho.cz/media/cache/file/16/eticky_kodex-lekar.pdf

Etický kodex všeobecných sester a ošetřovatelek⁶ vymezuje normy etického chování a stejně jako etický kodex České lékařské komory upozorňuje na to, že poskytovaná péče nemá být ovlivněná barvou pleti, věkem, náboženským vyznáním, kulturními zvyklostmi, postižením, nemocí, pohlavím, národností, politickým přesvědčením, nebo společenským postavením pacienta. Dále v etickém kodexu najdeme, že sestra pečuje o zdraví, respektuje lidská práva, hodnoty, zvyky i duchovní přesvědčení pacienta, poskytuje dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí, či navrhovanou terapií a v neposlední řadě chrání důvěrné informace pacienta (Kutnohorská, 2007; Di Cara, 2012).

V neposlední řadě zde bude uveden etický kodex Práv pacientů⁷, hlavně kvůli ustanovení, které říká, že každý pacient má právo získat od svého lékaře údaje, potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího zákroku rozhodnout, zda s ním souhlasí. Pacient má právo být informován o případných rizicích a případných alternativních postupech. Z tohoto ustanovení jsou vyjmuty případy akutního ohrožení života (Haškovcová, 2015).

Je důležité zdůraznit, že dříve porušení etického kodexu mělo u dotyčného mravní dopad, špatné mínění, či pověst nikoliv právní dopad. Později byly jednotlivé kategorie obsažené v etických kodexech převedeny i do zdravotnické legislativy a za jejich porušení byly vymezeny sankce. Příkladná situace je taková, pokud je etická a právní norma ve vzájemné shodě, tudíž jsou mravní hodnoty podporovány a chráněny zákonem (Kutnohorská, 2007; Haškovcová, 2015).

Jak už bylo několikrát zmíněno, dramatický rozvoj diagnostických a léčebných metod s sebou přinesl i řadu dilematických situací. Etické dilema lze charakterizovat jako situaci, kdy je osoba nucena zvolit si mezi stejně přijatelnými, nepřijatelnými, či navzájem se vylučujícími možnostmi, u kterých není zcela jasné, jaké rozhodnutí bude správné. Tyto dilematické situace se rozhodují jednak na základě medicínských kritérií, ale nemůžou se opomíjet ani kritéria etické povahy. Každé rozhodování jednotlivce je limitováno jeho vědomostmi, zkušenostmi i osobním postojem a zaujetím pro danou věc. Do rozhodování se můžou promítnout také náboženské aspekty a odpovědnost za rozhodnutí v dilematických situacích je velmi vysoká, a ne každý je ochoten ji převzít. V dilematických situacích vznikla potřeba daný problém diskutovat s ostatními, utřídit si názory a myšlenky s cílem najít nejvhodnější řešení. Na základě těchto zkušeností začaly vznikat etické komise.

První etické komise vznikly ve světě již v 70.-80. letech minulého století. V České republice začaly vznikat etické komise až po roce 1989, nejdříve bez legislativní opory, té se Česká republika dočkala o rok později, kdy byla založena Centrální etická komise, která později

⁶ Mezinárodní etický kodex pro sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953, poslední revize byla provedena v roce 2000 dostupná na: <https://www.cna.cz/icn-eticky-kodex/>

⁷ Etický kodex "Práva pacientů" navrhla a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky, práva pacientů jsou platná od roku 1992 a dostupné na: <https://www.mpsv.cz/prava-pacientu-cr>

vyzvala odbornou lékařskou veřejnost k zakládání místních etických komisí, zejména ve výzkumných ústavech a nemocnicích (Haškovcová, 2015; Kappl, 2010). Etické komise a jejich působení jsou pro některé specifické zdravotní služby upraveny zákonem (např. v transplantačním zákoně⁸), rovněž působí jako poradní orgány poskytovatelů zdravotních služeb. Hlavním úkolem těchto etických komisí je objasňování eticky obtížných situací, zejména řešení otázek v oblasti transplantací orgánů, zavádění nových metod do klinické praxe, dohlížení na provedení a průběh klinických studií aj. Etické komise, které mají oporu v legislativě pouze pro některé výše zmíněné případy, nemají možnost objasňovat a rozhodovat eticky a právně sporné situace, které vznikají ve zdravotnické praxi (Šimek 2008; Jonsen, 2019).

⁸ Zákon č. 285/2002 Sb. o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon)

2.3. Právní aspekty kardiopulmonální resuscitace

Při pochybení zdravotnického personálu v rámci poskytování zdravotnických služeb, mohou ve zdravotnickém zařízení vzniknout právně-sporné situace. Samotné zahájení či nezahájení KPR v situacích, kde je chybně rozpoznána indikace či kontraindikace, může mít pro zdravotnický personál vážné právní následky. V následujícím textu budou představeny důležité dokumenty chránící práva pacientů i zdravotnického personálu.

Listina základních práv a svobod⁹ náleží k základnímu a nejdůležitějšímu dokumentu chránící základní lidská práva. Tato listina je součástí Ústavy České republiky a zaručuje základní lidská práva všem lidem, bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry, náboženství, politického smýšlení, národní příslušnosti, příslušnosti k etické menšině, bez rozdílu majetku, rodu nebo společenského postavení. Mezi základní lidská práva, která se vztahují na oblast zdravotnictví, patří právo na život, právo na osobní svobodu, právo na zachování lidské důstojnosti, právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromí, právo svobodného myšlení, svědomí a náboženského vyznání.

Zákon o zdravotních službách¹⁰ upravuje podmínky poskytování zdravotních služeb. Zákon definuje druhy a formy zdravotní péče, upravuje způsoby zpracování osobních údajů a vedení zdravotnické dokumentace. Kromě již zmíněného obsahu tento zákon upravuje práva a povinnosti pacientů, zdravotníků a poskytovatelů zdravotních služeb. Dle znění tohoto zákona mohou být zdravotní služby poskytnuty pacientovi pouze s jeho svobodným informovaným souhlasem, což však v souvislosti s poskytováním KPR není ve zdravotnické praxi proveditelné. Pacient má dle znění tohoto zákona právo na zdravotní péči na náležité odborné úrovni, právo na důstojné zacházení, respektování soukromí a ohleduplnost. Součástí tohoto zákona je také ustanovení upravující dříve vyslovená přání pacienta. V souvislosti s právními aspekty KPR je důležité poukázat na část tohoto zákona, upravující práva a povinnosti zdravotnického pracovníka, zejména povinnost poskytnout neprodleně první pomoc každému, kdo je v ohrožení života nebo u koho hrozí vážné poškození zdraví. Zdravotnický pracovník naopak má právo neposkytnout zdravotní služby v případě, kdy by ho jejich poskytování bezprostředně ohrozilo na životě, zdraví nebo odporovalo jeho svědomí, či náboženskému vyznání.

Zákon o zdravotnické záchranné službě¹¹ upravuje podmínky poskytování zdravotnické záchranné služby. Zdravotnická záchranná služba dle znění tohoto zákona musí poskytnout zdravotní péči, včetně případných neodkladných výkonů k záchraně života, které směřují k obnově, či stabilizaci základních životních funkcí. V rámci přednemocniční péče lze

⁹ Listina základních práv a svobod

¹⁰ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

¹¹ Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů.

odmítnout poskytnutí neodkladné péče v případě, pokud by byl bezprostředně ohrožen život nebo zdraví záchránce.

Úmluva o lidských právech a biomedicině¹² je dokument obsahující opatření k ochraně lidských práv a důstojnosti jedince v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Rada Evropy tento dokument vytvořila na základě obavy, že by narůstající úspěch a pokroky biomedicíny byly zneužity ve prospěch společnosti. Úmluva obsahuje ustanovení, které zajišťuje že zájmy a blaho lidské bytosti budou nadřazeny zájmům společnosti, dále ustanovuje rovné zajištění dostupnosti zdravotní péče patřičné kvality a v neposlední řadě se jedná o právní dokument, kde bylo poprvé představeno dříve vyslovené přání pacienta. V textu úmluvy je uvedeno, že bude brán zřetel na dříve vyslovené přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání. Podrobněji však dříve vyslovené přání již nedefinuje. Dále je v této úmluvě zveřejněno, že každý člověk má právo znát veškeré informace o svém zdravotním stavu a případné přání nebýt informován, musí být respektováno.

Charta práv umírajících¹³ je dokument chránící práva nevléčitelně nemocných a umírajících pacientů. Tento dokument vznikl jako reakce na situace, kdy rostoucí pokrok a vývoj medicíny, včetně resuscitačních technik uměle prodlužoval proces umírání u těchto pacientů. Prodloužení života by nemělo být jediným medicínským cílem, lékař by se měl zabývat i úlevou od utrpení a brát ohled na kvalitu života pacienta. Cílem dokumentu je respektování a ochrana lidské důstojnosti všech nevléčitelně nemocných a umírajících pacientů. Součástí tohoto doporučení je také výzva členským státům, aby ve svých zákonech vytvořily vhodnou legislativní oporu pro situace, kterých se terminálně nemocní a umírající pacienti obávají (Loučka, 2015).

Občanský zákoník¹⁴ chrání osobní stav, duševní a tělesnou integritu člověka. Občanský zákoník definuje právní osobnost, jako způsobilost mít svá práva a povinnosti. Této právní osobnosti, ani svéprávnosti se člověk nikdy nemůže vzdát a pokud by tak učinil, nebude tomu přihlíženo. Dle znění tohoto zákona vzniká každému povinnost ctít svobodné rozhodnutí člověka žít podle svého. Pokud by byla nějakým způsobem osobnost člověka dotčena, má právo domáhat se upuštění od neoprávněného zásahu, či jeho následku. Kdo by chtěl provést zásah do integrity člověka, např. zákrok, musí dle znění tohoto zákona vše srozumitelně vysvětlit, toto vysvětlení je řádně podáno ve chvíli, kdy lze očekávat, že ho dotyčný pochopil včetně očekávaných následků, či jiných alternativních postupů. Souhlas k zásahu do integrity člověka vyžaduje písemnou formu. Pokud dotyčný nemůže souhlas projevit, byt jen přechodně, vyžaduje se

¹² Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině, č. 96/2001 Sb. m. s.

¹³ Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 o ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících

¹⁴ Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

souhlas manžela, manželky, rodiče, nebo jiné blízké osoby. Pokud není možnost získat souhlas ani od blízkých osob, může souhlas udělit jiná přítomná osoba, která o osobu projeví mimořádný zájem. V textu tohoto zákona je také část věnována dříve projevenému přání pacienta, které má být obecně zohledněno. Na rozdíl od zákona o zdravotních službách nestanovuje občanský zákoník ohledně dříve projeveného přání žádné nároky na jeho formální úpravu, ale ctí neformálnost takového jednání (Doležal, 2017).

Trestní zákoník¹⁵ zde bude představen, protože vymezuje trestné činy, sankce a trestní odpovědnost, která se může týkat zdravotnického personálu, pokud se dopustí některého z trestných činů. Zároveň znalost trestního zákoníku může předejít zbytečným obavám s trestně-právního sporu, pokud zdravotnický personál jedná v souladu s legislativou ČR. Důležitým bodem trestního zákoníku je ustanovení § 30, který pojednává o okolnostech vylučující protiprávnost činu, dle jehož znění trestný čin nespáchá jedinec, který jedná na základě svolení jiné osoby, jejíž zájmy jsou činem ovlivněny. Z tohoto ustanovení jsou však vyjmuty zdravotní zákroky, které by vedly k poškození zdraví, či způsobení smrti. Dle znění trestního zákoníku náleží mezi trestné činy proti životu a zdraví úmyslné usmrcení, usmrcení z nedbalosti, účast na sebevraždě, těžké ublížení na zdraví, těžké ublížení na zdraví z nedbalosti, ublížení na zdraví a ublížení na zdraví z nedbalosti. Pro zdravotnické pracovníky při výkonu povolání jsou za ublížení na zdraví a těžké ublížení na zdraví stanoveny jiné sazby trestů. Zdravotnický personál může být dle závažnosti trestného činu potrestán zákazem činnosti, peněžitým trestem, trestem odnětím svobody a v případě úmyslného usmrcení i výjimečným trestem.

¹⁵ Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

2.3.1. Informovaný souhlas

Poskytování zdravotní péče předpokládá, že se tak bude dít s respektováním osobnosti pacienta. Autonomie lidské bytosti, její svoboda o sobě rozhodovat vyžaduje, aby péče byla poskytnuta nejen na náležité odborné úrovni (*lege artis*), ale současně je nezbytné, aby pacient k poskytnutí takové péče dal, v mezích případných zákonných povinností, informovaný souhlas (Těšinová et al., 2019).

Základ mezinárodní právní úpravy informovaného souhlasu je zakotven v Úmluvě o lidských právech a biomedicině¹⁶, která v čl. 5 stanovuje obecné pravidlo: Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. V národní legislativní úpravě je informovaný souhlas stanoven v zákoně o zdravotních službách¹⁷ i v občanském zákoníku¹⁸. Občanský zákoník uvádí, že nikdo nesmí, mimo případ stanovený zákonem, zasáhnout do integrity jiného člověka bez jeho souhlasu, který je udělen s vědomím o povaze zásahu i jeho případných následcích. Mimo výše zmíněné povinnosti je v občanském zákoníku zaneseno, že ten, kdo chce na jiném člověku provést zákrok, musí srozumitelně vysvětlit povahu tohoto zákroku.

Zákon o zdravotních službách upravuje podrobněji podmínky, za nichž může být informovaný souhlas dán, a také rozsah informací o zdravotním stavu pacienta, který je lékař povinen pacientovi poskytnout. Poskytovatel zdravotních služeb je povinen zajistit, aby byl pacient srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu i o navrženém postupu zdravotní péče. Informovaný souhlas může udělit pouze pacient svéprávný (tj. způsobilý k platnému projevu vůle) a ten, který nejedná v duševní poruše (např. ve stavu aktuálního psychického rozrušení). Informovaný souhlas by měl obsahovat údaje o účelu zdravotnického výkonu, včetně předpokládaného prospěchu pro nemocného i týkajících se rizik. Dále by měl být pacient informován o možných důsledcích zákroku či případném omezení, která mohou být s navrhovaným výkonem spojena (např. předpokládaná doba hospitalizace, pracovní neschopnosti). Opomenuty by neměly být ani případné léčebné alternativy ke zvolenému výkonu. Informovaný souhlas může být učiněn výslovně, a to písemně či ústně, nebo jiným způsobem nevzbuzujícím pochybnosti o tom, co chtěl pacient projevít (konkludentně). Ve zdravotnické praxi se neméně často mohou vyskytnout situace, kdy pacient nemůže z nějakého důvodu souhlas vyjádřit výslovně. V takovém případě, kdy pacientův zdravotní stav neumožňuje vyjádření souhlasu, odvolání souhlasu nebo vyslovení nesouhlasu s poskytnutím zdravotních služeb, zdravotnický pracovník zaznamená projev

¹⁶ Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině, č. 96/2001 Sb. m. s.

¹⁷ Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb.

¹⁸ Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

pacientovi vůle do zdravotnické dokumentace, včetně způsobu, jakým pacient svou vůli vyjádřil. Tento záznam podepíše zúčastněný zdravotnický pracovník a svědek. Zákonná úprava, kromě situací v zákoně výslovně uvedených, nevyžaduje u informovaného souhlasu výlučně písemnou formu, ale tuto formu si může poskytovatel zdravotních služeb stanovit u jednotlivých výkonů i dobrovolně. Projevu vůle pacienta musí vždy předcházet rozhovor pacienta s lékařem s dostatkem času tak, aby mohl pacient položit případné otázky a lékař si mohl ověřit, zda pacient dostatečně všem informacím porozuměl. Přestože je informovaný souhlas ve zdravotnické praxi poměrně běžně používaný nástroj, stále se v souvislosti s jeho používáním můžeme setkat s problémy. Nejčastější chybou, která se ve zdravotnické praxi vyskytuje, je skutečnost, že pacient je informován pouze formou písemnou, bez rozhovoru s lékařem (Haškovcová 2015; Jonsen 2019).

Na základě těchto informací má pacient právo svobodně, bez nátlaku a bez jakýchkoliv podmínek rozhodnout, zda navrhovanou léčbu či výkon podstoupí. Za informovaný souhlas se považuje také souhlas pacienta, který se podání informace dobrovolně vzdal. Pacient může svůj souhlas s poskytováním zdravotních služeb odvolat, ale nesmí tak učinit potom, co bylo provádění zdravotnického výkonu již započato a jeho přerušování by vedlo k poškození zdraví nebo ohrožení života. Informovaný souhlas je základním kamenem vztahu mezi lékařem a pacientem, vyžaduje vzájemnou spolupráci, dobrou komunikaci, oboustranný respekt a sdílené rozhodování. Správně získaný informovaný souhlas je ochranou pro obě strany, lékaře i pacienta. Etický i právní význam informovaného souhlasu narůstá společně s mírou zásahů do lidského organismu i do kvality života pacienta. Zlepšující se metody léčby dnes úspěšně vyřeší řadu nemocí, avšak často se jedná o doživotně zatěžující léčbu, která často znamená zásadní změny v pacientově kvalitě života. Informovaný souhlas umožňuje, aby pacient měl o následné léčbě realistická očekávání, včetně případných komplikací. Díky těmto informacím se pacient může sám rozhodnout podle svých preferencí (Jonsen, 2019). V této souvislosti je důležité zmínit, že v případě, kdy pacient usoudí že navrhovaná léčba je i přes všechny poskytnuté informace v rozporu s jeho preferencemi, může vyjádřit nesouhlas s navrhovanou terapií. Podmínky ohledně neposkytnutí souhlasu určuje zákon o zdravotních službách § 34 ve kterém je uvedeno, že pacientovi, který odmítá vyslovit souhlas má být opakovaně podána informace, že neposkytnutí zdravotních služeb může poškodit jeho zdraví, nebo ohrozit život. V situacích, kdy pacient odmítá udělit souhlas s navrhovanou léčbou či výkonem musí být učiněno písemné prohlášení – tzv. negativní reverz (Těšinová et al., 2019).

2.3.2. Zástupný souhlas

Jestliže se dospělý, kompetentní pacient dostane do zdravotního stavu, který nedovoluje vyjádření souhlasu (např. stav bezvědomí, duševní porucha) zákon o zdravotních službách v takovém případě definuje tzv. zvláštní zástupčí oprávnění – zástupný souhlas. Zástupný souhlas je vyžadován u všech zdravotních služeb, které nelze poskytnout bez souhlasu pacienta jako tomu je v případě neodkladné péče. Při přijetí do péče nebo kdykoliv po přijetí pacient může určit osobu (či osoby), která může být informována o jeho zdravotním stavu, a současně může určit, zda tato osoba (či osoby) je oprávněna vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb. V případě, že žádná osoba nebyla pacientem určená nebo určena sice byla, ale není dosažitelná, přechází toto právo na další osoby, a to podle pořadí v zákoně o zdravotních službách stanoveném: manžela nebo registrovaného partnera, následuje souhlas rodiče, nejsou-li rodiče nebo nebudou-li dosažitelní, vyžaduje se souhlas jiné osoby blízké¹⁹ způsobilé k právnímu jednání, pokud je známa. Pokud poskytovatel zdravotních služeb nemá kontakt na žádnou z osob výše uvedených, může se obrátit na Policii ČR, která je povinna poskytnout adresu místa pobytu žijícího manžela nebo žijícího dítěte pacienta. Zdravotničtí pracovníci mají povinnost vyvinout přiměřené úsilí, aby našli osobu pro zástupné rozhodování, pokud je na místě provést odkladný zdravotní výkon. V souvislosti se zástupným souhlasem mohou ve zdravotnické praxi vzniknout také eticky a právně sporné situace. S přijetím souhlasu s navrhovanou péčí v praxi není příliš problém, avšak komplikovanější je to v případě, že se osoba zastupující pacienta rozhodne péči odmítnout. Argumentace se často opírá o výklad zákona o zdravotních službách (§ 34 odst. 7), kde je zmíněn souhlas ale nikoliv nesouhlas. Otázce, zda má osoba určená pacientem či zdravotníkem právo za pacienta podat negativní reverz se věnovalo několik právníků zaměřených na zdravotnické právo. Shodují se v tom, že osoba, která má právo za pacienta udělit zástupný souhlas má stejné právo udělit i zástupný nesouhlas. Poskytovatel zdravotních služeb má povinnost zaznamenat odmítnutí péče odpovídajícím způsobem – vyslovení negativního reverzu, doplnění informací o následcích nepodstoupení navrhované péče a písemně rozhodnutí zdokumentovat (Doležal, 2019; Černá Pařízková et al., 2015).

¹⁹ Za osobu blízkou je podle občanského zákoníku považován příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel nebo partner podle jiného zákona upravujícího registrované partnerství; jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném (např. nevlastní děti) se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, pokud by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní; osobami blízkými jsou i osoby sešvagřené nebo osoby, které spolu trvale žijí (druh a družka).

2.3.3. Bez souhlasová péče

V naléhavých mezních situacích (stavu nouze), kdy je třeba provést nezbytný léčebný zákrok, který nesnese odkladu, se mohou lékaři ocitnout před zdánlivým konfliktem dvou povinností: povinnosti poskytnout potřebnou péči a povinností získat souhlas pacienta. Za této situace, kdy jsou v kolizi dvě právem chráněné hodnoty, na straně jedné ochrana života a zdraví a na straně druhé ochrana svobody rozhodování jedince, je lékař oprávněn poskytnout potřebnou péči i bez souhlasu pacienta ale pouze tehdy, pokud není možné vyžádat si souhlas pacienta s poskytnutím zdravotní péče vzhledem k jeho zdravotnímu stavu a současně se musí jednat o péči neodkladnou. Dle znění zákona o zdravotních službách²⁰ tedy lze pacientovi bez informovaného souhlasu poskytnout pouze neodkladnou péči, výhradně v případech, kdy nemůže tento souhlas sám objektivně poskytnout pro svůj nepříznivý zdravotní stav (např. stav bezvědomí) anebo pokud není schopen dát právně relevantní souhlas (např. pacient jednající v duševní poruše). Neodkladná péče nemůže být poskytnuta, pokud pacient má platné dříve vyslovené přání, vztahující se k dané situaci. Tato úprava je v souladu i s mezinárodní úpravou Úmluva o lidských právech a biomedicíně²¹, která v článku 8 uvádí, že pokud v situacích nouze nelze získat příslušný souhlas, jakýkoliv nutný lékařský zákrok lze provést neprodleně, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotčené osoby. Lékař má povinnost zasáhnout i při absenci informovaného souhlasu, pokud je pacient v bezprostředním ohrožení, jakmile však toto bezprostřední ohrožení pomine, je nutné pacienta nejen informovat, ale vyžádat si od něj i potřebný souhlas (Těšinová et al., 2019).

