

RESUSCITUJEME VŽDY NEBO JEN NĚKDY?

Názory odborné veřejnosti na indikované a neindikované resuscitace



MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.

Předsedkyně Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP

Urgentní příjem ON Kladno, a.s.

ZZS Středočeského kraje, p.o.

INDIKACE A KONTRAINDIKACE KPR

KPR je indikována v případě náhlé zástavy oběhu – NZO:

- Náhlá zástava oběhu (NZO) je situace, při které došlo z jakéhokoliv důvodu k náhlému, neočekávanému přerušení cirkulace krve v systémovém krevním oběhu
- Situace: nereaguje a nedýchá nebo nedýchá normálně

KPR je kontraindikována:

- Terminální stav nevléčitelného onemocnění
- Jisté známky smrti
- **Problematická definice – ale i pochopení - „marné léčby“**

ROZHODOVÁNÍ O RESUSCITACI NA STRANĚ PACIENTA/RODINY

PROSPEKTIVNĚ:

1. Dříve vyslovená přání

- Ověřený podpis
- Poučení lékařem

2. Zástupný souhlas

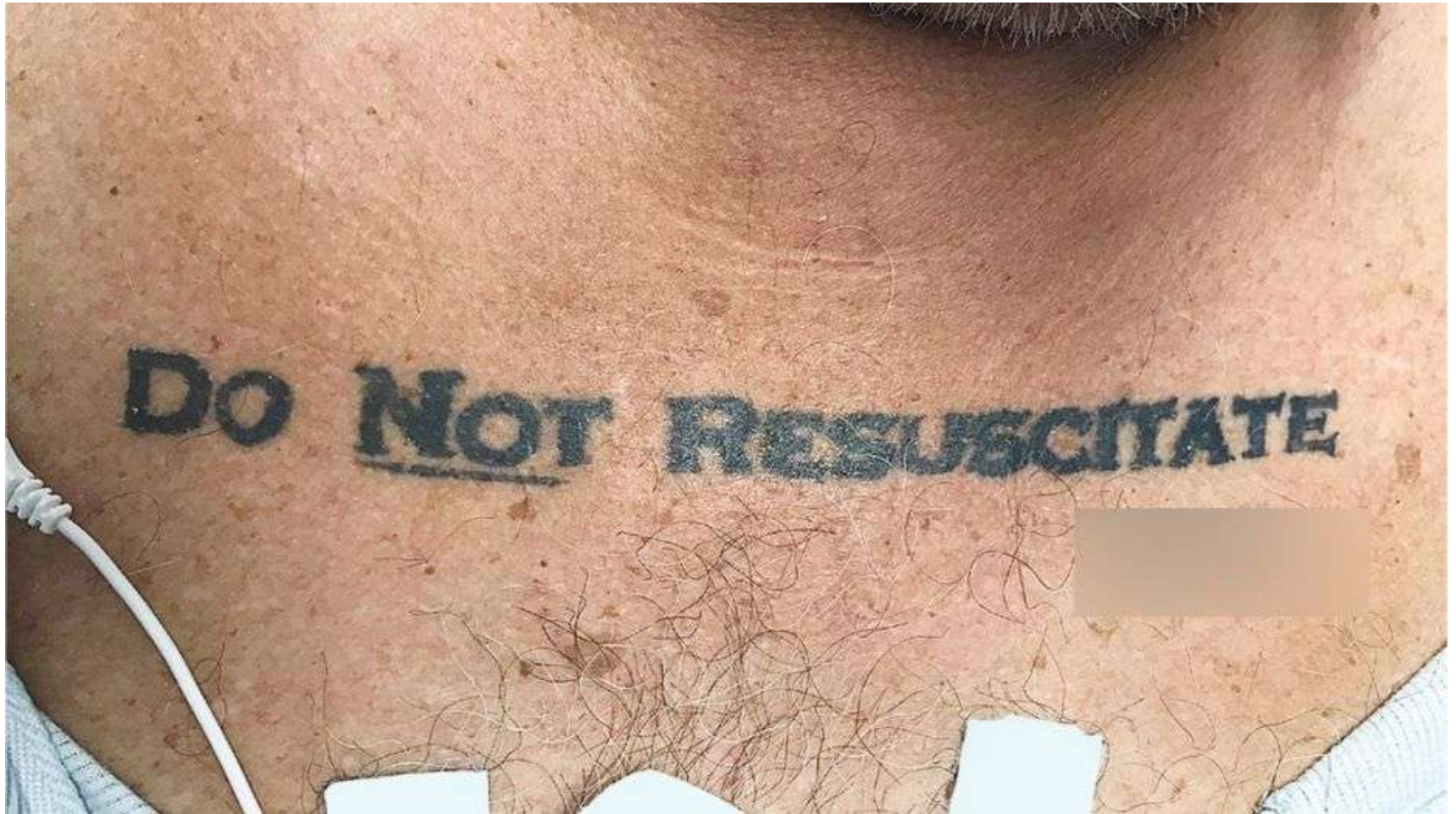
- Rodina a blízké okolí pacienta by měli zastupovat jeho/její nejlepší zájem



FORMA PROSPEKTIVNÍ ZDRAVOTNÍ VŮLE?