Vzhledem k tomu, že se jedná o výjimku z jinak obecně platného pravidla poskytování péče výhradně se souhlasem pacienta, je její aplikace vázána na splnění určitých podmínek. Musí se jednat o stav nouze, který lékaři znemožňuje získat řádný informovaný souhlas, poskytnuta může být pouze neodkladná péče, jež nesnese odkladu a zákrok tak musí být proveden pro přímý prospěch dotčeného. Vyloučeny jsou zákroky, jejichž odklad je přijatelný. K provedení odkladných zákroků je třeba vyčkat udělení souhlasu pacientem, pokud je to reálné, případně využít zástupného souhlasu. Určení odkladnosti či urgentnosti zákroku je vždy věcí medicínskou a záleží na rozhodnutí lékaře. Není výjimkou, že se odkladné výkony stanou neodkladnými a lze je provést bez souhlasu pacienta, či zástupné osoby (Pařízková et al., 2015). Má-li poskytovatel zdravotních služeb k dispozici právně relevantní dřívější projev vůle pacienta (tzv. dříve vyslovené přání), je povinen – vyjma zákonem stanovených výjimek – se touto vůlí ohledně provedení či neprovedení pacientem předvídaných zákroků řídit. Stavem nouze tak není dotčeno dříve vyslovené přání pacienta.

²⁰ Srov. § 38 zákona č. 372/2011 Sb.

²¹ Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně, č. 96/2001 Sb. m. s.

2.4. Dříve vyslovené přání

Institut dříve vysloveného přání (DVP) je právní a etický nástroj, který má podobně jako informovaný souhlas garantovat respekt k pacientově autonomii. Dříve vyslovená přání se ale nevztahují k současnému postupu léčby, nýbrž jsou pokynem, který pacient vyslovuje dopředu pro situaci, kdy by v budoucnu již nebyl sám schopen se vyjádřit k průběhu léčby.

Dříve vyslovené přání se do České republiky dostalo ratifikací mezinárodní Úmluvy o lidských právech a biomedicíně²² v roce 2001. Článek 9 této úmluvy upravuje práva pacienta ohledně DVP, jeho znění je následující: bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání. Podrobnou právní úpravu nalezneme v ustanovení § 36 zákona o zdravotních službách, dle něhož je DVP předem vyjádřený souhlas, či nesouhlas pacienta pro situaci, kdy tento souhlas, či nesouhlas nebude pacient schopný poskytnout.

Přestože institut DVP má v legislativě České republiky své místo, ve zdravotnické praxi se stále vyskytuje řada nejasností ať už ze strany veřejnosti, tak ze strany zdravotnického personálu. Nejasnosti a neznalost doprovázela zavedení institutu DVP do zdravotnické praxe i v jiných zemích.

Ve Španělsku novela zákona General Health Act, z roku 2002, upravuje právo na autonomii pacienta, práva a povinnosti v záležitosti klinických dokumentů a definuje DVP. Přesto o 8 let později, v roce 2010, kdy probíhalo výzkumné šetření v několika nemocnicích v Madridu, z výsledku vychází, že zdravotnický personál nekontroluje, zda pacienti v jejich péči mají DVP, či nikoliv. Velká část pacientů také uvedla, že jejich přání o neposkytnutí určité léčby není vůbec respektováno (Velasco-San, 2015).

Oblast intenzivní péče je v medicíně jedna z velmi vyvíjejících se, technologie, přístroje i invazivní zákroky se stále zlepšují. Přesto i intenzivní terapie musí být v první řadě v souladu s přáním pacienta a neměla by překračovat přirozené limity (např. léčba pacienta s nepříznivou dlouhodobou prognózou). Oblast intenzivní péče je specifická právě i tím, že pacienti hospitalizováni na jednotkách intenzivní péče jsou často v tak vážném stavu, že jim nelze vysvětlit invazivní postupy a získat od nich potřebný informovaný souhlas. V takovýchto situacích je pacient často zastoupen blízkým příbuzným, který by měl hájit pacienta, jeho přání a hodnoty. Nicméně často ani nejbližší příbuzní nejsou schopni říct s úplnou jistotou, co si pacient opravdu přeje (de Heer, 2017). V České republice podle platné právní úpravy pacient nemůže být pro otázky související s poskytováním neodkladné péče zastoupen osobami blízkými a tyto situace sebou přinášejí problematické aspekty. Zástupný souhlas lze využít

²² Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně, č. 96/2001 Sb. m. s.

pouze pro odkladné výkony a nemá přesah do otázek týkajících se kvality života, či smrti. Dříve vyslovené přání tak zůstává jako jediný nástroj, který chrání princip autonomie i v situacích, kdy ho vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta nelze uplatnit a jedná se o vhodný způsob, jak respektovat pacientovo přání a preference.

2.4.1. Dříve vyslovené přání ve světě

Pojem dříve vyslovené přání (z angl. advance directives, také living wills) vznikl ve Spojených státech amerických (USA) na konci 60. let (Hubert, 2019). Termín living will poprvé použil advokát Luis Kutner, který uvedl dokument²³, obsahující líčení utrpení pacientů s nevléčitelným onemocněním a možnosti zastavení lékařské péče u pacientů ve vegetativním stavu u kterých je téměř jisté, že jejich mentální a fyzické schopnosti již nebudou znovu obnoveny (Matějek, 2011; Kutner, 1969). První stát v USA, kde DVP dostalo legislativní podporu byla Kalifornie, kde v roce 1976 přijali zákon Natural Death Act v roce 1976 (Heřmanová, 2012). Další země následovali Kalifornii a DVP se dostaly do legislativy i dalších zemích v USA. Důležitým mezníkem bylo přijetí federálního zákona²⁴, který měl pacientům pomoci vyhnout se nežádoucím lékařským zákrokům. Tento federální zákon vyžadoval od federálně financovaných zdravotnických institucí, aby zjišťovaly přítomnost DVP a zaznamenávaly preference pacientů do lékařských záznamů (Luce, 2009).

Zatímco v USA jsou dokumenty umožňující pacientům vyjádřit svá přání o budoucí léčbě známá již od 70. let, do Evropy se tyto dokumenty dostaly až o 10 let později. První záznamy upravující DVP v Evropě byly sepsány ve Velké Británii (Heřmanová, 2012). Legislativní úpravy se však Velká Británie dočkala až déle, první Evropskou zemí, která přijala zákon upravující DVP bylo Nizozemsko, které schválilo zákon²⁵ v roce 1994, dále v roce 2000 došlo ke schválení zákona ve Skotsku²⁶. V následujícím textu budou představeny další zákony evropských zemí, které upravují DVP pacienta. V květnu roku 2002 se ke stávajícím Evropským zemím přidala Belgie²⁷ a v listopadu schválilo zákon i Španělsko²⁸. V dubnu 2005 byly přijaty zákony v Anglii a Walesu²⁹, stejně tak byly dokumenty týkající se DVP začleněny do legislativy ve Francii³⁰, zákonem o právech nemocných na konci života (Veshi, 2015). Tento zákon nebyl ve Francii pro lékaře závazný, avšak měl být zohledněn v případě, že pacient není schopen vyjádřit svůj názor (Hubert, 2019). V tomto zákoně bylo uvedeno, že každý dospělý, zdravý či nemocný, může formulovat DVP, jedná se o písemné vyjádření přání dotyčného ohledně péče na konci života,

²³ Due Process of Euthanasia: The Living Will, A Proposal z roku 1969, kdy byl poprvé použit termín living will dostupné na: [Due Process of Euthanasia: The Living Will, A Proposal \(indiana.edu\)](http://www.indiana.edu/~dueprocess/)

²⁴ Patient Self Determination Act přijatý v roce 1990

²⁵ Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

²⁶ Adults with Incapacity

²⁷ Loi relative a l'euthanasie

²⁸ Basica reguladora de la autonomla del pacientey de derechosy obligaciones en materia de informaciony documentacion clinica

²⁹ Mental Capacity Act

³⁰ Loi relative aux droits des malades et a la fin de vie, tzv. Leonettiho zákon

jestliže tato osoba nebude schopná dát najevo svá přání. Také zde bylo uvedeno, že DVP lze konzultovat s lékařem a doba platnosti tohoto dokumentu byla stanovena na tři roky. Obsah tohoto zákona byl nahrazen novým zákonem přijatým v únoru 2016. Nový zákon s názvem Claves – Leonetti obsahuje novou úpravu pro terminální onemocnění a pacienty na konci života. Dříve vyslovené přání má ochraňovat a udržovat preference pacienta a je nadřazené nad preferencemi zástupce s rozhodovací povinností. Doba platnosti na tři roky byla zrušena a lékař se stal povinným toto přání respektovat (Andreau, 2018). Do Rakouské legislativy se dostal zákon³¹ upravující DVP v květnu 2006, do Švýcarské legislativy byl zákon³² přijat v prosinci 2008, o rok později v březnu 2009 se dostalo na řadu Lucembursko³³ a v červnu 2009 Německo³⁴. V červenci 2012 přijali zákon³⁵ v Portugalsku. Jedna ze západoevropských zemí, která dlouho neměla žádný zákon, který by upravoval DVP pacientů byla Itálie. První návrh zákona³⁶, který měl přinést změnu však neprošel senátem (Veshi, 2015). Itálie se schválení zákona³⁷ upravující DVP definitivně dočkala až v prosinci 2017 (Paolo, 2019).

2.4.2. Využívání dříve vysloveného přání v praxi

V České republice proběhlo v roce 2015 na oblast DVP šetření veřejného mínění. Výzkumné šetření provedla agentura STEN/MARK za podpory Ministerstva práce a sociálních věcí ČR a Ministerstva zdravotnictví ČR. Šetření probíhalo u dvou skupin, laické veřejnosti a zdravotníků/lékařů. Výsledky šetření ukázaly, že u obou skupin převládá přesvědčení, že o rozhodujících krocích v terapii by měl rozhodovat lékař (veřejnost 93 %, lékaři 96 %). Co se týče postojů laické veřejnosti k DVP, šetření ukázalo, že většina lidí (68 %) považuje za důležité, mít sepsané pokyny o následné péči pro případ, že by již nebyli schopni komunikovat. Zkušenost s DVP, ať už vlastní, nebo zprostředkovanou, však udává pouze 4% laické veřejnosti. Respondenti z řad veřejnosti byli s konceptem DVP podrobněji seznámeni a vnímají ho jako smysluplný, velká část (59 %) je přesvědčena, že by jejich přání bylo v praxi respektováno a (69 %) nemá problém obrátit se ohledně DVP na svého obvodního lékaře. Výsledky šetření u lékařů ukázaly, že velká část z nich (75 %) se u pacienta setkala s poskytováním marné léčby. O existenci DVP většina lékařů slyšela, ale je zde i malá část (20 %), která o nich neslyšela nikdy. Mezi nejvíc obeznámené specializace patří intenzivní medicína a geriatric. Vlastní zkušenost s DVP u lékařů je velmi nízká, většina lékařů (90 %) se nesetkala s tím, že by některý pacient chtěl sepsat DVP, zároveň se lékaři (88 %) nesetkali ani s pacientem, který by měl sepsané DVP. V situaci, kdy by pacientovo přání bylo v rozporu s navrhovanou terapií, lékaři by se spíše

³¹ Bundesgesetz über Patientenverfügungen

³² Schweizerisches Zivilgesetzbuch

³³ Soins palliatifs, directive anticipée, fin de vie

³⁴ Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts

³⁵ Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeagao de procurador de cuidados de saude e cria o Registo Nacional do Testamento Vital

³⁶ Návrh zákona č. 2350 Provisions Relating to Therapeutic Alliance, Informed Consent and Advance Directives for Treatments

³⁷ Provisions for informed consent and advance directives

snažili opatrovníka přesvědčit o benefitech navrhované terapie. Větší část lékařů (64 %) si však dokáže představit situaci, ve které by pacientovo DVP bylo přínosem. Respondenti z řad lékařů si uvědomují také rizika, která sebou tento koncept přináší, nejčastěji se obávají komplikací při nesouhlasu s rodinou a také případného postihu, pokud by se ukázalo DVP, jako neplatné. Výše uvedené výsledky z výzkumného šetření ukázaly, že přestože je DVP ukotveno už několik let v naší legislativě stále není v řadách veřejnosti i odborníků dostatečně rozšířeno a používáno (STEM/MARK, 2015).

Jinak tomu není ani v jiných zemích Evropy, navzdory úpravám ve francouzské legislativě, průzkum ohledně využití DVP ve Francii ukázal, že jej použilo za poslední rok pouze malá část pacientů (2,5 %). Vysvětlením tohoto nízkého počtu může být špatné povědomí ohledně DVP u zdravotnického personálu i veřejnosti ale také to, že pro pacienta je složité zvážit jejich vlastní úmrtí, zvláště pokud se nachází v dobré zdravotní kondici a netrpí žádným vážným, či nevléčitelným onemocněním (Andraeu, 2018). Analýza dat provedená v roce 2007 v 11 německých ošetrovatelských domech ukázala, že pouze malá skupina obyvatel těchto domů (11 %) měla sepsané DVP. Podle dostupných průzkumů a analýz týkajících se výskytu těchto dokumentů, je zřejmý jejich nižší počet do roku 2009, kdy byl přijat německý zákon³⁸ ohledně DVP. Analýza dat provedená německou fakultní nemocnicí v letech 2013-2014, zahrnující 181 geriatrických traumatologických pacientů ukázala, zvýšený výskyt plných mocí (33 %) a DVP (24 %). Na základě jiné kvantitativní studie, která probíhala v roce 2013-2014 na odděleních intenzivní péče německé fakultní nemocnice Hamburg-Eppendorf, byl zjištěn také vyšší výskyt dokumentů týkajících se DVP, z celkem 998 zařazených pacientů jich 512 (51,3 %) uvedlo, že u nich byla stanovena plná moc, nebo DVP (de Heer, 2017).

2.4.3. Dříve vyslovené přání v oblasti intenzivní péče

Dříve vyslovená přání mají zejména na jednotkách intenzivní péče (JIP), kde se poskytují často invazivní intervence, poměrně složité využití. Velké části úmrtí pacientů na JIP předchází resuscitace nebo pozastavení, či ukončení terapie udržující život. Zdravotní stav pacientů, kterým je na JIP péče poskytována, je často ve velmi zhoršené zdravotní kondici a pro pacienty je velmi složité stanovit si své preference a hodnoty. Nadšení pro technologické vymoženosti a moderní léčbu ze strany rodiny a poskytovatelů zdravotní péče často zastiňují vlastní přání pacienta, jeho kvalitu života a hodnocení zátěže léčby oproti jeho přínosu (Thelen, 2005).

Je nezbytné si uvědomit, že intenzivní péče může u pacientů, kteří nereagují na poskytovanou péči prodloužit proces umírání. Omezení život podporující terapie v těchto situacích je eticky přijatelná a běžně používaná praxe ve světě. Jedná se zejména o pacienty, u kterých poskytovaná intenzivní péče nevede k přežití, nebo by nebylo možné docílit přijatelné kvality života (Kranidiotis, 2010). Rozhodování na jednotkách intenzivní péče ohledně konce života je

³⁸ Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts

mnohostranně náročné, nejen emocionálně. Lékaři a nelékařský zdravotní personál se nacházejí v nelehké situaci, kdy je od nich vyžadováno, aby udělali zásadní rozhodnutí u pacienta, který často nemá možnost se k dané situaci sám vyjádřit. Těchto situací je na oddělení intenzivní péče stále více a rozhodnutí, které často lékaři musí učinit souvisí s pozastavením, či zastavením život udržující léčby (Flannery, 2015).

Pro prostředí intenzivní péče je velmi důležité posoudit, jak moc jsou dokumenty týkající se DVP pro rozhodování důležité. V dotazníkovém šetření lékařů a příbuzných Leder et al. byla formulace DVP pro prostředí intenzivní péče ohodnocena jako nevhodná, podobné výsledky byly potvrzeny i od ostatních skupin. Dokumenty týkající se přání pacienta jsou na jednotkách intenzivní péče často nedostupné, nebo nemohou být použity, protože jsou chybně formulované. S těmito všemi limity zůstává rozhovor mezi lékařem a pacientem, nebo příbuznými tváří v tvář nejčastější cestou k posouzení přání a preferencí pacienta. Samotné vytvoření DVP je pro osoby bez zdravotnického vzdělání velmi složité, zejména proto, že je pro ně nepředvídatelné, k jakému vývoji situace může na jednotce intenzivní péče dojít (de Heer, 2017).

2.4.4. Etická a právní úskalí DVP

Dříve vyslovené přání pacienta je v České republice chápáno jako vůle pacienta vyjádřena pro případ, kdy přestane být schopen vyjádřit své rozhodnutí o dalším postupu v poskytování zdravotních služeb. K tomuto autonomnímu rozhodnutí musí být pacient kompetentní, v rozhodnutí je často požadováno specifikum nemoci, či konkretizování daného výkonu ke kterému se DVP vztahuje. Dříve vyslovené přání má přesně stanovenou formální úpravu, musí mít písemnou formu a musí obsahovat úředně ověřený podpis pacienta. Součástí DVP je písemné poučení pacienta lékařem o důsledcích jeho rozhodnutí. Primárně by měl být pacient poučen lékařem v oboru všeobecné lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo případně jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s nímž DVP souvisí. Takový dokument má časově neomezenou platnost a zavazuje všechny poskytovatele na území ČR. Dříve vyslovené přání ale může být učiněno i při přijetí do péče poskytovatelem zdravotních služeb nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace. Pro tento případ je stanovena jeho speciální právní úprava, kdy se místo úředně ověřeného podpisu pacienta vyžaduje přítomnost svědka. Platnost takového DVP je pouze na území poskytovatele, kde bylo učiněno (Těšinová et al., 2019).

Právní úprava DVP se s nabytím účinnosti zákona o zdravotních službách³⁹ poměrně hodně formalizovala. Následně byl o DVP doplněn i občanský zákoník⁴⁰, kde je stanoveno, že se na DVP pacienta má brát ohled, ale tato úprava je ve vztahu k zákonu o zdravotních službách úpravou obecnou. Přestože je právní úprava podrobnější, stále DVP vyvolává některé právní

³⁹ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

⁴⁰ Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

otázky, zvláště v případě, pokud by takový dokument byl chybně formulovaný a tudíž neplatný. Dříve vyslovené přání může být chápáno jako chybně formulované, pokud nejsou splněny všechny náležitosti nebo je jeho obsah příliš obecný a nelze z něj usoudit na konkrétní situaci u které by mělo být použito. Zpochybnění platnosti DVP může nastat také z důvodu duševní poruchy pacienta. Ošetřující lékař se může dostat do právního konfliktu také v případě, kdy se DVP týká nezahajování život udržující péče. V takovém případě lékař může život udržující léčbu nezahájit, avšak neznamená to, že může od život udržující léčby ustoupit a přerušit ji, pokud již byla zahájena. Dříve vyslovené přání nesmí být respektováno, pokud by aktivně zapříčinilo smrt pacienta, např. nesmí být uposlechnuto pacientovo přání, aby byl odpojen od přístrojové techniky zajišťující životní funkce. Vzniká zde opět zvláštní situace, kdy pacient má možnost formou DVP požadovat, aby nebyl na určitý přístroj za daných okolností napojen, zatímco nemá právo požadovat, aby byl od přístroje odpojen. Dále DVP nemusí být respektováno, pokud by jeho plnění ohrozilo nějakým způsobem jiné osoby (Doležal, 2017; Haškovcová, 2015).

Pokud má pacient správně formulované DVP a není lékařem respektováno, hrozí lékaři občansko-právní postih. Další eticky a právně komplikovaná situace může nastat v případě, kdy je DVP konkretizované a specifikované příliš, tudíž se stane pro danou situaci nepoužitelné, přestože je situace popsána v dokumentu pouze drobně odlišná. Další úskalí spojené s institutem DVP je jeho dohledatelnost ve zdravotnické praxi, tato skutečnost často vede k tomu, proč se tento dokument v praxi příliš nevyužívá. Jeho dohledatelnost je složitá a často se DVP pacienta dostane k lékaři pozdě, až poté, co je léčba zahájena. Dilematické a komplikované situace k řešení mohou lékařům nastat také v případě, kdy pacient má DVP ale rodina a příbuzní pacienta zastávají jiný názor a naléhají na lékaře, aby léčbu zahájil. Podobný případ může nastat i obráceně, kdy pacient nemá sepsané DVP, ale rodina a příbuzní naléhají, aby léčba nebyla zahájena, protože je pouze zatěžující, nebo je v rozporu s přáním pacienta. Je třeba si uvědomit, že obzvláště na jednotkách intenzivní péče není vždy možné získat potřebné informace přímo od pacienta, přitom právě přímý rozhovor mezi lékařem a pacientem, nebo příbuznými tváří v tvář je nejčastější cestou, jak zjistit a posoudit pacientovo přání a preference (Doležal, 2017; Haškovcová, 2015; de Heer, 2017).

3. Metodologický výzkumný rámec

Výzkumné šetření této diplomové práce je zaměřeno na etické a právní aspekty KPR, zejména na to, jak tuto problematiku vnímá nelékařský zdravotní personál na odděleních intenzivní péče. V následujícím textu budou představeny cíle diplomové práce, výzkumné otázky, výběr výzkumného vzorku, výzkumná metoda a způsob sběru dat, včetně následného zpracování získaných dat a jejich analýzy.

3.1. Cíle práce

Zatímco teoretická část práce měla za cíl popsat a analyzovat etické a právní aspekty vztahující se k dané problematice, hlavním cílem výzkumné části diplomové práce bylo identifikovat etické a právní aspekty KPR především ve vztahu k dříve vyslovenému přání pacienta a zjistit, jak jsou tyto aspekty vnímány nelékařským zdravotním personálem na odděleních intenzivní péče. U respondentů bylo také v rámci naplnění cíle podrobněji zjišťováno, zda se ve své zdravotnické praxi setkali v rámci KPR s nějakými dilematickými situacemi, nejasným vedením resuscitace či neetickým zacházením.

3.2. Výzkumné otázky

Na základě stanovených cílů byly vytvořeny následující výzkumné otázky (VO).

- 1 Jaké má zdravotní personál na intenzivní péči znalosti ohledně institutu dříve vysloveného přání?
- 2 Jaké má zdravotní personál na intenzivní péči zkušenosti s institutem dříve vysloveného přání?
- 3 Setkal se zdravotní personál na intenzivní péči s nejasným vedením nebo dilematickou situací v rámci KPR?

Schéma č. 1 Výzkumné otázky

3.3. Metodologie

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu. Sběr dat probíhal pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které byly následně analyzovány a za použití metody otevřeného kódování proběhla následná kategorizace získaných dat. Polostrukturovaný rozhovor je částečně řízený, tazatelem jsou stanoveny otázky, které jsou předmětem rozhovoru, avšak jejich pořadí nemusí být striktně dodrženo, zároveň však může být použita jiná formulace nebo být zařazeny doplňující otázky. Tento typ rozhovoru umožňuje určitou volnost a navození přívětivého prostředí pro respondenta. Sběr dat byl ukončen poté, co bylo dosaženo potřebné saturace dat, tedy v okamžiku, kdy nové odpovědi nevedly k lepšímu poznání dané problematiky (Reichel, 2009).

3.4. Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek je tvořen pěti respondenty z řad nelékařského zdravotnického personálu, pracujících na oddělení intenzivní péče, nebo anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Všichni respondenti jsou z jednoho nemocničního zařízení. Délka praxe na odděleních intenzivní péče se u respondentů pohybovala od 4 do 28 let. Mezi respondenty jsou zastoupeni všeobecné sestry i zdravotničtí záchranáři. Co se týče ukončeného vzdělání ve výzkumném vzorku jsou respondenti se středoškolským, vyšším odborným i vysokoškolským vzděláním. U všeobecných sester působících na oddělení intenzivní péče bylo součástí i specializační vzdělání – sestra pro intenzivní péči. Někteří respondenti působí na více pracovištích, zejména se jednalo o působení v přednemocniční péči nebo pracoviště paliativní péče. Podmínkou pro zařazení do výzkumného šetření bylo, aby respondent pracoval na oddělení intenzivní péče, nebo anesteziologicko-resuscitačním oddělení a jeho schopnost participace. Vylučovací kritéria nebyla stanovena žádná.

3.5. Sběr dat a způsob zpracování

Sběr dat probíhal v období od července 2021 do prosince 2023. Hlavním nástrojem pro sběr dat byl polostrukturovaný rozhovor, kterému předcházela informovaný souhlas. Informovaný souhlas obsahuje hlavní informace pro účastníka výzkumného šetření, za jakým účelem je sběr dat prováděn a za jakých podmínek, včetně souhlasu s pořízením nahrávky rozhovoru. Vzhledem k etické povaze výzkumného šetření byla jedna z důležitých podmínek zachování anonymity respondentů. Informovaný souhlas, který byl předložen respondentům je přiložen jako doprovodný dokument (viz přílohy).

Polostrukturovaný rozhovor obsahoval témata, týkající se hlavního cíle – zjistit, popsat a analyzovat jak etické a právní aspekty KPR, zejména používání DVP na oddělení intenzivní péče vnímá nelékařský zdravotní personál. Respondentům byly pokládány otázky ohledně DVP, zda znají tento institut, jaké o něm mají informace a zda se setkali s tímto dokumentem

ve své zdravotnické praxi. Dále u respondentů bylo zjišťováno, zda zažili nějakou eticky či právně dilematickou situaci v souvislosti s KPR, podle čeho postupují při poskytování KPR a jaké jsou situace kdy je KPR kontraindikována. Pilotní rozhovor byl podrobně rozebrán ve spolupráci s vedoucí práce, otázky byly následně doplněny také o původ znalostí respondentů ohledně DVP a zda považují své dosavadní znalosti za dostačující.

Od tazatele byla snaha zajistit pro průběh rozhovoru bezpečné, klidné a nerušené prostředí, ideálně mimo pracovní prostředí a po předchozí domluvě s respondentem. Z celkového počtu byly dva rozhovory pořízeny osobně a nahrány na diktafon v zabezpečeném mobilním telefonu, zbylé tři rozhovory byly pořízeny jako video schůzka přes program Skype a tyto záznamy byly uloženy v zabezpečeném počítači. Přehled respondentů a délka rozhovorů jsou představeny v následující tabulce č. 1.

Tabulka 1 Přehled respondentů

PŘEHLED RESPONDENTŮ			
OZNAČENÍ RESPONDETA	PRACOVNÍ POZICE	DÉLKA PRAXE NA ODDĚLENÍ INTENZIVNÍ PÉČE	DÉLKA ROZHOVORU
R1	Všeobecná sestra	více než 25 let	0:30:39
R2	Zdravotnický záchranář	více než 5 let	0:36:29
R3	Zdravotnický záchranář	více než 5 let	0:32:47
R4	Všeobecná sestra	méně než 5 let	0:35:45
R5	Všeobecná sestra	více než 5 let	0:21:48 0:25:05

Získaná data byla tazatelem bez zbytečného odkladu zpracována a neanonymizovaná data byla po zpracování smazána ze zařízení. Videohovory ve formátu mp4 byly následně extrahovány na zvukový záznam ve formátu wav⁴¹. K tomuto kroku byla využita aplikace Adobe Audition. Prostřednictvím programu vytvořeném v programovacím jazyce C#⁴² byly všechny zvukové stopy následně streamovány do služby Microsoft Azure Speech.⁴³ Vzhledem k citlivé povaze dat získaných z výzkumného šetření a příslibu anonymity respondentům, byl

⁴¹ Formát wav., frekvence 16000 Hz, počet kanálů – mono, bitová hloubka 32bit (vyšší bitové hloubky znamenají vyšší rozlišení audio záznamu), bez komprese (nedošlo ke snížení velikosti souboru).

⁴² Viz C# zdrojový kód programu přiložen v příloze diplomové práce.

⁴³ Microsoft Azure Speech, Tier F0 (Free) Umístěno v regionu West Europe, služba poskytující přepis zvukového záznamu na text, dostupné na <https://azure.microsoft.com/en-us/products/ai-services/ai-speech>

kladen důraz na to, aby vybraná služba pro přepisování rozhovorů poskytovala požadovanou míru anonymity, neuchovávala a neposkytovala nahraná data. Formátem výstupu byl textový stream, který byl následně tazatelem zkontrolován, byla provedena doslovná transkripce rozhovoru a rozhovor byl označen číslem respondenta (R1 – R5). Takto připravený text byl poté anonymizován a byly odstraněny, či upraveny části textu, které by mohly odhalit identitu respondentů. Další zpracování probíhalo v následujících krocích, připravený text byl tazatelem opakovaně pročitán a prvním krokem byla tvorba kódů z jednotlivých odpovědí a následné sdružování do kategorií. Pro lepší přehlednost, byl pro tento krok použit tabulkový software Excel. Jednotlivým kódům byly přiděleny identifikátory, které později byly použity k vyjádření vazeb mezi uzly neorientovaného grafu. Výsledné kódy a kategorie, rovněž i jejich vzájemné vazby jsou graficky znázorněny v neorientovaném grafu č. 1, který byl vytvořen pomocí aplikace Gephi⁴⁴. Získané kódy jsou v publikovaném textu doloženy přímou citací respondentů, pro tento účel byly získané odpovědi respondentů redigovány o pauzy, odmlčení, přeřeknutí, opakující se výrazy a text byl stylisticky upraven. Doslovná citace odpovědí nebyla pro text diplomové práce dostatečně přehledná, tazatel dbal na to, aby při úpravě textu byl zachován záměr a význam sdělení. Následně byly vyhodnoceny výzkumné otázky a cíl diplomové práce.

3.6. Etické aspekty výzkumu, limity práce

Všech etických aspektů výzkumu bylo dosaženo, autorka práce v dostatečném předstihu požádala o povolení výzkumného šetření konkrétní zdravotnické zařízení. Respondentům byl představen záměr výzkumného šetření, následně jim byl předám informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru. Respondenti poskytli informace pod podmínkou anonymity, to je jeden z dalších etických aspektů výzkumu, který byl dodržen a byl na něj kladen velký důraz během celého sběru a zpracování získaných dat. Veškerá získaná data byla detailně analyzována a všechny údaje, vedoucí k odhalení identity respondenta byly eliminovány. Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru a schválená žádost o povolení výzkumného šetření jsou uschovány u autorky diplomové práce.

Hlavní nástroj pro sběr dat pro výzkumné šetření byl polostrukturovaný rozhovor. Jedná se o poměrně pracnou a časově náročnou metodu sběru dat. S touto metodou má autorka zkušenost ze své bakalářské práce, v průběhu rozhovoru byly vždy položeny všechny otázky a vždy i několik doplňujících. S respondenty se tazatel osobně znal ze zdravotnické praxe, vzhledem k citlivé povaze kladených otázek je tato skutečnost výhodou, protože mohlo být zajištěno důvěrné prostředí a respondenti se nebáli upřímných a autentických odpovědí. Tímto bylo minimalizováno riziko zkreslení, kdy se respondent např. bojí říct nějakou nepříjemnou zkušenost nebo se stydí. Ze strany tazatele byla uskutečněna co největší snaha, aby bylo během rozhovoru zajištěno klidné a nerušené prostředí. Přes všechny tyto snahy

⁴⁴ Gephi open-source software pro analýzu a vizualizaci dat, GNU General Public License v3.0 dostupné na: <https://github.com/gephi/gephi>

musel být jeden z rozhovorů přerušen a respondent chybějící část rozhovoru poskytl v co nejbližší možné době. Tato skutečnost je vnímána jako jeden z limitů této diplomové práce.

4. Výsledky

Při zpracování získaných dat se některé vzniklé kategorie vzájemně ovlivňovaly a současně byly velmi úzce provázány. Vzhledem k této skutečnosti, byl pro lepší přehlednost výsledků výzkumného šetření zpracován následující neorientovaný graf. Při tvorbě neorientovaného grafu bylo identifikováno 6 velkých skupin zahrnujících jednotlivé kategorie, kódy a pod kódy. V rámci výzkumného cíle byla zjišťována znalost a zkušenost respondentů v daných tématech, tyto dvě kategorie se ukázaly jako velmi provázané, což je znázorněno velikostí a umístěním těchto dvou kategorií do středu neorientovaného grafu. Kategorie zkušenost respondentů a respektování DVP jsou v grafu zobrazeny jako největší, z důvodu nejvyššího počtu provázanosti na ostatní stanovené kódy a pod kódy. Umístění a velikost ostatních kódů a pod kódů je opět podmíněna mírou provázanosti, tudíž čím méně vazeb bylo stanoveno, tím byl kód zobrazen jako menší a situován dál od středu grafu.



Neorientovaný graf č. 1 Grafické znázornění jednotlivých kódů, sestavila autorka



Schéma č. 2 Základní skupiny, vzešlé z neorientovaného grafu

4.1. Znalosti zdravotnického personálu ohledně DVP

V rámci výzkumného šetření bylo u všech respondentů zjišťováno, jaké informace mají ohledně institutu DVP. Otázky se zabývaly významem DVP ve zdravotnické praxi, jeho obsahem, platností či formou.

4.1.1. Povědomí o DVP – vymezení

Všichni respondenti, kteří se účastnili tohoto výzkumného šetření měly určité povědomí o tom, že DVP existuje a pro jaké situace má být ve zdravotnické praxi použito.

Sepsanej nějakej list, asi na to není předejsanej formulář, vlastně kde ten člověk vysloví svoje přání, např. neresuscitovat, nebo nerozšiřovat léčbu. ^{R1}

Pro mě je to nástroj, kterej se dá využít v případě, že chci mít nějak stanovený, co je pro mě v pohodě, co se týče jako léčebných intervencí a co pro mě už v pohodě není, co chci a co nechci, aby se dělo, když bych si já sama nemohla říct. ^{R5}

Dříve vyslovené přání bylo interpretováno zejména jako přání neresuscitovat, či nerozšiřovat dále léčbu v případě, že pacient bude v situaci kdy by o sobě nemohl rozhodovat.

Tak dříve vyslovené přání, já to беру tak, že člověk má už dopředu napsaný, že nechce v případě, že se s ním něco stane tak, že by si nepřál v rámci toho, že už je nemocnej, třeba nějakým způsobem onkologicky léčeněj a pokud má ten člověk tady ten systém toho, že sepiše nebo vysloví to přání, že si třeba nepřeje být resuscitovanej, nepřeje si být dále léčeněj, pokud se s ním stane něco, co vlastně zajistí to, že o sobě nemůže rozhodovat. ^{R2}

Přestože DVP bylo nejčastěji zmiňováno v souvislosti s neposkytnutím KPR, zdravotnický personál si je vědom, že se může jednat i o jiné léčebné a ošetrovatelské intervence.

Je to o tom, že ten pacient, když nebude o sobě moct rozhodnout, právě když bude mít nějakou nemoc nebo bude v nějakým takovým stavu, tak on může vyslovit to, že se nebude resuscitovat, že se mu nebude zavádět žaludeční sonda, flexila, prostě takovýhle různý léčebné výkony. ^{R3}

Třeba v případě zástavy krevního oběhu, ten člověk může chtít, aby se ho už vlastně nikdo nepokoušel zachránit, ať už vlastně ty záchranáři, nebo teda v nemocnici, pak ten zdravotnickej personál, prostě no že už si třeba nepřeje bejt napojenej, třeba na umělou plicní ventilaci, nebo podobně, aby ho nikdo nezachraňoval. ^{R4}

Někteří z respondentů správně uvedli, že je DVP součástí české právní legislativy, včetně zákona, který ho upravuje.

Je to vypsaný vlastně v 372 v zákonu o poskytování zdravotních služeb. ^{R5}

4.1.2. Povědomí o DVP – forma

Ohledně formy, kterou by DVP mělo mít panovala shoda, že by takový dokument měl být spíše v písemné formě, ovšem někteří z respondentů uvádějí i skutečnost, že písemná forma nemusí být v praxi vyhovující pro všechny pacienty a že by DVP mělo být možné zajistit i ústně.

Já si myslím, že to ty lidi můžou vyslovit, ale vzhledem k tomu, jak je to nastavený, tak vždycky je nejlepší to mít písemně, protože pak vlastně nemůže ani jedna strana nic vymlouvat, nebo říkat, že to tak nebylo, že tam u toho nebylo dostatek lidí nebo něco, když je to písemně, když to je černý na bílým tak je to za mě pořád nejlepší. ^{R2}

V případě ústního projevu DVP respondenti uvedli součinnost dalších osob, jako svědků daného rozhodnutí. Ústní forma DVP je důležitý projev vůle a přání pacienta, zejména pro situace, kdy zdravotní stav neumožňuje učinit písemnou formu.

Jde to i ústně za předpokladu, že tam jsou u toho svědci, to jsem se setkala, měli jsme tam pacientku a ona nebyla schopná psát, protože byla v těžkém stavu, ale normálně jí to myslelo a vlastně tam se jednalo o to, že jí měli amputovat ruce, to se toho asi úplně netýká, ale jenom ten příklad, že ona vlastně mohla jenom mluvit a vlastně nám řekla, byla jsem tam já jako sestra, lékař i ten chirurg a vlastně jsme tam byli pak uvedený všichni jako svědci, že to opravdu odsouhlasila že chce, aby se jí vzali ruce. Takže si myslím, že to určitě lze jenom ústně, když ty lidi nejsou schopný vlastně psát, jsou nějakým způsobem ochrnutý, nebo něco, ale taky to pak bylo sepsaný v takový zprávě a byly tam uvedený ty svědci, takže si myslím, že určitě, že to nemusí bejt jenom písemná forma. ^{R4}

Jeden z respondentů vnímal ústní formu DVP jako méně závaznou k respektování ze strany zdravotnického personálu. Správně zde bylo uvedeno, že i ústní forma DVP musí být ve zdravotnické dokumentaci písemně zaznamenána.

Může to bejt psaná forma, myslím si, že to může bejt udělaný i ústně, ale potom se dá hodně dobře okecat to, proč to ten zdravotník nebo doktor neudělá, než když to je psaná forma, ale pokud je to ústní forma, tak by to stejně mělo bejt podle mě někde zaznamenaný, no v nějaký zdravotnický dokumentaci, pokud to nebude vyloženě ten formát toho dříve vysloveného přání. ^{R5}

Přestože většina respondentů správně uvedla ústní formu jako možnost projevení DVP, někteří se naopak domnívají, že ústní formu pro tento dokument použít nelze.

Já si myslím, že by to mělo bejt písemný, ale slovně, že to bejt nemůže, takže podle mě to musí mít všechno dopředu sepsaný. ^{R3}

4.1.3. Povědomí o DVP – podmínky k sepsání

Respondenti v souvislosti s otázkami týkajícími se DVP zmiňovali také okolnosti, za kterých by takový dokument měl být sepsán. Respondenty byla velmi často zmiňována součinnost právnicky vzdělané osoby při samotném sepsování dokumentu, rovněž i při jeho ověřování.

Myslím si, že je to právně podložený, nebo se svědkem a nějakou právnicky vzdělanou osobou sepsanej nějaký list, svědek je asi ten právník si myslím ne, když je to s tímhle tím, to by asi mělo fungovat, že by to mělo bejt za nějakých okolností prostě sepsaný. ^{R1}

Je to určitě něco, co si předem ten člověk musí nějakým způsobem připravit, že to musí bejt určitě nějak ověřený asi i právně, jestli si to dobře pamatuju, aby to bylo opravdu platný, vím, že to měl prostě v nějaký papírový formě a že to bylo i ověřený nějakým právníkem. ^{R4}

Dle znění platné legislativy je pro platnost DVP nutností úředně ověřený podpis pacienta, což správně uvedli i někteří respondenti.

Tak je to dohoda, která musí bejt stejně nějak právně ohraničená, musí tam bejt podpis, jak se to říká, no notářsky ověřený nebo prostě ověřenej podpis jak toho pacienta, tak i svědků. ^{R3}

Kromě úředně ověřeného podpisu byl zmíněn také kvalitativní stav vědomí pacienta, zda je pacient orientovaný a rozumí poskytnutým informacím.

Musí být orientovanej časem, místem, osobou a jestliže tomu rozumí, pochopil to a je orientovanej, tak to asi jako může podepsat. Takže takovýhle náležitosti si myslím, že to musí splňovat. ^{R3}

Vědomí pacienta by nemělo být ovlivněno podávanými léky nebo fyzickými příznaky onemocnění, jako je např. přítomnost bolesti, která by mohla ovlivnit pacientovo rozhodování.

Ten člověk by neměl bejt ovlivněnej nějakýma lékama, ovlivněnej velkou bolestí a něčím takovým. ^{R1}

Respondenty byly také specifikovány některé kategorie pacientů, které DVP nemohou sepsat.

Samozřejmě jsou tam nějaký kritéria, kdy ten člověk to nemůže podepsat nebo jakoby dát, třeba dětem a ty, co jsou nesvéprávní, tak ty taky nesměj si myslím. ^{R3}

Z odpovědí často vycházela určitá míra nejistoty, jeden z respondentů vyjádřil svou pochybnost o tom, zda by v podstatě sám zvládl DVP sepsat.

Já bych třeba ani nevěděla, jak to jako vlastně uděláš, bych si k tomu musela něco jako najít teď, kdybych to třeba chtěla jako. ^{R4}

4.1.4. Povědomí o DVP – obsah

Pokud jde o samotný obsah DVP panuje u zdravotnického personálu určitá nejistota, avšak většina respondentů se opět shodla na tom, že situace, na kterou se DVP vztahuje by měla být velmi podrobně popsána a s důsledky svého rozhodnutí by měl být pacient vždy seznámen. Zároveň respondenti zmiňují skutečnost, že je pro nezdravotnickou veřejnost velmi obtížné domýšlet veškeré kroky, které jsou k sepsání DVP potřeba a zdůrazňují participaci s odborným lékařem, který má pacientovi vše podrobně vysvětlit.

Spíš hodně, protože to může bejt dost sporný, asi tam nestačí jenom jedna věta, jakože si nepřeje bejt nějakým způsobem zachráněnej, ten způsob tý záchrany je různej, tam spadá i napojení třeba na přístroje, ať už na umělou plicní ventilaci, nebo třeba na ecmo, já si myslím, že by to tam mělo bejt rozvedený víc, aby právě pak třeba když by ten člověk zemřel, tak zas ta rodina to taky může napadnout, že sice ano, měl to dříve vyslovený přání, ale neměl tam úplně specifikovaný, jako co přesně se tím myslelo, že třeba nechtěl, aby ty zdravotníci dělali a vlastně umřel? Myslím si, že to může bejt dost takový ošemetný, já bych to rozepsala víc, ale zas chápu, když ty lidi jsou laici, že úplně nevědí, co tam mají všechno uvést. ^{R4}

V souvislosti s obsahem DVP bylo často zdůrazňováno, že pacient dostatečně nezná zdravotnickou problematiku a nedokáže vyhodnotit všechny okolnosti. Z toho důvodu je součástí dokumentu poučení lékaře, avšak z výpovědi jednoho z respondentů vyplývá, že si DVP umí ve zdravotnické praxi představit u pacienta s jasně danou diagnózou a případným průběhem nemoci, nikoliv u osob, které by si takové přání sepsali za plného zdraví.