UNIVERSITY OF MIAMI HOSPITAL -

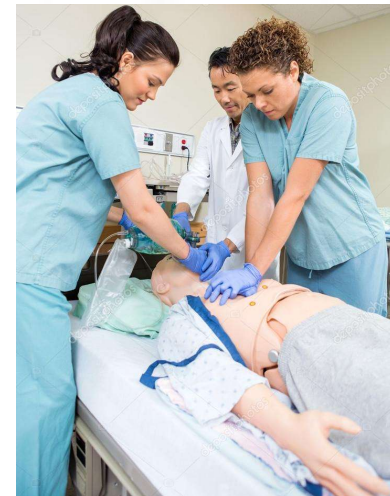
publikováno v New England Journal of Medicine 2017



ROZHODOVÁNÍ O RESUSCITACI

ROZHODOVÁNÍ CELÉHO TÝMU A/NEBO ETICKÉ KOMISE

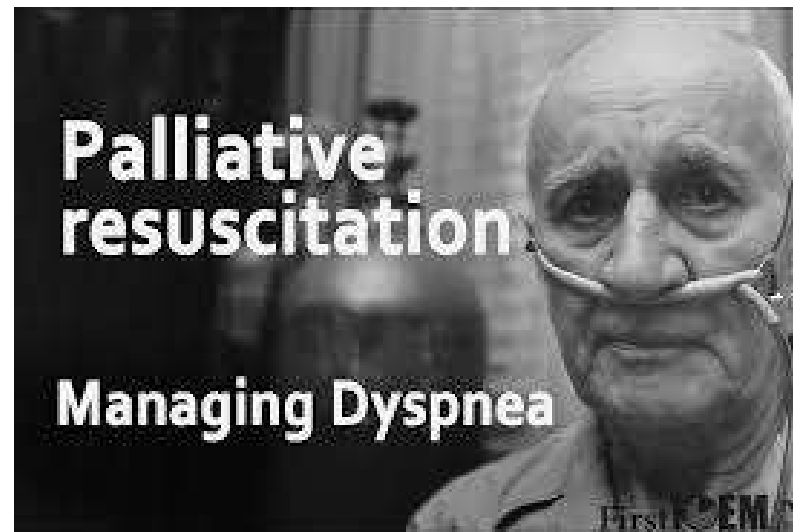
- DNR – DO NOT RESUSCITATE
- DNAR – DO NOT ATTEMPT RESUSCITATION
- **AND – ALLOW NATURAL DEATH**
- **Pozor: indikace paliativní péče neznamená rezignaci na zdravotní péči**



PALIATIVNÍ PÉČE V PODMÍNKÁCH URGENTNÍ MEDICÍNY



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



DOTAZNÍKOVÝ PRŮZKUM V ROCE 2015 (DOSTÁLOVY DNY – 205 respondentů)



ETIKA, PSYCHOLOGIE, PRÁVO



ETICKÁ DILEMATA URGENTNÍ MEDICÍNY – NÁZORY ZDRAVOTNÍKŮ NA INDIKACE A KONTRAINDIKACE NEODKLADNÉ RESUSCITACE U PACIENTŮ TRPÍCÍCH ZÁVAŽNÝM CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM

MILANA POKORNÁ¹, JANA ŠEBLOVÁ^{1,2,3}, ROMAN SKŘIPSKÝ⁴

¹ Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy

² Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje, p.o.

³ Urgentní příjem ON Kladno

⁴ Ambulance Meditrans, s.r.o.

Abstrakt

Úvod: V podmínkách přednemocniční neodkladné péče se zdravotníci poměrně často setkávají se situacemi, kdy nemají dostatek informací o kontraindikacích neodkladné resuscitace vzhledem k terminálnímu stavu nevyčitelného onemocnění pacienta, případně kdy je na místě zásahu jako první posádka ze zdravotnickým záchranářem a pro absenci jistých známek smrti resuscitaci z forenzních důvodů zahájí.

Metoda: V průběhu celostátní oborové konference urgentní medicíny Dostálovy dny provedli autoři v roce 2015 pilotní dotazníkový průzkum, který zjišťoval názory účastníků konference na zahájení či nezahájení rozšířené kardiopulmonální resuscitace (KPR) v pěti popsaných modelových situacích zástavy oběhu, a v případech rozhodnutí o zahájení KPR zjišťovali důvod. Uváděné důvody byly ve všech dotazech totožné. Účast v průzkumu byla dobrovolná a byla zajištěna anonymita respondentů. Nebyla zjišťována žádná jiná demografická data kromě věku, pohlaví a pracovního zařazení. Výsledky byly zpracovány základní deskriptivní statistikou.

Výsledky: Z 212 odevzdaných dotazníků bylo zpracováno 205, 7 bylo vyřazeno pro neúplnost odpovědí na výzkumné otázky. 26 ze zpracovaných dotazníků obsahovalo všechny odpovědi, ale nikoliv demografická data. Z pěti modelových situací byla většinová shoda ve dvou; v obou případech se jednalo o pozorovaný kolaps a současně pacienta s předpokládanou plnou aktivitou fyzickou i psychickou, jednoho mladšího, jednoho seniора. V těchto dvou případech se respondenti i shodli na důvodu zahájení, což byla víra v návrat do plnohodnotného života. V ostatních třech případech (pacientka seniorského věku s Mb. Alzheimer dlouhodobě upoutaná na lůžko, muž – kvadruplegik středních let po opakovaných KPR a pobytech na ARO a mladší muž, který utrpěl devastující kraniotrauma neslučitelné se životem) byly názory na zahájení KPR nejednotné, přičemž uváděné důvody byly převážně jiné, než naděje na příznivý výsledek resuscitačního úsilí.

Závěr: V okamžiku zásahu zdravotnické záchranné služby je velmi obtížné vyhodnotit veškeré údaje, které rozhodují o zahájení či nezahájení resuscitace. Zdravotníci ZZS nemají v okamžiku náhle zástavy často jinou možnost než resuscitaci zahájit kvůli nedostatku informací nebo z forenzních důvodů. Kritéria DNR (do not resuscitate) nebo AND (allow natural death), případně přání pacienta o obsahu a úrovni péče by mělo být zapsáno ve zdravotnické dokumentaci a nejbližší příbuzní či pečovatelé by s ním měli být seznámeni a ztotožněni.

Klíčová slova: indikace a kontraindikace neodkladné resuscitace – paliativní péče – pokyny neresuscitovat (DNR) – předem vyslovená přání

DOTAZNÍKOVÝ PRŮZKUM V ROCE 2015

(DOSTÁLOVY DNY – 205 respondentů)

MOŽNÉ ODPOVĚDI NA OTÁZKU: ZAHÁJÍTE V DANÉM PŘÍPADĚ KPR? (Vyberte jednu možnost)

- KPR nezahájím
- KPR zahájím z níže uvedeného důvodu:

1. věřím, že existuje možnost, že se pacient vrátí do plnohodnotného života
2. protože to mám nařízeno
3. abych se nedostal do problémů, i když v uzdravení nevěřím
4. protože existuje možnost, že pacient bude zařazen do transplantačního programu jako dárce a zachrání tak život jinému člověku
5. jiný důvod

DOTAZNÍKOVÝ PRŮZKUM V ROCE 2015

(DOSTÁLOVY DNY – 205 respondentů)

- 5 situací, shoda ve dvou – zahájení KPR:
 - Muž středních let, náhlá kolaps, probíhá KPR – 100 %
 - Aktivní senior 80 let, náhlý kolaps, neprobíhá KPR – 90 %
- Pacienti se spornou kvalitou života již před zástavou – rozptyl názorů větší, důvody případného zahájení různé
- Zástava oběhu v případě těžkého kraniotraumatu mladého muže – 48 % versus 52 %, důvod: možný dárce orgánů

FORMÁT BLOKU NA KONGRESU V KODANI



EMS2017
COPENHAGEN

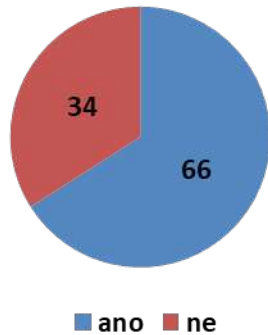
- Hlasování pomocí aplikace s okamžitým zobrazením výsledků
- Rozhodování z pozice záchranáře
- 4 situace týkající se KPR + 3 situace s předpokládaným viníkem

DŮVODY PRO ZAHÁJENÍ KPR:

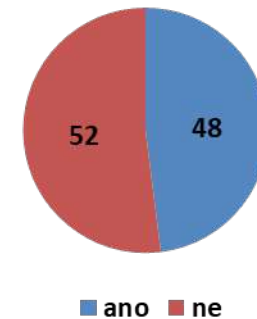
1. Legislativní důvody
2. Etické aspekty
3. Může být naděje na záchranu
4. „Každý si zaslouží šanci“
5. Okolí vidí, že se záchranáři snažili/bylo uděláno vše
6. Asystolie

KPR ANO – NE: KDY?