Myslím si, že by tam měla bejt prostě jasně daná diagnóza s jasně daným vývojem, jak se ta situace bude vyvíjet a pak si myslím, že by se to mělo brát v potaz a s tímhle by asi ten člověk měl jít k právníkovi, že by tam ten lékař napsal, ano ten stav se nebude lepší a je to beznadějný a potom se může sepsat tohleto přání, ale myslím si, že jen tak si zajít za plnýho zdraví s tím, že nechci v životě resuscitovat, tak si myslím, že to není dobře. Ten člověk musí i znát tu problematiku, protože může dojít k zástavě oběhu z nějaký banality, ať je to asfyxie nebo vdechnutí něčeho, kdy vlastně stačí odstranit těleso, párkrát zmáčkneš hrudník a ten oběh naskočí, takže to mi přijde hloupost dát si to, že nikdy v životě nechci resuscitovat, nebo že nikdy v životě nechci zahájit dialýzu, tak přece je možná transplantace a je to řešitelná situace, je jasný, že když člověka už nelze odtransplantovat, ten stav se horší, dialýza má i nějaký vedlejší účinky, nefunguje

to, tak potom jo, ale myslím že by to mělo bejt tím lékařem odborníkem sepsaný, že opravdu ten stav už se nebude lepší. ^{R1}

Právní legislativa umožňuje poskytovat pacientům ošetrovatelské a lékařské intervence pouze s jejich informovaným souhlasem. V případě, že pacient s výkonem nesouhlasí, může ho odmítnout a toto rozhodnutí se zaznamená (tzv. negativní revers). Stejně podmínky by měly být nastaveny i v případě odmítnutí nějakého výkonu pro budoucí situace, kdy o sobě pacient už nebude moci rozhodnout a k negativnímu reverzu je přirovnává jeden z respondentů.

Jak negativní revers, tak podle mě to bude teda to stejný musí prostě vědět, měl by mít řádně vysvětleno, jaký rizika tam u něj hrozí, což je stejně jako u reversu a jestliže i na tomhle podkladě všemu rozumí, souhlasí, je proti léčbě nebo proti výkonům, ono se to týká nejenom transportu třeba do špitálu, ale i právě léčebných výkonů a jestliže tomu rozumí, pochopil to a je orientovanej, tak to může podepsat, takže takovýhle náležitosti si myslím, že to musí splňovat. ^{R3}

Respondenti se ve větší míře shodli na tom, že má být obsah DVP sepsán co nejpřesněji ve spolupráci s lékařem, kromě již zmíněné diagnózy, průběhu onemocnění a případného neposkytnutí určitých lékařských či ošetrovatelských intervencí by v dokumentu mohlo být obsaženo např. přání ohledně navštěvování pacienta rodinnými příslušníky a podobně míněné přání a preference. Lékař by měl být důležitým článkem, který pacienta celým procesem provede, vysvětlí veškeré podrobnosti DVP a provede jeho zápis.

To dříve vyslovené přání, já si třeba myslím, že pacienti jdou na výkon s kyčlí a určitě by tam mohli napsat to, co nechtěj ty pacienti, mělo by to bejt, nechci prostě, pokud ta situace bude taková, nechci stomii po výkonu, nechci močový katetr, jo prostě ano v rámci té kyčle je to nemyslitelné, ale je to příklad, jo, mohli by říct, nepřeju si aby mě navštěvovala rodina, prostě tam můžeš podle mě do toho dříve vysloveného přání zahrnout víc věcí, které nemusejí souviset s tím jo, nebo že si nepřejou třeba podávat krevní deriváty jo, což za mě je teda hrozný, ale můžou bejt takový lidi, můžeš si tam v podstatě do toho zahrnout asi velkou škálu věcí, já to jako vnímám tak, třeba to vnímám špatně, ale cejtím, že do toho dříve vysloveného přání by si ty lidi měli moct dát absolutně co chtěj a měli by to mít jako papírek, kterej dají lékaři a ten lékař si to vezme a prodiskutuje to, co jako je nesmysl a co je jako vlastně na bázi toho, že fajn tohle není úplně špatný s tímhle souhlasíme, protože to není nic, co by vám ohrožovalo život a udělá v tom nějaký systém a zápis. ^{R2}

4.1.5. Povědomí o DVP – platnost

Oslovení respondenti vyjádřili různé interpretace platnosti DVP. Pouze jeden z respondentů měl ucelené informace, někteří respondenti se podělili o své úvahy ohledně omezené

či neomezené platnosti dokumentu. Jiný z respondentů si platností dokumentu nebyl jistý vůbec.

Ty jo, tak to se přiznám, že netuším. ^{R3}

Jeden z prezentovaných názorů uvádí, že by takový dokument měl platit stejně jako souhlas s hospitalizací pacienta, tedy pouze pro stanovenou hospitalizaci.

Já si osobně myslím, nevidím do toho, že tohle se musí podepisovat vždycky když jdeš na ten konkrétní výkon, že to platí pro tu danou hospitalizaci a rekonvalescenci, za mě si myslím takhle, stejně jako znova podepisuješ souhlasy a všechno. ^{R2}

Samotná platnost DVP je často diskutovanou otázkou, původní platnost 5 let byla zrušena a současná legislativa platnost neudává, dokument je platný, dokud ho pacient nezmění, nebo nezruší. Tato informace nebyla všem respondentům známá a vyvolávala určitou nejistotu, zejména v oblasti, jak již existující dokument zrušit, pokud by pacient své rozhodnutí přehodnotil.

To si asi myslím, že má nějakou platnost, protože třeba ten člověk může bejt v nějakým stavu, třeba zrovna je v nějaký aktivní fázi onemocnění a třeba se z toho může ještě jako dostat, nebo si to vlastně třeba jako rozmyslet. Vlastně, že jo, že třeba pak už zas ... no tak možná spíš asi tu neomezenou, ale asi bych tam měla ráda nějaký dodatek případně i když to je neomezený, ale že v případě, že by si to fakt někdo rozmyslel, jestli to lze jako zrušit. ^{R4}

Dříve vyslovené přání dle platné právní legislativy má v současné době neomezenou platnost, tuto informaci správně uvedl jeden z respondentů i s dodatkem, že toto rozhodnutí může pacient kdykoliv změnit nebo zrušit.

Pokud sepíšu formulář jako takový, tak ten vlastně má platnost, dokud já to nějakým způsobem nebudu chtít změnit nebo zrušit, takže ono to má vlastně nekonečnou platnost a může se to změnit a může se to kdykoliv zrušit. ^{R5}

4.2. DVP ve zdravotnické praxi

V rámci výzkumného šetření bylo u všech respondentů zjišťováno, zda se ve své zdravotnické praxi setkali s DVP, případně s nějakými nejasnými situacemi, ve kterých by si existenci DVP dokázali představit jako nástroj, který by danou situaci vyřešil.

4.2.1. DVP ve zdravotnické praxi – zkušenost

Předchozí výsledky u respondentů ukázali některé nedostatky ve znalostech ohledně DVP. Tyto výsledky do značné míry souvisí s tím, že většina respondentů neměla za svou dosavadní praxi s DVP pacienta téměř žádnou zkušenost.

Ne, to jsem nikdy v životě neviděla. ^{R1}

Přiznám se, nikdy jsem to neviděl. ^{R3}

Někteří z respondentů nemají přímou zkušenost s DVP u pacienta, ale o existenci tohoto dokumentu se doslechli zprostředkovaně od kolegů nebo učitelů.

Nesetkal jsem se, ale vzhledem k tomu, že se taky nějakým způsobem pohybuju na akademický půdě a vidím ty věci a kolem mě lidi učeť, takže mám zkušenosti z jiných jakoby stran, z doslechu a tak. ^{R2}

Jeden z respondentů popsal svou zkušenost ze zdravotnické praxe, nicméně opět se nejednalo o přímou zkušenost s DVP u pacienta.

Hele jednou no, kdy nám právě přivezli resuscitaci, jako zresuscitovaného člověka, ale už to vlastně bylo hlášený s tím, že no prostě došlo tam k zástavě v domácím prostředí, byla u toho rodina, ta vlastně volala tu záchranku, ale už když přijela vlastně ta záchranka, tak jim řekli, že asi zřejmě to byl nějaký tatínek, prostě, tak že ten jejich tatínek má asi něco takovýhle sepsaného, ale že to jako nevědí jistě, že o tom nic moc nevědí. ^{R4}

Další zkušenost s podobným dokumentem měl respondent v souvislosti s podáním krevních derivátů osobám vyznávající náboženství Svědkové Jehovovi.

No já si myslím, úplně si to už nepamatuju, jestli měly nějakou listinu, ale myslím si že jo, že mají nějaký dokument u sebe, že vlastně nemůžou přijmout krev, ale vlastně teď už je to rozšířený, že jim nevdí továrně vyráběný preparáty, tenkrát jsme dávali erythropoetin na podporu červených krvinek, to jim nevdí, ale myslím si, že ty na to mají sepsanej svůj papír. ^{R1}

Kromě práce na oddělení intenzivní péče má jeden z respondentů také zkušenosti s pacienty s nevléčitelným onemocněním. Ani tento respondent však nemá ze své dosavadní praxe zkušenost s DVP u pacienta, které by bylo dokončené a tudíž platné. Dříve vyslovené přání má pro skupinu pacientů s nevléčitelným onemocněním významnou roli, avšak jeho sepsání je pro zúčastněné strany časově náročné.

Zatím jsem neviděla přání, který bysme dotáhli do úplného konce, že by bylo podepsaný právníkem, notářsky, na check pointu ověřený, většinou buď o tom začnou třeba uvažovat a my už pak ztratíme nějakou linii, protože buď jdou domů a pokračuje v tom přání třeba domácí hospic nebo prostě něco anebo třeba zemřou nebo ztratíme ten kontakt, nejsme v kontaktu se všema lidma, který projdou paliací, takže spíš je to takový nástřel, řekneme si o čem to je a předáme nějaké informace. ^{R5}

4.2.2. DVP ve zdravotnické praxi – psychická zátěž pro pacienta

V souvislosti s používáním DVP v praxi velká část respondentů zdůraznila, že je pro laickou veřejnost velmi obtížné zejména po psychické stránce takové kroky učinit. Důvodem může být psychické rozpoložení pacienta, který může mít obavy z průběhu onemocnění, či plánovaných lékařských a ošetrovatelských intervencí a je pro něj tudíž velmi složité představit si určitý scénář, kdy o sobě nebude schopný rozhodovat.

Hele já si třeba myslím, ono je to takový tabu, protože když ti někdo bude, že co se může stát, když o sobě nebude moct rozhodovat a jestli chce léčit, to je takový docela náročný si myslím na tu psychiku pro toho člověka, který je už stejně vystrašený. ^{R2}

Zároveň jsou zde obavy, že takový rozhovor, kdy se lékař ptá pacienta na přání a preference ohledně případného neposkytnutí určité léčby, může u pacienta vzbudit pocity nedůvěry a nejistoty.

Na druhou stranu si myslím, že je to hrozně tenkej led, protože v podstatě, když ti lékař nabídne, že můžeš sepsat listinu co jako nebudeš chtít, nebo že nebudeš chtít resuscitovat, tak mám pocit, že u toho pacienta může vypuknout nedůvěra v toho odborníka, protože v podstatě mu doporučuje neléčit, ty lidi hodně dají na city, ale v podstatě málokdo plánuje smrt, že vlastně ty lidi vůbec neví, co je vlastně čeká. ^{R1}

Vyrovňávání se s nevléčitelným onemocněním a umíráním je pro pacienty velmi obtížné, diskuse ohledně otázek týkajících se konce života jsou dle respondentů stále velmi tabuizovány a veřejností velmi těžce přijímány. Do samotného rozhodování vstupuje několik aspektů, zejména byl zmíněn věk pacienta a informovanost pacienta ohledně průběhu onemocnění.

To jsme se bavily i s kolegyní, že je vlastně v paliativním týmu a plánujou tu smrt v uvozovkách s hlavně onkologicky nemocnejma pacientama, tak že mladý lidi to chápou líp a líp spolupracujou, než starej člověk, kterej v podstatě má právo zemřít normálně, ne na onkologický onemocnění a oni vůbec nechtějí připustit, že by měli zemřít, ten mladej člověk, protože asi ví, že když už onemocněl v mladým věku, tak asi to není dobře a asi se to bude horšit, jsou i víc informovaný o nemocech a proto se to s nima líp plánuje a dokážou vyslovit nějaký svý přání, ale prostě myslím si, že u třeba 80- ti letýho člověka, který doted' byl aktivní ale našli mu prostě nádor v terminálním stádiu, tak on si nepřipustí, že by měl zemřít, když do teď mu bylo dobře a myslím si že ani nepřistoupí na nějaký takovýhle sepsání něčeho, ohledně svý smrti. ^{R1}

Protože se pacienti musí vyrovnat s vlastním onemocněním a neumí si často představit všechny okolnosti a průběh onemocnění, je tento proces velmi těžký po psychické stránce. Samotné vyjasnění a vyjádření svých přání a preferencí v takové situaci vyžaduje určitý čas.

Většinou ty lidi pro ně je to docela těžký no, takže to je dlouhý proces, já si myslím, že oni z toho pak vystávají pro ty lidi další a další otázky, na které třeba nejsou schopný odpovědět hned v tu chvíli, takže tím pádem se to protahuje, třeba si to potřebujou doma ještě promyslet a potřebujou tomu dát ještě nějaký čas. ^{R5}

4.2.3. DVP ve zdravotnické praxi – neinformovanost veřejnosti

Většina respondentů se shodla na tom, že v současné době nemá laická společnost ohledně DVP dostatek informací, často nejsou vůbec seznámeni s tím, že tyto kroky mohou učinit. U respondentů panovala shoda, že podobná míra neznalosti panuje u laické veřejnosti i v otázkách darování orgánů po smrti.

Mezi jako lidma civilníma takhle tak to úplně nevím, no asi jak mezi kým, no mladý si třeba myslím, že asi jo, ale nevím. Myslím si, že to není zas úplně tak rozšířený, tak ono ve finále spousta lidí si třeba myslí, že darovat orgány, že se to dává, že jo jenom když chceš, přitom dárci orgánů jsme každej z nás. ^{R3}

Já si myslím, že určitě ne, jelikož spousta lidí ani neví, že jsme všichni automaticky dárci orgánů, pokud nemáme podepsaný taky vlastně nějaký ten dokument, že nechceme být tak to spousta lidí taky neví. Takže jsem přesvědčená, že o tom dříve vysloveným přáním prostě taky velká spousta lidí neví jo, protože já jsem to taky nevěděla, já jsem to zjistila až na bakalářovi a hnedka jsem to pak právě říkala doma a tam všichni strašně překvapený. ^{R4}

Dle úvahy jednoho z respondentů, by DVP mělo být předkládáno pacientům při přijetí do nemocnice, tento formulář by mohl mimo jiné obsahovat i případné pacientovo rozhodnutí, odmítnout po smrti darovat orgány.

Ještě si myslím, že určitě do tohohle vysloveného přání by mělo určitě spadat, že by mělo být automaticky daný jako papír se souhlasem s hospitalizací pro pacienty, protože si myslím, že by to měli vědět a myslím si, že ta veřejnost to neví, že nechceš být dárcem orgánů. V naší republice to je prostě automaticky, že prostě, pokud to nevyslovíš tak to, ale myslím si, že tohle by ty lidi měli vědět, což si myslím, že 80 % lidí neví no, že jsi automaticky dárcem jo, to by tam podle mě mělo být minimálně v tom vysloveném přání, jako když už by nechtěli ho sepisovat tak tohle být jeden bod. ^{R2}

4.3. Respektování DVP

Respondenti v průběhu rozhovoru odpovídali i na otázky týkající se respektování DVP. Ze získaných výsledků vyplývá, že na respektování DVP ve zdravotnické praxi má vliv mnoho faktorů, kromě znalostí a zkušeností zdravotnického personálu do procesu respektování vstupují i určité obavy ze soudního sporu nebo obtížná dohledatelnost v terénu. U respondentů však panovala shoda, že pokud by se ve své zdravotnické praxi setkali s DVP určitě by pacientovo přání chtěli respektovat.

Pokud to má sepsaný a vím o tom, že fakt to je ověřený a já nevím, co všechno a má tam prostě, že nechce být resuscitován, tak k čemu jinému by to bylo než to přání respektovat, od toho to má a pokud tam ten člověk je na tý intenzivce a má tam, že nechce resuscitovat, tak prostě, pokud bude mít zástavu oběhu, tak prostě neresuscitovat, no zase respektovat, jestliže to je takhle daný, je to právnicky ošetřený a všechno prostě tak se nedá nic dělat. ^{R3}

Mezi hlavní důvody, proč by zdravotnický personál respektoval DVP pacienta patří zejména komfort pro pacienta v případě, že jeho léčba nepřináší pozitivní účinek.

Myslím si, že pokud se ten člověk takhle rozhodne, při plným vědomí prostě a má všechny informace a rozhodne se, tak by se to mělo respektovat a myslím si, že benefit by pro něj měl být takovej, že vlastně už by ho v uvozovkách netrápily další léčbou, protože se rozhodl taky v uvozovkách zemřít tak by se v tomhle případě ta smrt mohla udělat komfortnější. ^{R1}

V souvislosti s používáním DVP na odděleních intenzivní péče může vzniknout řada dilematických situací. Samotné zahajování, či nezahajování KPR v případě, že pacient má sepsané DVP, které obsahuje např. přání neresuscitovat může být pro lékaře a zdravotnický personál velmi složité.

Tak určitě ten doktor by ji neměl prostě poskytnout, pokud je to jasně černé na bílém, to říkám já za sebe, pokud bych tam byl já v tu chvíli, tak bych teda dvakrát upozornil a řekl bych mu, že já nesouhlasím, prostě s tou resuscitací, pokud tady máme ten papír. ^{R2}

Nelékařský zdravotní personál může mít na celou situaci jiný pohled než lékařský personál, tento rozdílný pohled může být způsobený časem stráveným se samotným pacientem, kterého má nelékařský zdravotní personál více a může s pacientem navázat bližší vztah.

S tím že jsem se s tím nikdy nesečkala, tak vůbec nevím, jak by to fungovalo, vůbec si to nedovedu představit, hlavně si myslím, že ty lékaři i tím, že ty jako sestra máš daleko bližší vztah k těm pacientům, protože s nima trávíš většinu času, tak bys tohle

respektovala, ale myslím si, že oni ne, že oni tím, jak jdou jenom za tou medicínou a za tou vědou, tak si myslím, že tohle by jako nefungovalo. ^{R1}

4.3.1. Respektování DVP – dohledatelnost v terénu

V souvislosti s respektováním DVP respondenti poukazovali na obtížné dohledávání v terénu, zejména pro zdravotnické záchranáře. Respondenti zdůrazňují, že v rámci přednemocniční neodkladné péče má zdravotnický personál omezené možnosti, dohledávání je obtížné ať už z časových důvodů tak i z nedostatku informací ze strany rodinných příslušníků.

Jsou situace v záchrance, kdy třeba dojedeš resuscitovat někoho, zresuscituješ a pak v nemocnici zjistíš, že je to člověk kterej je onkologicky léčenej a má to přání, to jsou výjimky v tý situaci, kdy se snažíš pomoci a nemůžeš to vědět, pak už záleží, jak se k tomu postaví ta nemocnice, protože, pokud ten člověk s někým nežije, většinou ty lidi jsou už takový, že věděj, že když to přání má tak nezburcujou záchranku, ale někdo jo, dojde tam nějakej souseď, nemusí to vědět, zavolá záchranku, je to trošku náročnější, ale když mají tyhle přání tak jsou ty lidi edukovaný. ^{R2}

V případě, že pacient má DVP, rodina by měla být o tomto kroku informována, protože by to mohlo usnadnit předávání informací zdravotnickým záchranářům v přednemocniční péči. Samotné dohledávání a seznámení se s DVP v rámci přednemocniční péče je specifickou kategorií, zejména pokud se jedná o zhoršení zdravotního stavu pacienta mimo domácí prostředí, kdy je téměř nemožné na místě zjistit s čím se pacient léčí, nebo zda má sepsaný tento dokument.

Příbuzní by s tím měli být seznámeni, asi bych taky jako čuměl, když bych začal resuscitovat na výjezdu a někdo mi tam najednou dal před obličej papír, tak asi bych se úplně na to jako ukažte, tak já si to jdu pročíst a za chvíli se vrátím, to je podle mě blbost a je to stejný jako to s čím se léčí - no nevím, tak ty resuscituješ a pak tam přijde a hele ona má rakovinu a čeho a prostě není tam ten prostor, to tam počítat, pokud vyloženě to tam někdo nechytne a nekoukne, hele, to je terminální stádium, je to špatný nebo nám to řeknou třeba, ale kolikrát o tom člověku fakt nic nevěděj, to stejný na ulici taky nevěděj s čím se léčí, ani my to nevíme, takže prostě resuscituješ. ^{R3}

Někteří respondenti se shodli na tom, že v rámci přednemocniční péče by se v případě existence DVP neměla volat zdravotnická záchranná služba ale koroner.

Musí s tím být seznámeni a když už objevíš, že ten člověk tam leží, nedýchá, je v bezvědomí, tak by už měli třeba volat koronera nebo očekávaný úmrtí, což ono samozřejmě jezdí se k očekávaným úmrtím, ale při tady těch, když vím, že to má vystavený, tady ten papír neresuscitovat, tak nevidím důvod třeba volat záchranku. ^{R3}

Jeden z respondentů popsal svou zkušenost s DVP ve zdravotnické praxi, které však provázela již zmíněná obtížná dohledatelnost v terénu. Rodina pacienta informovala zdravotnický personál o skutečnosti, že by pacient měl mít DVP, ale fyzicky nebylo možné dokument dohledat.