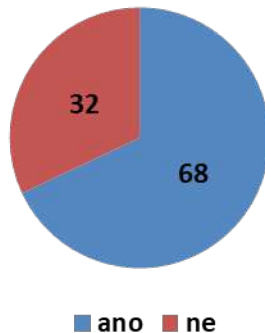
7-měsíční kojeneček v kočárku



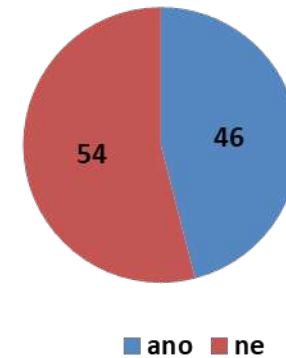
24-letý muž, polytrauma



ZOS a sestra domácí péče



87-letý senior, úmrtí doma

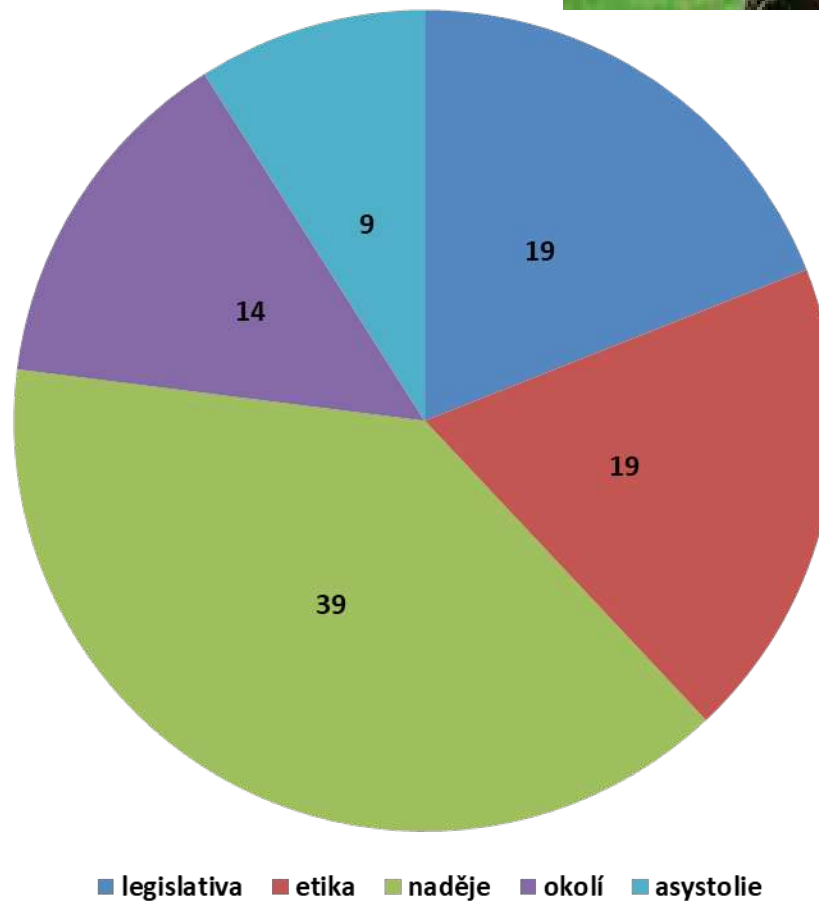


KOJENEC V KOČÁRKU

(jisté známky smrti – ztuhlost)



7-měsíční kojeneček,
důvody zahájení KPR



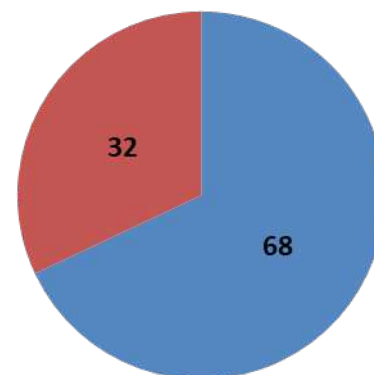
ČTVRTÝ PŘÍBĚH

ZÁSKOK ZA SESTRU DOMÁCÍ PÉČE

- **Tísňová výzva – 90-letý muž, který žije sám, denně dochází sestra domácí péče. Ta volá na ZOS, že našla pána v bezvědomí, moc ho nezná, ale má dojem, že má onemocnění v terminálním stadiu a má pocit, že existuje dříve vyslovené přání, že si pacient nepřeje být resuscitován, ale nemůže dokument najít.**
- **Zahájili byste TANR?**
- **Vyslali byste RZP/RLP/RV?**
- **Snažili byste se ověřit existenci dříve vysloveného přání?**