Přivezli zresuscitovaného člověka, došlo tam k zástavě v domácím prostředí, byla u toho rodina, ta volala záchranku, ale už když přijela záchranka, tak jim řekli že ten jejich tatínek má asi něco takovýhle sepsaného, ale že to nevědí jistě, že o tom nic moc nevědí, hlavně nevěděj, kde to má a teď se tam s tím ty záchranáři, no resuscitovali ho, protože to neměli nějak podložený, takže vlastně dorazil k nám po resuscitaci, ale on teda se z toho bohužel myslím úplně neprobral, ale nevím, jestli se ten dokument pak dohledal, já mám pocit, že ta rodina to pak ani nedohledala, ani jsem nevěděla, kde na to přišli oni, že jim o tom někdy něco říkal, ale řešili to naši doktoři, jako co ještě dělat, byl v akutním stavu, jestli to tam teda je, není, protože rodina ta zas byla pro, aby se jako zachránil, ale věděli, že on už o něčem takovýmhle mluvil, že prostě nechce, ale vlastně, jak to ta rodina nedohledala furt to byly jenom takový teorie, ale vím, že tam z toho byly zmatky i skrz naše lékaře, že vlastně nevěděli vůbec, na čem jsou. ^{R4}

Co se týče dohledávání v nemocničním prostředí, jeden z respondentů uvádí, že je u lékařského personálu v případě zahajování KPR běžné, že zjišťují existenci DVP u pacienta.

Já jsem měl štěstí s doktorama, kterejma jsem šel tak první co tak se pídí, jestli tam není tady tohle kolikrát jo jako jakéj má stav a tak, že jo tam máš napsaný jo v těch závěrečkách, v těch zprávách většinou, že jedna z prvních věcí je, že prostě mají vyslovený třeba přání, takže to jako se naši docela pídí. ^{R2}

Respondenti správně uvádí, že DVP v nemocniční praxi nemůže být respektováno v případě, že už byly započaty úkony, jejichž přerušení by vedlo k smrti pacienta.

Když už třeba mají rozjetý nějaký zákroky, nebo nevím, dostanou se už na dýchací přístroj, tak si myslím, že v tu dobu vlastně taky nemůžou, protože kdyby se odpojili, tak vlastně umřou. ^{R3}

4.3.2. Respektování DVP – obavy ze soudních sporů

V návaznosti na respektování DVP pacienta často vyvstávaly otázky ohledně případných rizik pro zdravotnický personál, zejména v situacích život zachraňujících intervencí. Někteří respondenti se shodují na tvrzení, že pokud je DVP po právní stránce správně zformulované neměla by pro lékaře a zdravotnický personál plynout z jeho respektování žádná rizika.

Myslíš jako, třeba neposkytnutí péče? Tak pokud má vlastně legální papír tak podle mě by sankce být neměly, to by se vlastně úplně protiřečilo, že na jednu stranu to je právně

podložený, že to nechce, ale pak vlastně by mě stíhali za to, že já jsem se vlastně držela tohohle dokumentu v podstatě, takže neměly by. ^{R1}

Někteří z respondentů však zmiňují i obavy z následných stížností a soudních sporů ze strany rodiny pacienta, která by s jeho DVP nebyla v souladu. Zároveň však respondenti věří právnímu systému a pokud by respektovali platný dokument, nebojí se následných trestů či postihů.

To nevím, třeba ta rodina by mě pak mohla stíhat, že něco, tohle mě nikdy nenapadlo, pokud by to bylo právně daný a ten člověk by si to přál, tak já bych to respektovala. ^{R1}

No tak rizika samozřejmě, pro všechny zdravotníky to jsou nějaké stížnosti, žaloby od příbuzných, ale pokud s tím je ta rodina za to, ještě mi to potvrdí, tak asi v tom nevidím problém, pak si třeba budou stěžovat, ale mělo by to být tak právnicky udělaný, aby ten zdravotník z toho neměl žádné problémy, tak od toho to je. Je to prostě smutný, ale ten člověk to tak chtěl a má to tam prostě podložený notářsky všechno tak prostě od toho to je jo, nedá se prostě nic dělat. ^{R3}

Jeden z respondentů má zkušenost v jiné souvislosti s řešením stížnosti od rodiny pacienta a má obavy, že by případně rodina mohla zdravotnický personál soudně stíhat.

No tak asi mohl by nás prostě pak, nebo obecně to oddělení nebo nemocnici vlastně zažalovat, no asi mohli jako taky se stalo, že jako úplně v jiné souvislosti, že pak takhle docházeli kolegyně na nějaký výsledky někam, že se něco jako řešilo, jo třeba nějaký jako ublížení na zdraví, že si stěžovala třeba rodina, takže si myslím, že asi jo, asi bysme za to pak mohli být jako popotahovaný skrz ty právníky i ty lékaři naši vlastně. ^{R4}

Oproti tomu jiný z respondentů v souvislosti s tímto tématem vyjádřil názor, že za nerespektování DVP lékařům a zdravotnickému personálu žádná rizika ani případné stíhání nehrozí.

No takhle mělo by se to, určitě by z toho měly být rizika, ale u nás se za to podle mě nepostihuje, to je můj názor. ^{R2}

4.4. Znalosti a zkušenosti ohledně KPR

Kromě znalostí a zkušeností s DVP bylo u respondentů zjišťováno také to, jaké mají znalosti a zkušenosti v oblasti KPR, především zda vědí, že samotná existence takového dokumentu je kontraindikací KPR. Mimo jiné byla u respondentů zjišťována také jejich zkušenost s eticky či právně dilematickou situací v rámci poskytování KPR.

4.4.1. Průběh KPR

Ze získaných odpovědí vyplynulo, že větší část respondentů nemá negativní zkušenost s průběhem a vedením KPR, rovněž nemá bezprostřední zkušenost s eticky či právně dilematickou situací v rámci poskytování KPR.

Myslím si, že jo, že u nás to funguje, že to tak je, že samozřejmě posloucháš příkazy lékaře, kterej to vede a myslím si, že to mají zmáklý, ten postup, jak následuje, ta základní, nebo jako ta rozšířená, ale v podstatě v tom zdravotnictví ta základní, to si myslím, že funguje dobře. ^{R1}

Hele resuscitací mám za sebou hodně a musím říct, že co se týče toho pracoviště, kde jsem teď, tak s resuscitací nemám asi špatnou zkušenost, jako že by byla nějak špatně provedená, nebo že by tam nebyly zjištěné všechny věci. ^{R2}

V souvislosti s průběhem KPR jeden z respondentů zmínil i aktivní dohledávání DVP ze stran lékařů. Lékaři zjišťují existenci dokumentu při zahajování, či průběhu KPR společně s dalšími informacemi o pacientovi.

Já jsem měl štěstí s doktorama, tak první co, tak se pídí, jestli tam není tady tohle kolikrát jo, jakej má stav a tak tam máš napsaný v těch závěrečkách, ale většinou jedna z prvních věcí je, že prostě mají vyslovený třeba přání a tak, takže to se naši docela pídí a ty resuscitace a to vedení té resuscitace máme díky tomu, jak to proškolení máme jako dobrý, jako třeba to někdo vnímá jinak, ale za mě je to dobrý a nemám s tím špatnou zkušenost. ^{R2}

Eticky dilematickou situaci popsal jeden z respondentů, který měl zkušenost s nejasným vedením KPR ze strany lékaře. Jednalo se o zahájení KPR u pacientky, přestože bylo rozhodnuto o nerozšiřování terapie.

No, to bylo s paní, pacientka měla zadrženu terapii, při covid onemocnění, spočívalo to v tom, že se už nebude rozšiřovat dále terapie co se týče intubace, dialýzy a takhle, stav se horšil, oběhově selhávala, ale když došlo k zástavě oběhu zahájila se resuscitace a 30 minut se plně resuscitovala, bez intubace, což vlastně nevím, co by následovalo, kdyby se ten oběh obnovil, tak vlastně nebylo jasný, jestli by se zaintubovala nebo ne, co bude dál prostě, když vlastně tam byla ukončená terapie vzhledem ke stavu, ale vlastně bylo tam, že se nebude intubovat, ale resuscitace se zahájila, což si teda myslím, že intubace k resuscitaci patří, takže se neměla resuscitovat. ^{R1}

Další z respondentů popisuje svou zkušenost s KPR v přednemocniční péči u pacientky v terminálním stádiu. Zahájení KPR, stejně jako její průběh proběhl správně, avšak respondent uvedl skutečnost, že do ukončení KPR zasahovala rodina pacienta, která ovlivnila rozhodnutí lékaře.

Resuscitovali jsme starou pacientku a nějak potom v průběhu tý resuscitace se donesl nějaký papír, nebo se zjistilo, že má terminální stádium rakoviny, ale rodina tam jako ukrutně naláhala, ať prostě se snažíme, neměla jako vyslovený přání nic jo, ale prostě byla léčená s tou rakovinou a vlastně to nemělo smysl, což teda nakonec stejně to bylo neúspěšný, ale vím, že jsme právě ještě nějakou dobu pokračovali a spíš to asi bylo vůči tý rodině, ale jako tak nějak jsme všichni co jsme tam byli, tak jsme věděli, že to prostě stejně nedopadne dobře, ta rodina tam hodně naláhala, ať teda jako něco děláme, nebo ještě moc prosili ať se ještě snažíme. ^{R3}

4.4.2. Guidelines

U respondentů bylo také zjišťováno, čím se řídí v průběhu KPR. Všichni respondenti se shodli na tom, že průběh KPR je v souladu s doporučenými postupy Evropské resuscitační rady a je vedena lékařem.

No, tak určitě jsou guidelines, že jo pro basic life ATLS, takže podle guidelines se řídím. ^{R5}

Tak jsou dvě situace, když resuscituju, tak jedu vlastně v tom klasickém komplexu, kterej máme v tom advance supportu, ale jinak to je většinou díky tomu, že tam máme lékaře, tak se většinou řídím lékařem, jedeme podle guidelines, jedem ty nejnovější guidelines a to, co by tam mělo bejt no si myslím. ^{R2}

Kromě Evropských doporučených postupů byli respondenty zmíněny také interní postupy daného pracoviště. Zahajování KPR může být obzvlášť v případě přednemocniční péče zahájeno nelékařským zdravotnickým personálem, nicméně průběh a případné ukončování KPR je v rukou lékařského personálu.

No podle guidelines samozřejmě, no tak co se týče postupu tak guidelines. Máme nějaký svoje interní postupy. Ale když jsme tam sami, tak samozřejmě RZP posádka bez lékaře, tak normálně resuscitujem, normálně zahájíme a pak když nás dojíždí lékař, tak samozřejmě ten hlavní team leader je lékař, takže my sice jedeme to, co máme naučený, takže jsme automatismus takovej, ale tak může se stát, že jedeš s lékařem, kterýho neznáš, nebo on vás nezná nebo takhle, ale normálně se jede podle guidelines, a to jak dlouho resuscitujem, jako záleží na tom lékaři, to on ukončuje resuscitaci, ne my samozřejmě. ^{R3}

Nikdo z respondentů nevěděl, že součástí doporučených postupů je etická část, která se zabývá i DVP pacienta, většina respondentů si odpovědí nebyla vůbec jistá.

Já myslím, že to tam není. ^{R3}

V těch guidelines, tohle teda upřímně se přiznám, že nevím, myslím si, že asi ne. ^{R4}

Přestože respondenti označili Evropské doporučené postupy jako výchozí dokument, podle kterého se řídí, s celým jeho obsahem se někteří neseznámili.

Hele, to bych asi lhal, ale já si myslím, že tam nic takovýho, teda nevím že by to tam bylo. Jako nepročítal jsem je, ale nemyslím si, že by tam byla nějaká jako větší část se tomu věnující, no třeba je. ^{R2}

Respondenti se s doporučenými postupy setkají ve své zdravotnické praxi nejčastěji jako už zpracovaným dokumentem, formou jasně daného postupu s určitými piktogramy.

Nejsem si jistá, ale doufám, že tam něco etickýho k tomu je, jako když si vybavím guidelines vlastně, jako takový a všechny ty obrázky, který jsme k tomu vždycky měli, tak to vždycky byl jenom postup ale jestli se tam nad tím někdo zamýšlel, tak bylo by to hezký, ale myslím si, že ne no nebo já nevím, fakt nevím, odhaduji, protože když si vybavím, že jo guidelines, tak je tam vždycky postup. ^{R5}

To si myslím, že ne, že jako guidelines jsou jasně daný postupy. ^{R1}

Respondenti v souvislosti s obsahem doporučených postupů označili shodně situace, ve kterých se nemá zahajovat KPR. Zdravotnický personál u pacienta nezahajuje KPR v případech, že jsou na těle jisté známky smrti, poranění neslučitelná se životem nebo pokud má pacient terminální stádium onemocnění.

Vlastně tam je, kdy nezahajovat resuscitaci, když vlastně někde objevíš tělo, pokud tam jsou nějaký posmrtný známky, nebo vlastně už ztuhlost, nebo terminální stádium onkologického onemocnění. ^{R1}

Pokud tam samozřejmě jsou jisté známky smrti, posmrtná ztuhlost, že tam bude mít hlavu v příkopě, samozřejmě nějaký zranění neslučitelný se životem, terminální stádium tak tam samozřejmě člověk nezahajuje. ^{R3}

V těch guidelines je uvedený, že když někde nebo i v rámci nemocnice teda objevíš takhle člověka bez známek života, tak tam je že nemáš zahajovat, když jsou tam jasný posmrtný známky. ^{R4}

Kromě výše zmíněných situací bylo respondenty poukázáno také na bezpečnost záchraňující osoby, existenci DVP nebo indikaci o nezahajování KPR ze strany lékaře.

Mohlo by to bejt dříve vyslovené přání nebo DNR samozřejmě, pak by to mohly být situace, které jsou neslučitelné se životem ať už je to nějaká dekapitace nebo něco, posmrtné skvrny by určitě mohly bejt, pak samozřejmě by to mohlo bejt když se budu bavit o té terénní věci, tak ta okamžitá resuscitace nemůže probíhat, pokud není bezpečnost, pokud je to situace, že je to třeba opravář na elektrickém rozvodu, kterej

tam zůstal viset nebo když je v autě, dokud ti ho vlastně nevytáhnou, tak nejsi schopná nějakým způsobem mačkat. ^{R2}

Když to není úplně v tom nemocničním prostředí, prostě někde venku tak aby hlavně ten člověk, aby dbal na sebe, jestli to tam je vlastně vůbec bezpečný to okolí. ^{R4}

Kdy neresuscitovat no tak když už vidím jistý známky smrti, ale stejně to by měl potvrdit doktor, pak teda pokud má ten člověk dříve vyslovené přání, kde bude napsaný, že nechce resuscitovat a já ho budu mít v ruce, tak ho budu respektovat a nebudu to zahajovat, no a když má pacient napsaný DNR v papírech. ^{R5}

V souvislosti s tímto tématem bylo respondenty zmiňováno i ukončení poskytované KPR z důvodu vyčerpání sil zachraňující osoby.

Nebo potom to ukončení na základě vyčerpání zachránce. ^{R1}

Když dojde k vyčerpání sil vlastně toho, kdo zachraňuje. ^{R4}

Pokud se vyčerpá zachránce, no tak to není nezahajování to je spíš nepokračování, když už se prostě vyčerpá a seš tam na to sama. ^{R5}

4.5. DNR a nerozšiřování terapie

Ze získaných odpovědí od respondentů vyplynula velmi bohatá zkušenost s nerozšiřováním terapie na odděleních intenzivní péče. U respondentů panovala shoda, že se v takových situacích neprovádí KPR z indikace lékaře a bylo to pro respondenty velmi osobní téma. Kromě kvality života, která se tohoto tématu úzce dotýká, respondenti zdůrazňovali důležitost správné komunikace jak s rodinnými příslušníky, tak se zdravotnickým personálem.

4.5.1. DNR a nerozšiřování terapie – zkušenost

Pokrok v medicíně a zdokonalování ošetřovatelských a léčebných procesů otevřel nové otázky ohledně prodlužování umírání. Zejména na odděleních intenzivní péče, díky moderním metodám, umělé plicní ventilaci bylo možné prodloužit život i pacientům, kteří nereagovali na léčbu a prodloužit tak proces umírání. Většina respondentů ze své praxe na oddělení intenzivní péče má zkušenost s nerozšiřováním terapie u pacienta, u kterého se vyčerpaly všechny možnosti léčby.

Tak na aru to v podstatě tak bylo, že pokud ten stav po delší době, kdy vlastně pacient už nereagoval, vyčerpaly se všechny možnosti léčby, ať to bylo při septickéjch stavech antibiotika a prostě ten oběh se hroutil a vlastně nereagovalo to, tak se vlastně zadržovala terapie. ^{R1}

Kromě závažnosti stavu pacienta a vyčerpání všech možností léčby byla v souvislosti s nerozšiřováním terapie respondenty zdůrazňována také léčba bolesti.

To jsem se setkal většinou to právě bylo, nebo většinou snad jako vždycky, když prostě ta léčba už nereagovala a ten stav byl natolik vážnej, že se tam do něj valila hromada léků, který už se pak samozřejmě i stáhli a ten člověk vlastně byl v paliaci, nebo prostě už se tam nerozšiřovala ta léčba a samozřejmě jenom nějakéj analgetickéj komfort, ať ty lidi nemají bolesti a pak když nastala zástava, tak se prostě nic nedělalo, člověk se nechal odejít v klidu a míru, že ta léčba už prostě nefunguje a už se nerozšiřovala. ^{R3}

Téma nerozšiřování terapie vnímá zdravotnický personál velmi osobně, jestliže pacient nereaguje na léčbu delší čas a nelze u něj docílit určitou kvalitu života, vnímá takovou situaci zdravotnický personál jako trápení pacienta.

Ležel u nás člověk třeba měsíc a pak se udělal zápis, kdy už si myslím, že ty lékaři, který se o něj starali, tak prostě jasně prosadili to, že už se nebude dál rozšiřovat péče, že nám, jako že se trápí ten člověk, že už ho trápíme tou péčí vyloženě, jako nemá dekubity, nic ty ho tam vypipláš na intenzivní péči, nemá dekubity, je hygienicky čistej, to všechno, ale to tělo už to prostě vzdalo a my jenom díky přístrojům a hromadou analgetik ho držíme naživu a stejně to dojde k tomu, že ten pán bohužel umře. ^{R2}

4.5.2. DNR a nerozšiřování terapie – komunikace lékař a sestra

Všichni respondenti shodně uvádějí, že rozhodnutí ohledně nerozšiřování terapie je pouze v rukou lékaře. Respondenti dále zmiňují, že v rámci rozhodovacího procesu je důležitá komunikace mezi sestrou a lékařem, někteří respondenti poznamenali, že při rozhodování o nerozšiřování terapie byl většinou brán v potaz i názor nelékařského zdravotnického personálu.

Většinou to bylo kolektivní, že se nás zeptali, jsem se pak i ptal třeba, co kdyby jako jeden z nás třeba řekl ne a ten jeden doktor mi právě říkal, no tak by se to nějak vymyslelo jinak, ale většinou se nás zeptali, jak to vidíte a takhle jo, ale samozřejmě je to na lékařích, vždycky mi každej řekl, že prostě to nemá smysl. ^{R3}

Pokud by se však názor nelékařského zdravotního personálu výrazně lišil od lékařského konečné rozhodnutí by to zřejmě neovlivnilo, respondenti se shodli na tom, že by zdravotnickému personálu byly spíše více objasněny důvody takového rozhodnutí.

My když jsme byli na aru, tak většinou u vizity se to rozhodovalo, celá skupina, ošetřující lékař, všichni lékaři na tom oddělení plus sestra starající se o toho pacienta a doktor se vždycky ptal, jestli s tím nemáme etický problém, ale nemyslím si, že kdybych řekla, že mám, tak že by to něco ovlivnilo, že spíš by mi bylo vysvětleno z jakýho je to důvodu,

ale vlastně na tom aru když vidíš jak se ten stav horší a ty lidi na tu léčbu nereagují a nikam to nevede, tak je to v podstatě vysvobození pro všechny si myslím. ^{R1}

Co se týče komunikace mezi nelékařským zdravotním personálem a lékaři, ne vždy mají respondenti zkušenost s ideálním průběhem. Přestože převládá názor, že stanovisko nelékařského personálu se do určité míry bere v potaz při rozhodování lékaře ohledně nerozšiřování terapie, samotné rozhodování ohledně následné péče o pacienta neprobíhá vždy podle představ.

Vždycky to narazí na to, že tvůj názor se nepočítá, což tak bohužel je, nefunguje to, vidím to zřídka a naštěstí teda u nás pracují sestry, který tam pracují dlouho, tak třeba aspoň na ně se trochu dá v rámci těch lékařů, ale jinak neprobíhá to za mě tak, jak by mělo, že pokud probíhá vizita, tak lékař, hlavní lékař, kterej vede tu vizitu, by se měl ptát lékařů na zdravotní stav a pak by se měl ptát té sestry, jak na tom pán je, jak to vidí, co si myslí ta sestra, co si myslí případně ta vedoucí sestra směny, nebo ta nejzkušenější, třeba co tam je, která má pána na starost nebo měla, prostě měl by se dělat ten týmovej visiting a ta audience společně, já neříkám, ať dají na náš názor, to určitě ne, prostě jsou to lékaři ale měli by vidět tu druhou stranu věci, třeba z tý oš péče a to se vůbec neděje. ^{R3}

4.6. Informovanost a vzdělávání zdravotnického personálu

Vzhledem ke skutečnosti, že některé informace týkající se DVP nebyly od respondentů přesné, bylo u nich dále také zjišťováno, jak vnímají své znalosti ohledně dotčených témat a zda považují vzdělávání zdravotnického personálu v těchto oblastech za dostatečné.

Mezi zdravotníkama o tom nějaký povědomí je, neříkám, že úplně o tom nějak hodně věděj, ale určitě je nebo by mělo bejt si myslím. ^{R3}

Respondenti se shodli na tom, že mezi zdravotníky je určité povědomí o DVP a vyjádřili přání dozvědět se o této problematice víc informací.

Jako nevím o tom tolik, jak bych asi chtěla, myslím si, že by se o tom mělo víc mluvit, jako zas, kdybychom o tom třeba věděli víc, tak bychom to taky mohli umět nějak vysvětlit, třeba znova, když už jim to řekl ten doktor, což já bych jako úplně nezvládla, jo, určitě ne, takže to si myslím, že bych chtěla. ^{R4}

Rozšiřování znalostí u zdravotnického personálu ohledně DVP by mohlo probíhat formou pravidelného proškolení.

Hele určitě by pomohly tady ty situace, minimálně ty dříve vyslovených přání, tady těch věcí okolo, tak určitě bych třeba já za sebe můžu říct, přidal nějaký proškolení, a tak je to dobrý, utužuje to jak charakter, tak vlastně ten přístup k tý situaci. ^{R2}

S dříve vysloveným přáním se většina respondentů setkala při studiu, avšak tyto znalosti respondenti nepovažovali za dostačující.

Já jsem věděla, že to existuje, ale nevěděla jsem nic k tomu v podstatě a nevím, jestli to je teda z té školy, nebo jestli jsem to slyšela pak někde během jako prvních let praxe, ale informace jako ze školy, podle mě já si to teda vůbec nevybavuju, no že bysme to tam nějak víc řešili. ^{R5}

Rozdílného názoru je jeden z respondentů, který uvádí, že problematika DVP u personálu intenzivní péče příliš známá není, je to spíše specifické pro pracovníky např. na onkologickém oddělení.

No myslím si, že moc ne, že určitě tohle budou znát třeba pracovníci na onkologii nebo někde tam, ale myslím si, že běžná sestra, že možná někdy to zaslechla, ale neřekla bych, že by někdo s tím byl seznámenej. ^{R1}

Respondenti uvedli ohledně původu svých znalostí hned několik zdrojů. Někteří z respondentů se nejvíce informací ohledně DVP dozvěděli v rámci specializačního vzdělávání v rámci intenzivní péče.

No hele nejvíc jsem se o tom asi dozvěděla v rámci aripu, když jsem si dělala arip, tak to vím, že jsme tam na to měli i nějakou přednášku, ale jako zas to asi nebylo tak obsáhlý, jak bych si představovala. ^{R4}

Dále se informace dozvěděli zejména při studium v rámci přípravy na profesu zdravotní sestry nebo zdravotnický záchranář, nebo v rámci samostudia.

Hele já za prvý samostudiem, tak jako mě to celkově zajímalo, pak určitě od učitelů ve škole jsme na to téma narazili. ^{R2}

Pro mě asi určitě ze školy, že něco takového je. ^{R3}

Zdravotnický personál se velmi často s informacemi ohledně DVP setkal ve svém pracovním prostředí, z diskuse s kolegy nebo z interních dokumentů.

Máme to ted'ka, když máme nějaký svoje postupy, tak taky to tam je napsaný, co se týče toho právního nějakého směřování nebo kodexu, nevím, jak to pojmenovat, tak taky to tam je samozřejmě napsaný. ^{R3}

Hele, teďka je to asi práce poslední dobou, je to určitě práce, a tak nějak jako samostudium a tím, jak to jako diskutujem, diskutujem práci, tak jsem se tak jako k tomu dozvěděla asi víc. ^{R5}

Ohledně tématu KPR si respondenti svými znalostmi byli jisti, přišli jim dostatečné a zdůrazňovali efektivitu pravidelného školení na které docházejí několikrát ročně, které vede k lepšímu zvládnutí situace ve zdravotnické praxi.

Docházíme na pravidelný školení dvakrát ročně a myslím si, že jsme proškoleni na tohle fakt dobře i celkově, když chodíme na výběhy na jiné kliniky i ta komunikace s doktorama je mnohem lepší, jak vlastně na ty školení chodíme s doktorama, že jde doktor a 2 nebo 3 sestry, tak mě to přijde teď super, proti tomu, když jsem třeba nastoupila, to jsem se bála toho, že jdu někam na výběh, ale teď, jak chodíme dvakrát ročně, tak se v tom cejtím mnohem líp i s tou komunikací, i ty doktoři se na nás můžou víc spolehnout a je to víc v klidu, hlavně na výběhách, když jdeš úplně na jiný oddělení a má to úroveň, než když tam je jako chaos, což někdy bejval. ^{R4}

Pravidelné školení ohledně poskytování KPR obsahuje modelové situace, které zdravotnickému personálu pomáhají uvědomit si některé okolnosti, pravidelné opakování naučených dovedností pomáhá zdravotnickému personálu si poskytování KPR zautomatizovat a nabýt pocitu jistoty, přestože se jedná o velmi vypjaté situace.

Chodíme dvakrát za půl roku a ty modelovky jsou fakt dobrý, ne jednou mě ta modelovka jako bum švihla, že si člověk uvědomil, co se asi děje a přidává ti takový ty věci a zároveň víš, že tam seš na figurínách, ale ta reálná resuscitace ono prostě pak v sobě máš prostě switch a já to třeba tak v sobě mám, že switchneš a už pak jedeš prostě ty naučený věci. ^{R2}

Někteří by na tyto pravidelné školení docházeli i častěji, praktický nácvik těchto dovedností považuje zdravotnický personál za velmi důležitý.

Jo myslím si, že jo, protože u nás to udělali docela dobře, já bych klidně na ty tříhodinové kurzy chodila každého půl roku, kdybych měla na výběr, protože tam si to vždycky člověk připomene, zopakuje, vyzkouší a podle mě by takovýhle trénování mělo bejt mnohem častější, aby ses do toho dostala, do toho správného nastavení a prostě odhadla správně tloušťku a tak, myslím si, že v tom jsem si teoreticky jistá, nebo prostě bych minimálně věděla, co mám dělat, než by mi řekl někdo další, co mám dělat dál, je potřeba to umět no a tohle mají fakt dobře udělaný a seš teoreticky najetej. ^{R5}

Výpověď jednoho z respondentů poukazuje na fakt, že teoretické znalosti KPR jsou velmi provázané s praktickou zkušeností, která je u každého zdravotnického pracovníka různá, nicméně právě pravidelné proškolení pomáhá tyto situace zvládnout.

No teda teoreticky, prakticky je to takový, jakože moc se to neděje, nebo já na to nemám štěstí, takže otázka, ale myslím si, že když víš, co máš dělat a jak máš postupovat, tak to vždycky zvládneš, no a pořád si myslím, že je, co zlepšovat, prostě neresuscitujem každý den, ani dospělý, natož třeba děti nebo malý mimina. ^{R5}

5. Diskuse

V následujícím textu budou sumarizovány výše prezentované výsledky a zasazeny do současného kontextu problematiky DVP. Zároveň s tímto krokem zde budou zodpovězeny i stanovené výzkumné otázky.

5.1. Znalosti zdravotnického personálu ohledně DVP

Přestože uběhlo od první zmínky v zákonné úpravě⁴⁵ téměř 23 let a podrobněji bylo DVP rozebráno v zákoně o zdravotních službách⁴⁶ před 13 lety, stále u zdravotnického personálu nejsou ohledně tohoto institutu příliš ucelené znalosti. V tomto výzkumném šetření bylo u respondentů pomocí polostrukturovaných rozhovorů v první řadě zjišťováno, zda vědí, co DVP znamená a umí tento dokument blíže vymezit.

5.1.1. DVP a jeho právní náležitosti

Všichni respondenti měli v menší, či větší míře povědomí o tom čeho se DVP týká a podle většiny respondentů je tento pojem u zdravotnického personálu známý. Avšak co se týče obsahu DVP, panovala u zdravotnického personálu velká míra nejistoty. Většina respondentů správně uvedla, že DVP musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem a z výsledků vyplývá určitá součinnost se správním orgánem za účelem ověření podpisu, nicméně bližší informace ohledně těchto podmínek respondentům chybí nebo nejsou zcela jasné. Například z některých odpovědí respondentů vyplývá, že dokument má být sepsán s právnicky vzdělanou osobou, dle znění platného zákona však DVP má obsahovat poučení pacienta sepsané lékařem a právník do tohoto procesu vůbec nevstupuje. Úředně ověřený má být v dokumentu pouze podpis pacienta. Úředním ověřením podpisu se pouze potvrzuje, že žadatel před ověřující osobou listinu podepsal nebo podpis uznal za vlastní, nepotvrzuje se tím správnost ani pravdivost údajů které jsou v DVP uvedeny, ani se nepotvrzuje soulad dokumentu s právními předpisy. Respondenti také uvedli, že DVP by mělo být podrobně sepsáno ve spolupráci s lékařem, jeden z respondentů správně zmiňuje konkrétní poučení o důsledcích pacientova rozhodnutí. Právě toto poučení lékaře je pro platnost DVP velmi důležité, zdravotnickým personálem bylo zdůrazňováno, že pacient nemusí vždy důsledky svého rozhodnutí pochopit v celé míře a rozhovor s lékařem je tak neodmyslitelnou součástí DVP. Právě poučení pacienta lékařem vylučuje možnost, že by pacient nebyl se všemi důsledky svého rozhodnutí obeznámen a zdravotnický personál nemá důvod platné DVP zpochybňovat, rovněž je možné obrátit se na lékaře, který poučení pacientovi vydal, který může potvrdit, že se jednalo o dobrovolné rozhodnutí pacienta (Brátová, 2020). Důležitým námětem k diskusi je samotná

⁴⁵ Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně, č. 96/2001 Sb. m. s.

⁴⁶ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

forma DVP. Všichni respondenti se v tomto bodě shodli na tom, že písemná forma je pro tento typ dokumentu přijatelnější, ale respondenti nevyloučili ani možnost ústní formy, zejména v případě, kdy pacient nemůže např. ze zdravotních důvodů psanou formu učinit. V současném znění zákona o zdravotních službách⁴⁷ je DVP umožněno pouze v písemné formě, ústní forma je v zákoně uvedena pouze v případě, že je DVP vysloveno při přijetí do nemocnice. V takovém případě se DVP zaznamená do zdravotnické dokumentace a záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek. Pokud pacient ze zdravotních důvodů (např. omezení horních končetin) nemůže dokument podepsat, nebo projevit ústní souhlas, zdravotnický pracovník zaznamená projev vůle pacienta do zdravotnické dokumentace, včetně důvodů, které brání projevit souhlas požadovaným způsobem, záznam podepíše zdravotnický pracovník a svědek. Prostředí intenzivní péče je velmi specifické a zdravotní stav pacientů často neumožňuje získat souhlas pacienta, potvrzený jeho podpisem, proto ústní vyjádření DVP má ve zdravotnické praxi určitě své nezastupitelné místo, stejně jako ústní vyjádření souhlasu, či nesouhlasu s výkonem. Zákon o ověřování⁴⁸, který stanovuje podmínky k úředně ověřenému podpisu, který je součástí písemné formy DVP, také předpokládá situace, kdy se osoba nemůže z nějakého důvodu podepsat. Legalizace podpisu se v takovém případě, kdy žadatel nemůže číst nebo psát, provede také za účasti svědků.

Co se týče platnosti DVP není zákonem stanoven žádný časový rámec. Respondenti si platností dokumentu nebyli jistí, jeden z respondentů uvedl, že DVP by mělo platit pouze pro danou hospitalizaci, či zákrok. Jiný respondent rozvedl svou úvahu ohledně omezené, či neomezené platnosti, v případě neomezené platnosti zdůrazňoval, aby bylo možné DVP případně zrušit. Nepřesné informace ohledně platnosti DVP můžou u respondentů vycházet ze skutečnosti, že dříve byla platnost DVP stanovena na 5 let. Tato omezená platnost byla předmětem neshod a diskuzí, vzhledem k tomu, že někteří pacienti by kvůli svému zdravotnímu stavu nemohli svá DVP po uplynutí platnosti znovu obnovit a dokument by tak ztratil svou hlavní funkci, chránit autonomii pacienta. Platností DVP se následně zabýval i Ústavní soud⁴⁹, platnost dokumentu byla následně zrušena a nyní má DVP neomezenou platnost (Vencel, 2015). Podobným procesem prošla i legislativa upravující DVP ve Francii, kde byla původní platnost na 3 roky také novelou zákona zrušena (Andreau, 2018).

Ze získaných odpovědí vyplývá určitá míra nejistoty a zdravotnickému personálu často chybí bližší informace, zejména co se týče obsahu, formy a platnosti DVP. Vzhledem k tomu, že zdravotnickému personálu chybí některé informace a svými znalostmi si nejsou jisti, projít samotným procesem sepisování DVP by pro ně mohl být problém. Většina respondentů shodně uvedla, že ve zdravotnické praxi by platné DVP mělo být respektováno, pokud však

⁴⁷ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

⁴⁸ Zákon č.21/2006 Sb. Zákon o ověřování shody opisu nebo kopie s listinou a o ověřování pravosti podpisu a o změně některých zákonů (zákon o ověřování)

⁴⁹ Nález Ústavního soudu ze dne 27. listopadu 2012, sp. zn. Pl ÚS 1/12

zdravotnický personál nebude mít přesné a dostatečné informace může docházet ve zdravotnické praxi k pochybením a zdravotnický personál se tak může vystavit trestně-právní odpovědnosti či občansko-právním sporům.

5.1.2. DVP a jeho rozšířenost

Respondenti mají znalosti ohledně DVP převážně ze školy, samostudia či pracovního prostředí. Někteří respondenti zdůraznili, že informace, které mají nejsou dostatečné a rádi by o této problematice získali bližší informace, např. formou pravidelného školení.

Respondenti se zároveň shodli na tom, že o této problematice neví ani laická veřejnost. Tento názor je ve shodě s výsledky diplomové práce Venduly Kopkové⁵⁰ z roku 2020, která se věnovala informovanosti ohledně dříve vysloveného přání u laické veřejnosti. Z výsledků porovnávané práce vyplývá, že laická veřejnost vnímá smrt a umírání jako téma o kterém se ve společnosti příliš nemluví, o existenci dříve vysloveného přání vědělo pouze 9 % dotázaných respondentů, 89 % se domnívá, že veřejnost ohledně dříve vysloveného přání není dostatečně informována, právě chybějící informace velká část respondentů označila jako překážku, která jim brání v jeho sepsání (Kopková, 2020). Respondenti v tomto výzkumném šetření v souvislosti s neinformovaností veřejnosti, často zmiňovali problematiku s dárcovstvím orgánů, o kterém prý má veřejnost často také nepřesné informace. Tento názor je ve shodě s diplomovou prací Bc. Jany Fraňkové, která řešila pohled laické i odborné veřejnosti na otázku dárcovství orgánů. V porovnávaném výzkumném šetření se opět ukázalo, že pro laickou veřejnost je těžké přijmout téma smrti, co se týče otázek ohledně dárcovství orgánů 79,1 % respondentů uvedlo, že nejsou dobře informováni, to samé si myslí i odborná veřejnost v tomto výzkumu, 84,3 % respondentů laické veřejnosti projevilo přání mít k této problematice více informací, téměř polovina dotazovaných respondentů laické veřejnosti neslyšela o národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem a menší polovina respondentů se chybně domnívá, že nelze odebrat orgány zemřelého dárce bez souhlasu nejbližšího příbuzného (Fraňková, 2020). Přestože dárcovství orgánů nebylo součástí této diplomové práce, tyto výsledky jsou určitou ukázkou nedostatečného informování veřejnosti ohledně důležitých témat, které mají etický charakter a jejich rozhodování může být pro rodinné příslušníky i zdravotnický personál složité. Navíc právě chybějící informace mohou být překážkou k tomu, aby pacient učinil potřebné kroky, ať už je to sepsání DVP nebo vyjádření nesouhlasu s odběrem orgánů.

5.2. Zkušenosti zdravotnického personálu s DVP

V rámci této diplomové práce byly u respondentů zjišťovány znalosti a zkušenosti ohledně DVP, znalosti a zkušenosti zdravotnického personálu se navzájem velmi ovlivňují a možná právě minimální zkušenost respondentů s DVP je důvodem, proč nemá zdravotnický personál

⁵⁰ Diplomová práce na téma Právní postavení občana při vyjádření dříve vysloveného přání.

ucelenější informace, ve zdravotnické praxi se s ním totiž zdravotnický personál na odděleních intenzivní péče téměř nesetkal. Svou zkušenost s DVP popsal pouze jeden z respondentů a jednalo se o situaci, kdy se dokument fyzicky nepodařilo dohledat.

5.2.1. Složitá dohledatelnost DVP

Právě složitě dohledávání DVP v terénu bylo respondenty tohoto výzkumu často zmiňováno. Tato skutečnost může být brána jako určitá nevýhoda DVP, která je diskutována i odborníky z řad lékařů a právníků. V České legislativě je v zákoně o zdravotních službách⁵¹ uvedeno, že DVP má být respektováno v případě, že ho lékař má k dispozici, tudíž není povinností lékaře aktivně u pacientů dohledávat, zda disponují tímto dokumentem, či nikoliv. Tato povinnost zůstává v rukou pacienta, který si DVP sepsal a je zcela na něm, jakým způsobem informaci sdělí lékaři. V Německu se doporučuje vložení kartičky s informací k osobním dokladům pacienta (Matějek, 2012). Jedna z možností, kterou v tomto výzkumném šetření uvedl dotazovaný respondent byla digitální verze, jakýsi registr DVP, který by v případě digitální dokumentace upozorňoval zdravotníky určitou ikonkou, záložkou na existenci DVP u pacienta. Zřízení nepřetržitě přístupného elektronického registru usnadňující zdravotníkům orientaci zmiňují i odborníci, avšak je třeba myslet i na komplikace, které sebou elektronické uchování dat přináší i určitý limit pro pacienty, kteří nemají např. přístup k internetu, nebo nejsou dostatečně zdatní, aby své DVP do registru zanesli. Kromě toho i samotnou existenci registru je třeba rozšířit do povědomí veřejnosti, protože v již zmíněném výzkumu v rámci diplomové práce ohledně darování orgánů se ukázalo, že veřejnost z velké části neví, že existuje registr osob nesouhlasících s odběrem orgánů po smrti, přitom se jedná o zákonnou úpravu, která je v praxi zavedena podstatně déle než institut DVP (Matějek, 2012; Fraňková 2020). Dále byla respondentem představena další možnost, podávat pacientům formulář ohledně informací o DVP společně s ostatními dokumenty (souhlas s hospitalizací, souhlas s výkonem), které pacienti dostávají v průběhu své hospitalizace.

5.2.2. Respektování DVP a možná trestně-právní odpovědnost

Ohledně dohledávání DVP v přednemocniční péči a na odděleních intenzivní péče byla často respondenty zdůrazňována naléhavost dané situace např. poskytování KPR, kdy je nutné co nejdříve zajistit základní životní funkce a dohledávání těchto informací je složitě. Zkušenost jednoho z respondentů popisuje případ, kdy rodina oznámila posádce RZP, že pacient disponuje DVP, fyzicky však dokument nemohli dohledat, pacient byl po úspěšné KPR převezen do nemocnice, kde se zdravotnický personál ve spolupráci s rodinou snažil dokument dohledat a přizpůsobit tak další poskytovanou péči, avšak dokument se rodině dohledat nepodařilo. Podobná situace byla uvedena jako modelový příklad v diplomové práci Jany Brátové, která popisuje právní problematiku dané situace. Zmíněná modelová situace

⁵¹ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

popisuje možné důsledky lékaře v souvislosti s respektováním, či nerespektováním DVP obsahující přání neresuscitovat. Lékař, který respektuje DVP (které má splněné všechny zákonné požadavky) a rozhodne se pacienta neresuscitovat, tak tím, že nezahájí u pacienta resuscitaci, postupuje *lege artis* a nemůže být odpovědný za úmrtí pacienta. Obtížná situace může nastat v případě, kdy v důsledku neposkytnutí KPR, pacient zemře, nebo dojde k těžkému ublížení na zdraví a následně se například prokáže, že pacient nikdy DVP sepsané neměl nebo se nejednalo o jeho svobodnou vůli. V takové situaci se lékař dostává do konfliktu, kdy může být trestně odpovědný za úmrtí pacienta, protože by se mohl dopustit i některého z trestných činů (usmrcení z nedbalosti, ublížení na zdraví z nedbalosti nebo těžké ublížení na zdraví z nedbalosti dle trestního zákoníku)⁵². V souvislosti s DVP je důležité zmínit také část trestního zákoníku obsahující okolnosti zbavující pachatele protiprávního jednání mezi které patří svolení poškozeného⁵³. Platné DVP, jako předem dané svolení osoby, rovněž i institut, který je zakotven v právním řádu⁵⁴ splňuje podmínky trestního zákoníku o protiprávnosti jednání. Dle výše zmíněných informací by lékař v takové situaci neměl být trestně odpovědný, protože jednal v okolnostech vylučující protiprávnost. V současné době zatím není k dispozici judikatura, která by podobnou situaci řešila (Brátová, 2020). Samotné respektování DVP byl důležitý bod, ke kterému se respondenti vyjadřovali. Na základě výsledků získaných tímto výzkumným šetřením se ukázalo, že do procesu respektování DVP vstupuje více faktorů. Ať už je to určitá znalost ohledně této problematiky, vlastní zkušenost respondentů, určité obavy týkající se soudních sporů a zejména respondenty zmiňované obtížné dohledávání DVP v terénu. U respondentů v tomto výzkumu panovala shoda, že pokud by se s DVP u pacienta v praxi setkali, respektovali by jej a zároveň s tím udávají, že by z respektování DVP neměly plynout pro lékaře a zdravotnický personál žádná rizika. V souvislosti s tímto tvrzením, však třeba poukázat na fakt, že respondentům chyběli bližší znalosti ohledně DVP, tudíž by pro ně bylo složité ověřit, zda DVP pacienta splňuje všechny potřebné podmínky. Zároveň je třeba připomenout skutečnost s obtížným dohledáváním v přednemocniční i nemocniční péči, se kterou mají respondenti zkušenost, a pokud by DVP obsahující přání neresuscitovat respektovali a následně se ukázalo jako neexistující, vystavují se tak riziku trestně-právního jednání. Dle výpovědi respondentů není výjimkou, že rodina pacienta nechce respektovat pacientovo rozhodnutí a chtějí, aby zdravotnický personál dělal vše, pro záchranu pacienta, přestože bylo dosaženo určitých limitů léčby, s touto situací se rodina a blízcí pacienta velmi těžko vyrovnávají. Respondenti často zmiňovali tyto oblasti jako velmi těžké skrze komunikaci a popisovali spíše obavy týkající se stížností rodiny, která by je případně žalovala, že uposlechli DVP pacienta a neposkytli u pacienta KPR. Zákon o zdravotních službách však přesně definuje

⁵² Zákon č. 40/2009 Sb. Trestní zákoník, § 143 usmrcení z nedbalosti, § 147 těžké ublížení na zdraví z nedbalosti, § 148 ublížení na zdraví z nedbalosti

⁵³ Zákon č. 40/2009 Sb. Trestní zákoník – HLAVA III okolnosti vylučující protiprávnost činu § 30 svolení poškozeného

⁵⁴ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, § 36 Dříve vyslovené přání

body, kdy DVP nelze ve zdravotnické praxi respektovat. Dříve vyslovené přání nemůže být respektováno, pokud nabádá k postupům, které by vedly k aktivnímu způsobení smrti, byly započaty takové výkony, jejichž přerušení by k aktivnímu způsobení smrti vedlo nebo se jedná o nezletilé osoby, či osoby s omezenou svéprávností, tyto podmínky byly zmíněny i jedním z respondentů. Pokud těchto podmínek není dosaženo, je nutné DVP pacienta brát na zřetel.