ZOS a sestra domácí péče

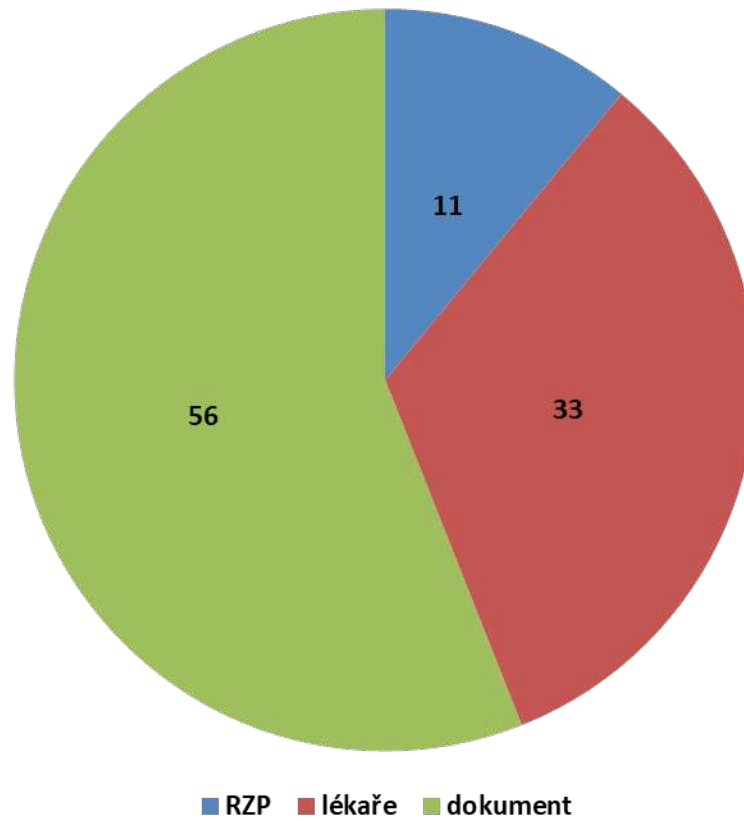


■ ano ■ ne

ČTVRTÝ PŘÍBĚH (37)

ZÁSKOK ZA SESTRU DOMÁČÍ PÉČE

ZOS a sestra domácí péče



WS PELHŘIMOV – ON-LINE HLASOVÁNÍ

ROZHODOVÁNÍ Z POZICE:

1. Jako profesionál – bez omezení (pracovní pozice, kompetence, legislativa či organizační pokyny)
2. Jako profesionál v reálné situaci
3. Pokud byste rozhodovali za svého blízkého (zástupný souhlas)
4. Pokud byste prospektivně rozhodovali o sobě (dříve vyslovená přání)

ANO – NE ?

Pokud ano, pak důvod je:

1. Naděje na příznivý výsledek KPR
2. Každý si zaslouží šanci/ZZS má vždy provádět KPR
3. Kvůli příbuzným nebo svědkům na místě NZO
4. Legislativa (národní/státní)
5. Nařízení zaměstnavatele

WS PELHŘIMOV 2017- ON-LINE HLASOVÁNÍ

PŘÍBĚH PRVNÍ

- Výjezd – bezvědomí, bezdeší, volá starší žena, zemřel jí 80 let starý manžel, našla ho po probuzení v křesle, vstal asi dříve než ona. Neví, co má dělat.
- Po dojezdu nejsou jisté známky smrti, na monitoru asystolie, pacient byl soběstačný, přiměřeně aktivní, ale v poslední době míval bolesti za sternem, odmítal jít k lékaři s tím, „že by mu tam něco našli“.
- Operátor/ka nabízel/a TANR, ale BLS neprováděna.
- V profesionální roli – 67 % a 84 % by KPR zahájilo
- Rozhodování za osobu blízkou (zástupný souhlas): 90 % KPR ano
- Rozhodování za sebe: 95 % KPR NE!

WS PELHŘIMOV - ON-LINE HLASOVÁNÍ

PŘÍBĚH DRUHÝ

- Výzva v DPS. Pacient/