5.2.3. Etické aspekty DVP

Respondenti v souvislosti s DVP často vyjadřovali názor, že může být pro pacienty toto téma náročné převážně po psychické stránce, ať už se jedná o určitou neznalost všech souvisejících faktorů, samotné vyrovnávání se s probíhajícím onemocněním nebo otázky ohledně konce života. Nelékařský zdravotnický personál se shodl na tom, že pro pacienta je často velmi obtížné vyrovnávání se samotným onemocněním a z dané situace se pak odvíjejí další kroky a vyplývají další otázky, na které pacient musí reagovat. Dále jeden z respondentů uvedl, že pacient může své rozhodnutí vyjádřit také z důvodu např. velké bolesti, ale za jiných podmínek by takové rozhodnutí neučinil. Tyto výsledky upozorňují na proměnlivost lidských potřeb a zájmů, které se nejen v průběhu hospitalizace ale celého života jedince neustále mění. Tomuto etickému problému se věnuje Adam Doležal, který upozorňuje na některé právní a etické problémy týkající se DVP např. problém konfliktu mezi „dříve kompetentního já“ a současného „nekompetentního já“ vychází z podstaty, že lidské zájmy nejsou stabilní, ale proměňují se v čase. Konfliktem může být situace, kdy „dříve kompetentní já“ vysloví přání za určitého zdravotního stavu nežít, ale „současné nekompetentní já“ je ve svém stavu spokojené a nechce zemřít. Zároveň popisuje také problém s tzv. prospektivní autonomií a nejistotou ohledně budoucnosti. Stejně jako zájmy tak i člověk se v čase mění a vyvíjí, tudíž není zcela jisté, zda pacient dokáže zvážit situaci, ve které se ocitne v budoucnosti (Doležal, 2017).

5.3. Dilematické situace v rámci poskytování KPR

Práce na oddělení intenzivní péče je pro zdravotnický personál velmi náročná, zdravotní stav pacientů se zde může často měnit a zdravotnický personál musí zvládat na tyto náhlé změny adekvátně reagovat. KPR je soubor opatření, které mají za cíl udržet či obnovit krevní oběh pacienta, přestože je zdravotnický personál na tyto situace pravidelně školen, zůstává poskytování KPR velmi náročnou situací ať už kvůli časové naléhavosti, či psychické a fyzické náročnosti. V souvislosti s tématem této diplomové práce bylo u respondentů zjišťováno, zda se ve své zdravotnické praxi setkali se situací v rámci poskytování KPR, která by byla z etického či právního hlediska problematická.

5.3.1. Nerozšiřování terapie a neposkytnutí KPR

Dva z dotazovaných respondentů blíže popsali svou zkušenost s problematickou KPR. Jeden z respondentů popsal svou zkušenost s poskytnutím KPR přesto, že u pacienta bylo rozhodnuto o nerozšiřování terapie, včetně zajištění dýchacích cest a napojení na umělou plicní ventilaci. Respondent popsal své pocity, byla zde ze strany nezkušeného lékaře, který resuscitaci vedl nejistota, respondent si nebyl jistý, co by se dělo v případě, že by KPR byla úspěšná, veškeré kanylace a potřebné výkony považoval za zbytečné a nedůstojné, vzhledem k věku a zdravotnímu stavu pacienta. Jiný z respondentů popsal svou zkušenost z přednemocniční péče, kdy se poskytovala KPR u pacienta s onkologickým onemocněním v terminálním stádiu, tato skutečnost byla zjištěna až po zahájení KPR, která ve výsledku byla neúspěšná. Respondent popisoval, že byla přítomna rodina, která na zdravotnický personál velmi naléhala a nechtěla přijmout fakt, že pacient nebude zachráněn, dle slov respondenta se lze domnívat, že v případě absence rodiny by KPR lékařem byla ukončena dříve. Tato situace opět potvrzuje důležitost komunikace mezi lékařem a rodinou. Pozitivním zjištěním bylo, že zbylá část respondentů žádnou podobnou zkušenost neměla.

Tyto konfliktní situace mezi lékaři a rodinou jsou zdravotnickým personálem často popisovány a v souvislosti s tím zmiňují důležitost vhodné komunikace. Jedním takovým konfliktem se zabývá také náleží Ústavního soudu⁵⁵, který se věnuje rozhodování v otázkách na konci života, konkrétně přechodu z intenzivní péče na péči paliativní a rozhodnutí ohledně neposkytnutí KPR tzv. DNR. Tento náleží lze označit jako velmi zásadní, protože se jedná o první rozhodnutí, které se dotýká problematiky rozhodování na konci života. Polymorbidní pacientka byla hospitalizována na oddělení JIP interna, kde zemřela na následky srdeční zástavy. Ošetřující lékař zohlednil dřívější rozhodnutí lékařů ohledně neposkytnutí KPR v případě zástavy oběhu (DNR). Následně rodina zemřelé pacientky podala stížnost a žádala po nemocnici náhradu za újmu způsobenou usmrcením. Stížnost byla Ústavním soudem zamítnuta s následujícím odůvodněním, že vůle pacienta nemůže být brána v úvahu, pokud vede

⁵⁵ Náleží Ústavního soudu I. ÚS 1594/22 ze dne 31. července 2023 dostupné na https://www.usoud.cz/fileadmin/user_upload/Tiskova_mluvci/Publikovane_nalezky/2023/1-1594-22-AN.pdf

k neindikované a neopodstatněné léčbě. Dalším aspektem tohoto sporu je však to, že pacientce ani rodinným příslušníkům nebyly podány informace o tom, že se v případě zástavy oběhu nebude KPR provádět. To však samotné neprovedení KPR nečiní protiprávním.

V souvislosti s tématem této diplomové práce zde bude zmíněno stanovisko, o které se opírá již zmíněný nálezn Ústavního soudu. Rozhodování o pokynu DNR bez dříve vysloveného přání pacienta je podle tohoto stanoviska ve zdravotnické praxi převažující, pokud by lékaři vedle povinnosti informovat pacienty o tom jaký postup je navrhován, měli pacienty informovat i o všem co se nestane, tak se systém zhroutí. Rozhodnutí ohledně DNR se na pracovištích činí v konsensu týmu lékařů různých specializací a také je zde uveden názor, že lékaři nejsou ze svého studia připraveni na obtížnou komunikaci s příbuznými pacienta. Všichni respondenti mají ze své zdravotní praxe zkušenost s pacienty, u kterých bylo lékařským týmem rozhodnuto o nerozšiřování terapie a následné neposkytnutí KPR tzv. DNR. Jedná se o lékařský příkaz, který je uveden v pacientově zdravotnické dokumentaci. Tento záznam informuje veškerý zdravotní personál, že by se u dotyčného pacienta neměla zahajovat KPR. Příkaz lékaře nezahajovat resuscitaci byl uváděn převážně u pacientů, kteří KPR výslovně odmítli. Postupně se příkaz neresuscitovat rozšířil na již zmíněné situace, kdy prognóza onemocnění byla beznadějná a kvůli sníženému stavu vědomí, nebylo možné získat souhlas pacienta. Pokud je lékař přesvědčený, že KPR nepřinese pacientovi úspěšný výsledek, neměla by být poskytována a ani rodina nemá právo, vyžadovat klinicky nevhodnou léčbu. Příkaz DNR se stal specifickou kategorií převážně pro pracoviště intenzivní a resuscitační péče, kdy se jedná převážně o kolektivní rozhodnutí lékařů a zdravotnického týmu, bez zapojení pacienta a rodinných příslušníků (Bartůněk a kol., 2016; Campbell, 2017). Respondenti mají zkušenosti, že se DNR činí v konsensu více lékařů/lékařek, někdy i celého týmu pečujícího o pacienta, včetně nelékařského personálu. Přestože by se měl takového rozhodnutí účastnit i nelékařský zdravotní personál, není to ve zdravotnické praxi vždy umožněno. Zároveň respondenty byla zdůrazňována důležitost komunikace mezi lékařem a rodinou, obzvláště v těchto těžkých tématech.

Respondenti často poukazovali na skutečnosti, vyplývající ze zdravotnické praxe, konkrétně na fakt, že zdravotní stav pacienta se může často měnit, na oddělení intenzivní péče se pacienti dostanou často z důvodu akutního onemocnění, z plného zdraví, kdy ani neuvažují o tom, že by se měli s něčím léčit, natož řešit otázky ohledně konce života. Téma umírání je velmi těžké na komunikaci i pro zdravotnický personál, veřejností je dle respondentů stále často tabuizováno a velmi těžce přijímáno. Přestože moderní medicína díky svým pokrokům umí život lidí prodloužit, nepopíratelným faktem zůstává, že umírání je součástí života člověka a nelze mu zabránit. Se smrtí se musí nějakým způsobem vyrovnat nejen umírající, ale i jeho rodina, přátelé i zdravotnický personál, který o něj v posledních chvílích pečuje. Rozhodnutí ohledně přijmutí, či odmítnutí kardiopulmonální resuscitace je pro pacienty i jejich blízké hodně citlivé. Samotnému rozhodování nepomáhá ani mylné mínění veřejnosti o úspěšnosti

KPR, která je v televizních pořadech uváděná, jako velmi úspěšná intervence. V případě, že pacient odmítne poskytnutí KPR neznamena to, že má být zadržena i veškerá další péče a léčba (Campbell, 2017).

5.4. Doporučení pro praxi

Na základě výše zmíněných výsledků, které byly získány v tomto výzkumném šetření zde budou představeny doporučení a návrhy pro praxi.

5.4.1. Podpora a vzdělávání zaměstnanců

- **Informovanost nelékařského zdravotnického personálu**

Z výsledků vyplynulo, že zdravotnický personál na oddělení intenzivní péče nemá zcela ucelené a přesné informace ohledně institutu DVP a respondenti zároveň projevili zájem tyto informace ve své praxi získat. Jednou z forem by mohlo být určité proškolení personálu, které by mělo mít pravidelný formát, kromě DVP by se školení týkalo i ostatních etických a právních témat objevujících se na odděleních intenzivní péči (nerozšiřování terapie, DNR). Pro zdravotnický personál jsou důležité zejména vlastní zkušenosti s daným tématem, tudíž by bylo vhodné případné informace podpořit případy z praxe. Jako první se s pacientem do kontaktu dostává v přednemocniční péči také zdravotnický personál zdravotnické záchranné služby, tudíž podobné pravidelné proškolení zaměstnanců by se nemělo týkat pouze zdravotnického personálu v nemocničních zařízeních ale i zdravotnického personálu v přednemocniční péči.

Dalším krokem by mohlo být zmapování informovanosti zdravotnického personálu ohledně DVP pomocí kvantitativního šetření napříč odbornostmi. Vzhledem k dosavadním zjištěným poznatkům lze předpokládat, že DVP bude znát lépe personál pracující na onkologických odděleních či paliativní péči. Dle zjištěných výsledků má určité povědomí o DVP i zdravotnický personál na oddělení intenzivní péče, ovšem jednalo se o kvalitativní výzkumné šetření a výsledky, které zde byly zjištěny by bylo dobré v praxi ověřit pomocí kvantitativního výzkumu a případně porovnat, zda je mezi odbornostmi ohledně tohoto tématu nějaký výrazný rozdíl.

- **Informovanost lékařského personálu**

Dle platné legislativy musí DVP obsahovat poučení pacienta lékařem o důsledcích jeho rozhodnutí, tudíž DVP musí být sepsané v součinnosti s lékařem. V praxi se může jednat o ošetřujícího lékaře, lékaře specializujícího se na dané onemocnění nebo praktického lékaře. V současné době stále není DVP v povědomí veřejnosti, a tudíž jeho výskyt ve zdravotnické praxi je poměrně nízký, pokud budou učiněny kroky, aby se DVP dostalo do povědomí veřejnosti a bylo jí využíváno ve zdravotnické praxi je nutné dohlédnout na to, aby lékařský personál měl ucelené informace a uměl je poskytnout pacientům.

- **Podpora a pomoc při řešení dilematických situací**

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že zdravotnický personál měl často v souvislosti s DVP problémy s jeho dohledáváním v terénu i nemocničním prostředí. V souvislosti s tématem nerozšiřování terapie, či neposkytnutí KPR výsledky ukázaly, že tato témata jsou velmi těžká na komunikaci s rodinou. Rodina a blízcí pacienta mohou mít někdy rozdílná očekávání od průběhu léčby, nemusí být často smířeni s rozhodnutím, které učiní lékař nebo i sám pacient. Všechny výše zmíněné situace jsou ve zdravotnické praxi velmi těžké pro pacienta, jeho rodinu i zdravotnický personál. Přestože se zdravotnický personál i rodina mohou obrátit na pomoc psychologů, či peer konzultantů vyvstává zde otázka, zda by nebylo vhodné pro tyto dilematické situace zřídit určité etické komise či skupiny, které by mohly fungovat jako poradní orgán pro lékaře, zdravotnický personál, pacienta a jeho blízké, pokud by někdo z dotčených nabyt dojmu, že je v případě nějaké etické nebo právní pochybení.

- **Proškolování zdravotnického personálu v komunikačních dovednostech**

Jedno z výrazných témat, které propojovalo hned několik kategorií byla komunikace. Ať už se jedná o komunikaci mezi nelékařským zdravotnickým personálem a lékaři, nebo mezi lékaři a pacientem, vždy byla respondenty zdůrazňována její důležitost obzvláště v obtížných tématech jako je neposkytnutí určité léčebné intervence, nerozšiřování terapie, nebo umírání pacienta. Neméně důležitá je i komunikace mezi zdravotnickým personálem a rodinou pacienta, který na odděleních intenzivní péče často není ve zdravotním stavu, kdy by mohl komunikovat. Zdravotnická praxe často ukazuje, že lékaři a zdravotnický personál není vždy na tyto obtížné komunikační situace vybaven zejména pokud se jedná o čerstvé absolventy ze školy. Největší překážkou je často časová vytíženost lékařského personálu, který nemá možnosti vést rozhovor s pacientem v klidném prostředí s dostatkem času. Ve zdravotnické praxi se často vyskytují i situace kdy pacient, či jeho blízké okolí není lékařem v dostatečné míře informováno o všech aspektech léčby, to může vést k nereálným očekáváním o výsledcích léčby ze stran pacienta či jeho rodiny. Výše zmíněné problémy by se daly vyřešit opět formou proškolování zdravotnického personálu v oblasti komunikace, zejména ohledně obtížných témat jako je nerozšiřování terapie, rozhodnutí o neposkytnutí KPR nebo řešení otázek na konci života.

5.4.2. Komunikace s pacienty

- **Informovanost laické veřejnosti**

Informace ohledně DVP se musí aktivně dostat do povědomí laické veřejnosti. V současné době se tyto informace často dostávají do povědomí pacientů s nevyléčitelným onemocněním, jsou k dispozici je na webových stránkách různých hospiců či institucí, které s pacienty řeší otázky ohledně konce života, avšak chybí zde informace, které by byly

nasměrovány ke zbylé části veřejnosti. Informace ohledně DVP jsou dostupné na stránkách zdravotní pojišťovny⁵⁶ ale zveřejněné byly teprve krátce v červenci minulého roku. Pro každého člověka je velmi těžké přemýšlet nad pobytem v nemocnici, vážným onemocněním nebo dokonce nad svou vlastní smrtí, přestože jsou tato témata těžká je potřeba o nich mluvit, více je medializovat, aby se dostali do široké veřejnosti. Kromě informativních letáků v ordinacích, nemocnicích by se tyto informace měli dostat v širším měřítku i na internetové stránky zdravotních pojišťoven, nemocnic a jiných institucí, kde veřejnost často hledá potřebné informace.

- **Vymezení a překonání překážek k sepsání DVP**

Dříve vyslovené přání, jako klíčový nástroj pro ochranu autonomie pacienta není veřejnosti příliš známý a v cestě k jeho sepsání stojí celá řada dalších překážek. Jednou z nich může být i tabuizování smrti a těžkých témat ve společnosti. Z výsledků vyšlo najevo, že zdravotnický personál se domnívá, že samotné vyrovnávání se s vážnou diagnózou je pro pacienta velmi složité a velmi psychicky náročné, pacient v nové situaci mění své hodnoty a nemusí si připouštět špatnou prognózu onemocnění, nechce přemýšlet nad svou smrtí, nebo dopředu plánovat kroky v případě, že o sobě nebude moct rozhodovat. V těchto situacích by se zdravotnický personál měl zaměřit na to, aby veškeré informace pro pacienta byly srozumitelné a dopřát mu dostatek času k přemýšlení. Další bariérou je právě časová náročnost, pacient nemá tak hluboký vhled do problematiky a při komunikaci s lékařem mohou vyvstávat další a další otázky na které však pacient není schopný odpovědět ihned a potřebuje na přemýšlení dostatek času. Navíc, pokud se jedná o akutní onemocnění, někdy ani nelze pacientovi více času dopřát a některá rozhodnutí se musí udělat ihned, právě tento tlak z důvodu časové tísně může v rozhodování hrát významnou roli. Této časové tísně lze předejít, pokud bude veřejnost dostatečně informována a osoba si takové přání sepíše např. za plného zdraví, kdy má dostatek času přemýšlet nad jednotlivými kroky, ne až v době nemoci. Pro používání DVP v praxi je důležité, aby laická veřejnost měla přímý přístup k srozumitelným informacím a reálná očekávání od jednotlivých léčebných intervencí. K tomu je potřeba aby se otevřeně řešila těžká témata jako je existence neléčitelného onemocnění, umírání, nerozšiřování terapie aj. a laická veřejnost měla o těchto tématech reálný pohled a věděla, že může ohledně svého zdraví rozhodovat za všech okolností. Výsledky tohoto výzkumu nastínily pouze některé překážky, které pacientům brání v sepsání DVP a určitě by bylo na místě zaměřit se na tuto část a identifikovat všechny překážky, které ve zdravotnické praxi vznikají.

⁵⁶ VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna, informace k dříve vyslovenému přání dostupné na <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/drive-vyslovene-prani>

5.4.3. Legislativní a procesní změny

- **Založení centrálního registru**

Jako jedna z překážek ohledně respektování DVP je určitě jeho složitá dohledatelnost v přednemocniční i nemocniční péči. Právní úprava, která se věnuje DVP pouze nabádá lékaře k respektování DVP, pokud ho mají k dispozici, už však neupravuje možnosti, jak pacient má dát lékaři vědět, že DVP má sepsané. Tuto otázku zpřístupnění DVP zdravotnické službě zodpovídalo v roce 2020 i Ministerstvo zdravotnictví⁵⁷, které poukázalo na plánované kroky, že se připravuje zákon o elektronickém zdravotnictví, který by měl zahrnovat i registr s informací o existenci a obsahu DVP. Žádná taková úprava však dosud neexistuje. Pro zdravotnický personál by vznik registru byl určitě velkým ulehčením a existující DVP by měly mnohem větší šanci, že se dostanou do rukou lékaře a budou také respektovány. Vznik registru by také ulehčil spolupráci a předávání informací mezi jednotlivými organizacemi, které mezi sebou nejsou propojené (hospic, nemocnice, ZZS, aj.), zdravotnické zařízení by si pomocí registru mohlo ověřit zda pacient má dříve vyslovené přání, ale také by registr mohl obsahovat informace zda pacient měl nějaké dříve vyslovené přání, které vyjádřil při přijetí do péče a platilo pouze po dobu hospitalizace a pokud by došlo například k přeložení do jiného nemocničního zařízení je možné s ním toto přání znovu probrat a sepsat. Registr by tak pro lékaře byl cenným zdrojem informací o pacientových preferencích a přání týkajících se určitých léčebných intervencí a měl jistotu, že zanesené DVP v registru je platné. Vznikem registru by tak odpadly určité obavy lékařů a zdravotnických pracovníků, že respektují dokument, u kterého si nejsou jisti jeho pravostí, nebo zdlouhavé pročitání a ověřování dokumentu v terénu ke kterému často bohužel není ani prostor z důvodu časové naléhavosti některých intervencí. Se vznikem registru se však pojí i další kroky, zejména informovat dostatečně veřejnost o tom, že takový registr existuje a poskytnout pomoc osobám, které by se zanesením svého DVP do registru měly nějaký problém.

- **Závaznost dokumentu**

Pozitivním zjištěním je, že výsledky ukázaly, že zdravotnický personál nemá problém respektovat DVP pacienta ani v případě kdy si přeje nepodstoupit určitou léčbu, či dokonce život zachraňující intervenci jako je např. KPR. Platná právní legislativa však lékaři udává pouze povinnost brát DVP na zřetel, pokud je k dispozici. Tato formulace působí ne příliš závazně a může vyvolávat u veřejnosti obavy, že DVP nemusí být za všech okolností respektováno.

⁵⁷ Ministerstvo zdravotnictví 25/2020 Zpřístupnění dříve vysloveného přání pacienta dostupné na https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18504/40250/25_2020_A.pdf

Pokud autonomii pacienta přikládáme důraz, jaký si zaslouží, bylo by vhodné tuto formulaci v zákoně změnit a dát tak lékařům větší závaznost existující DVP respektovat.

- **Forma a obsah DVP**

Ve výsledcích se často objevovala obava, že rozhodnutí o neposkytnutí určité léčby je pro pacienty velmi složité zejména po psychické stránce. V této souvislosti bylo zejména popisováno, že pacient nemá dostatečný vhled do zdravotnictví, nezná všechny informace ohledně onemocnění a léčby a všechny okolnosti, které mohou ze situace vyplynout. Tudiž, na základě výše zmíněného se respondenti obávali, že by pacient mohl své rozhodnutí učinit na základě neucelených informací. Právní legislativa pouze požaduje poučení pacienta lékařem, avšak tento bod není blíže specifikován. Pokud DVP bude příliš specifikované nebo naopak obecné může být ve zdravotnické praxi nepoužitelné. Současná forma navíc ukazuje, že pacienti, kteří jsou v procesu sepisování DVP často při rozhovoru s lékařem zjistí další oblasti k řešení, které v tu chvíli nejsou schopni vyřešit ihned a potřebují čas na rozmyšlenou. Taková situace může vést k tomu, že se DVP sepisuje i několik měsíců. Bylo by dobré zamyslet se nad formou a obsahem DVP, zda by pro pacienty při přijetí do nemocnice nemohl existovat určitý formulář, kde by byly důležité oblasti ohledně poskytované léčby a pacienti by tak mohli vyjádřit svá přání a preference (podobně funguje v porodnictví tzv. porodní plán, kdy mají rodičky sepsané svá přání a preference k porodu). Co by mělo být obsahem takového formuláře by bylo určitě na širší odbornou debatu.

- **Ústní forma DVP**

Zákonná úprava dovoluje ústní formu DVP pacienta pouze při přijetí do nemocnice, v takovém případě se DVP zapíše do dokumentace pacienta a toto sdělení podepíše lékař, pacient a svědek. Zdravotnické právo myslí i na situace, kdy pacient není schopný vyjádřit ústní souhlas ze zdravotních důvodů (omezení horních končetin, neurologické onemocnění, zrakové postižení aj.) Pro přehlednější formulaci zákonné úpravy DVP, by bylo dobré, aby v textu bylo jasně uvedeno, že pokud pacient nemůže projevit ústní souhlas, pokračuje se dle § 34 odstavec 6, zdravotnický pracovník zaznamená projev vůle pacienta do zdravotnické dokumentace, včetně důvodů, které brání projevit souhlas požadovaným způsobem, záznam podepíše zdravotnický pracovník a svědek.

6. Závěr

V rámci diplomové práce se podařilo identifikovat etické a právní aspekty KPR, především ve vztahu k DVP pacienta a zjistit, jak jsou tyto aspekty vnímány nelékařským zdravotním personálem na odděleních intenzivní péče. Zejména byly zjištěny znalosti a zkušenosti zdravotnického personálu ohledně DVP, rovněž i znalosti a zkušenosti zdravotnického personálu o zahajování, průběhu či nezahajování KPR. Pomocí polostrukturovaných rozhovorů byly zjištěny odpovědi na stanovené výzkumné otázky. Mezi znalostmi a zkušenostmi respondentů byla velmi blízká souvislost a tyto dvě kategorie se velmi často navzájem ovlivňovali.

Přestože je DVP součástí české právní legislativy již několik let zdravotnický personál měl s DVP na oddělení intenzivní péče minimální zkušenosti, současně byly zjištěny i nekompletní či nejasné znalosti o tomto tématu. Přestože zdravotnický personál měl povědomí o tom, co DVP znamená, podrobnější informace spíše chyběli, zejména v oblasti právních náležitostí dokumentu, obsahu DVP či jeho platnosti. Určité nedostatky ve znalostech si zdravotnický personál uvědomuje a přivítal by na toto téma více informací. Nicméně DVP není vžitý institut ani u laické veřejnosti což bylo potvrzeno i dalšími kvantitativními studiemi. Samotné sepsání DVP je pro pacienta velmi složitý a zdoluhavý proces. Se sepsáním DVP by mohl mít problém i zdravotnický personál, protože ani on vždy nemá nezbytné informace, aby dokument pro svou potřebu sepsal. Výraznou kategorií bylo samotné respektování DVP. Pokud má být DVP ve zdravotnické praxi respektováno, musí zdravotnický personál i veřejnost dostatečně disponovat informacemi, aby se předcházelo možným občansko-právním či trestně-právním sporům. Největší překážkou respektování DVP byla jeho obtížná dohledatelnost v terénu nejen v přednemocniční péči. Dohledávání dokumentu nepomáhá zejména fakt, že akutní stav pacienta nedovoluje zahájit léčebné intervence s časovou prodlevou. Zákonná úprava navíc neurčuje, jakým způsobem má pacient dát lékaři vědět, že má DVP sepsané a lékař nemá povinnost toto přání aktivně dohledávat. Určitým řešením by mohlo být vytvoření registru, který by DVP evidoval. Založení registru je diskutováno i odbornou veřejností ale je třeba myslet na problémové oblasti které se s ním mohou spojovat. Příkladem může být podobný registr osob nesouhlasících s odběrem orgánů po své smrti, který však také není ve veřejném mínění příliš rozšířen. Tento fakt poukazuje na důležitost komunikace mezi odbornou a laickou veřejností, kdy je potřeba některá důležitá témata více propagovat, medializovat a dostávat do povědomí laické veřejnosti, aby tyto nástroje chránící pacientovu autonomii dostali své místo ve zdravotnické praxi.

Zdravotnický personál na odděleních intenzivní péče se často setkává s umírajícími pacienty a řeší otázky konce života. Díky mnohým pokrokům moderní medicíny jsou lékaři schopni zásadním způsobem prodloužit život lidí a zpomalit proces umírání, avšak je třeba si uvědomit že smrt je součástí života člověka a nelze ji zabránit. Veřejností jsou tato témata často odmítána a tabuizována. Vyrovnávání se smrtí není složité pouze pro pacienta, jeho rodinu

a blízké ale i pro zdravotnický personál, který o pacienta pečuje. I v těchto oblastech je důležitá právě komunikace lékařů s pacientem a jeho rodinou, která může předcházet nepříjemným situacím, jako jsou například stížnosti rodiny, že nebyla poskytnuta život zachraňující léčba. Samotné zahajování a nezahajování KPR je složitou etickou otázkou, zdravotnický personál je ohledně poskytování KPR pravidelně školen a řídí se podle Evropských doporučených postupů KPR, která jasně definují indikace, průběh i kontraindikace KPR, včetně existence DVP. Zdravotnickým personálem jsou doporučené postupy spíše známe jako algoritmy podle, kterých v daných situacích postupovat a většina si není vědoma, že doporučené postupy obsahují i etickou část věnující se právě péči na konci života. Problémem ve zdravotnické praxi je zejména skutečnost, že pacienti DVP k vydání pokynu DNR nevyužívají a pokyn DNR je indikován lékařem. Respondenti se ve zdravotnické praxi lékařem indikovaným pokynem DNR setkávají poměrně běžně, avšak v českém právním řádu není tento pokyn upraven, lékaři v takovém případě rozhodují a vycházejí z etických kodexů, či doporučení upravující otázky týkající se konce života.

Práce na odděleních intenzivní péče je náročná po psychické i fyzické stránce, zdravotní personál pracující na tomto typu oddělení musí být vybaven dobrými teoretickými znalostmi hned v několika oblastech, včetně etické a právní problematiky týkající se poskytované péče. Dostatečné vzdělávání zdravotnického personálu v těchto tématech chrání zdravotnický personál před možným pochybením a usnadňuje rozhodování v obtížných situacích. Vzdělávání zdravotnického personálu by mělo probíhat na všech úrovních, ať už se jedná o přípravu na budoucí povolání nebo v rámci celoživotního vzdělávání. Z výsledků práce také vyplývá, že je potřeba informace ohledně DVP dostat více do povědomí veřejnosti. Tento krok však neřeší další otázky vyplývající z tohoto výzkumu, zejména skutečnost, že český právní řád nemá v některých těchto tématech dostatečné právní ukotvení a existující judikaturu.

7. Seznam použité literatury

Monografie

1. BARTŮNĚK, Petr; JURÁSKOVÁ, Dana; HECZKOVÁ, Jana a NALOS, Daniel. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-4343-1.
2. DOLEŽAL, Adam. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*. Praha: Academia, 2017. ISBN 978-80-200-2687-3.
3. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-204-6.
4. HEŘMANOVÁ, Jana; VÁCHA, Marek; SVOBODOVÁ, Hana; ZVONÍČKOVÁ, Marie a SLOVÁK, Jan. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.
5. JONSEN, Albert R.; SIEGLER, Mark a WINSLADE, William J. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*. Praha: Triton, 2019. ISBN 978-80-7553-653-2.
6. KAPPL, Miroslav; SMUTEK, Martin a TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana. *Etika sociální práce – sborník z konference VI. Hradecké dny sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-80-7435-037-5.
7. KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-538-8.
8. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
9. ŠPINKOVÁ, Martina; ŠPINKA, Štěpán a LOUČKA, Martin. *Eutanazie: víme, o čem mluvíme?* Praha: Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-88126-08-9.
10. MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
11. MALÁSKA, Jan; STAŠEK, Jan; KRATOCHVÍL, Milan; ZVONÍČEK, Václav a kol. *Intenzivní medicína v praxi*. Praha: Maxdorf, 2020. ISBN 978-80-7345-675-7.
12. MATĚJEK, Jaromír. *Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-850-6.
13. REICHER, J. *Kapitoly metodologie sociálního výzkumu*. Praha: Grada. 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.

14. ŠEVČÍK, Pavel; MATĚJOVIČ, Martin; ČERNÝ, Martin; CVACHOVEC, Karel a CHYTRA, Ivan. *Intenzivní medicína*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-066-0.
15. TĚŠINOVÁ, Jolana; DOLEŽAL, Tomáš a POLICAR, Radek. *Medicínské právo*. 2. vydání. Praha: C.H.Beck, 2019. ISBN 978-80-7179-318-2.

Odborné články a studie

1. ANDREU, Pascal; DARGENT, Auguste; LARGE, Audrey; MEUNIER-BEILLARD, Nicolas; VINAULT, Sandrine; LEIVA-ROJAS, Uriel; ECARNOT, Fiona; PRIN, Sébastien; CHARLES, Pierre-Emmanuel; FOURNEL, Isabelle; RIGAUD, Jean-Philippe and QUENOT, Jean-Pierre. Impact of a stay in the intensive care unit on the preparation of Advance Directives: Descriptive, exploratory, qualitative study. *Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR)*. 2018, 37, s. 113-119. ISSN 2352-5568.
2. BRÁTOVÁ, Jana. *Respekt k dříve vyslovenému přání pacienta*. Olomouc, 2020. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Právnická fakulta.
3. CAMPBELL, R. Do not attempt cardiopulmonary resuscitation decisions: joint guidance. *J R Coll Physicians Edinb*. 2017, 47(1), s. 47-51. DOI: 10.4997/JRCPE.2017.110.
4. ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ, Renata, POLICAR, Radek a Jan MACH. Opatrovník a zástupný souhlas u pacientů v intenzivní péči. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 2015, 26(1), s.42-45. ISSN 1214-2158.
5. De HEER, Geraldine; SAUGEL, Bernd; SENSEN, Barbara; RUBSTECK, Charlotte; O PINNSCHMIDT, Hans and KLUGE, Stefan. Advance Directives and Powers of Attorney in intensive care patients. *Dtsch Arztebl*. 2017, 114, s. 363-70. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0363.
6. DOLEŽAL, Adam. Dříve vyslovená přání (advance directives). Právní a etické úvahy. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2017, vol. 7, no 2. ISSN 1804-8137.
7. FLANNERY, Liz; RAMJAN, Lucie-Michelle and PETERS, Kath. End-of-life decisions in the Intensive Care Unit (ICU) - Exploring the experiences of ICU nurses and doctors-A critical literature review. *Aust Crit Care*. 2016, 29(2), s. 97-103. DOI: 10.1016/j.aucc.2015.07.004.
8. FRAŇKOVÁ, Jana. *Pohled laické a odborné veřejnosti na otázku dárcovství orgánů*. Brno, 2020. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.
9. HUBERT, Sidonie; WAINSCHEIN, Sarah; HUGUES, Albane; SCHIMPF, Caroline; DEGROOTE, Thécle; TIERCELET, Kelly; TRAN, Marc; BRUEL, Cédric and PHILIPPART, Francois. Advance directives in France: do junior general practitioners want to improve

- their implementation and usage? A nationwide survey. *BMC Medical Ethics*. 2019, 20 (1). DOI: 10.1186/s12910-019-0358-x. ISSN: 1472-6939.
10. KEMP, Peter a RENDTORFF, Jacob Dahl. The Barcelona Declaration - Towards an Integrated Approach to Basic Ethical Principles. *Synthesis Philosophica*. 2008, 23(2), s. 239-251. ISSN 1848-2317.
 11. KOPKOVÁ, Vendula. *Právní postavení občana při vyjádření dříve vysloveného přání*. Opava, 2020. Diplomová práce. Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě.
 12. KRANIDIOTIS, Georgios; GEROVASILI, Vasiliki; TASOULIS, Athanasios; TRIPODAKI, Elli; VASILEIADIS, Ioannis; MAGIRA, Eleni; MARKAKI, Vasiliki; ROUTSI, Christina; PREKATES, Athanasios; KYPRIANOU, Theodoros; CLOUVA-MOLYVDAS, Phyllis-Maria; GEORGIADIS, Georgios; FLOROS, Ioannis; KARABINIS, Andreas and NANAS, Serafim. End-of-life decisions in Greek intensive care units: a multicenter cohort study. *Crit Care*. 2010, 14 (6). DOI:10.1186/cc9380.
 13. KUTNER, Luis. Due process of eutanasia: the living will with a proposal. *Indiana Law Journal* [online]. 1969, 44 (4). ISSN 1969-44-539. Dostupné z: <https://www.repository.law.indiana.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2525&context=ilj>
 14. LUCE, John M. and WHITE, Douglas B. A history of ethics and law in the intensive care unit. *Crit Care Clin*. 2009, 25 (1). DOI:10.1016/j.ccc.2008.10.002.
 15. DI PAOLO, Marco; GORI, Federica; PAPI, Luigi and TURILLAZZI, Emanuela. A review and analysis of new Italian law 219/2017: Provisions for informed consent and advance directives treatment. *BMC Medical Ethics*. 2019, 20 (17). DOI: 10.1186/s12910-019-0353-2. ISSN: 1472-6939.
 16. ŠIMEK, J.; ZAMYKALOVÁ, L. a MESANYOVÁ, M. Etické komise v České republice. *Praktický lékař*. 2008, 88 (1). ISSN 0032-6739.
 17. THELEN, Mary. End-of-life decision making in intensive care. *Crit Care Nurse*. 2005, 25 (6). DOI: 10.4037/ccn2005.25.6.28.
 18. VELASCO-SANZ, T.R. and RAYÓN-VALPUESTA, E. Advance directives in intensive care: Health professional competences. *Med Intensiva*. 2016, 40 (3). DOI: 10.1016/j.medin.2015.04.011.
 19. VENCEL, Filip. *Dříve vyslovená přání*. Olomouc, 2015. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Právnická fakulta.
 20. VESHI, Denard and NEITZKE, Gerald. Living Wills in Italy: Ethical and Comparative Law Approaches. *Eur J Health Law*. 2015, 22 (1). DOI:10.1163/15718093-12341344.

Elektronické zdroje

1. DOLEŽAL, Tomáš. *Zdravotnickepravo.info: Zástupný souhlas a zástupné odmítnutí zdravotních služeb* [online]. 2019 [cit. 2023-10-12]. Dostupné z: <https://zdravotnickepravo.info/zastupny-souhlas-a-zastupne-odmitnuti-zdravotnich-sluzeb/>
2. STEMMARK, agentura. *Dříve vyslovená přání: Závěrečná zpráva* [online]. Praha, 2015 [cit. 2022-06-06]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/2023-04/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2015.pdf>
3. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Dříve vyslovené přání* [online]. 2023 [cit. 2023-10-12]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/drive-vyslovene-prani>

Judikatura

1. Nález Ústavního soudu ze dne 18. 5. 2001, sp. z. IV. ÚS 639/2000. Dostupné z: <https://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=4-639-2000>
2. Nález Ústavního soudu ze dne 31. 7. 2023, sp. z. I. ÚS 1594/22. Dostupné z: https://www.usoud.cz/fileadmin/user_upload/Tiskova_mluvci/Publikovane_nalezky/2023/1-1594-22-AN.pdf
3. Nález Ústavního soudu ze dne 27. 11. 2012, sp. z. Pl ÚS 1/12. Dostupné z: https://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=pl-1-12_1

Právní předpisy, mezinárodní smlouvy a ostatní předpisy

1. Usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb. o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součástí ústavního pořádku České republiky.
2. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb. m. s. o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně
3. Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 o ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.
4. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.
5. Zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě.
6. Zákon č. 40/2009 Sb. trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.
7. Zákon č. 89/2012 Sb. občanský zákoník.
8. Zákon č. 285/2002 Sb. o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon).

9. Zákon č.21/2006 Sb. o ověřování shody opisu nebo kopie s listinou a o ověřování pravosti podpisu a o změně některých zákonů (zákon o ověřování)
10. Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory, Etický kodex České lékařské komory
11. Di CARA, V et al. *Etický kodex ICN* [online]. 2012. [cit. 2022-6-8]. Dostupné z: https://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf
12. PERKINS, D Gavin et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. *Resuscitation*. 2021, 161,1-60. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2021.02.003
13. TRUHLÁŘ, Anatolij (ed.). Doporučené postupy pro resuscitaci ERC 2015. *Urgentní medicína* [online]. 2015 [cit. 2018-07-06]. Dostupné z: https://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2015_mimoradne-vydani.pdf

Seznam zkratk

KPR	Kardiopulmonální resuscitace
ERC	European Resuscitation Council
DVP	Dříve vyslovené přání
USA	Spojené státy americké
JIP	Jednotka intenzivní péče
DNR	Do not resuscitate, přání neresuscitovat
Bc.	Akademický titul bakalář
aj.	a jiné
např.	například

Seznam grafů

Neorientovaný graf č.1 Grafické znázornění jednotlivých kódů.....	38
---	----

Seznam tabulek

Tabulka 1 Přehled respondentů	34
-------------------------------------	----

Seznam obrázků

Schéma č. 1 Výzkumné otázky	32
Schéma č. 2 Základní skupiny, vzešlé z neorientovaného grafu	39

Seznam příloh

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Příloha č.2: Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu

Příloha č.1

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je identifikovat etické a právní aspekty kardiopulmonální resuscitace, zejména ve vztahu k dříve vyslovenému přání pacienta a zjistit, jak jsou tyto aspekty vnímány nelékařským zdravotním personálem na odděleních intenzivní péče. Z účasti na výzkumném šetření pro Vás nevyplývají žádná výrazná rizika, je zcela na Vás, jak detailní informace poskytnete. Získaná data budou analyzována a zpracována pro potřeby empirické části diplomové práce na téma Etické a právní aspekty KPR se zaměřením na dříve vyslovené přání.

1. Informace od Vás budu získávat metodou polostrukturovaných rozhovorů a jejich časová náročnost bude odpovídat množství informací, které budete chtít sdílet, odhadem se může jednat o 40-60 minut.
2. Průběh polostrukturovaného rozhovoru bude zaznamenáván jako audiozáznam na mobilní telefon, nebo jako videozáznam přes program Skype, který bude následně převeden na audiozáznam. Takovýto soubor bude uložen v zabezpečeném počítači a získaná data budou bez zbytečného odkladu přepsána, následně bude audiozáznam odstraněn.
3. Jelikož některé informace mohou mít citlivý charakter, celý rozhovor bude probíhat pod zárukou anonymity a nebudou uvedeny žádné informace, které by mohly vést k odhalení identity respondentů, rovněž i zdravotnického zařízení. V maximální možné míře bude zajištěno, aby získaná data nebyla zneužita.
4. Účast ve výzkumném šetření je bez nároku na odměnu.
5. S celkovými výsledky a závěry výzkumného šetření se v případě Vašeho zájmu můžete seznámit, za tímto účelem kontaktujte řešitelku výzkumu na e-mailové adrese: beranova.stanislava@gmail.com.
6. Pro účely tohoto výzkumného šetření a potřebného informovaného souhlasu bude řešitelka shromažďovat a zpracovávat některé údaje, zejména jméno a kontakt jednotlivých respondentů. Tyto data budou shromažďována a zpracována dle pravidel, které udává nařízení Evropské unie č.2016/679 a zákon č.110/2019 Sb. – o ochraně a zpracování osobních údajů. Osobní údaje však nebudou poskytnuty žádné třetí straně ani nebudou publikovány v obsahu diplomové práce.

Prohlášení účastníka výzkumu

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitelka výzkumného šetření mi poskytla informace o podstatě výzkumu, seznámila mě s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, současně také s riziky, které pro mě z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely tohoto výzkumu a že získané výsledky mohou být anonymně publikovány. Řešitelka výzkumného šetření mě kontaktovala v dostatečném předstihu a na své rozhodnutí jsem měl/a dostatek času. Současně jsem se mohl/a doptat na všechny další informace, které jsem považoval/a za důležité a na své dotazy jsem dostal/a jasné odpovědi. Byl/a jsem informována, že mohu od spolupráce na výzkumném šetření kdykoliv odstoupit i bez udání důvodu.

Zároveň prohlašuji a svým níže uvedeným podpisem potvrzuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu. Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu a druhý řešitel výzkumu.

Jméno, příjmení účastníka výzkumu:

Kontakt na účastníka výzkumu:

Podpis účastníka výzkumu:

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis řešitele projektu: _____
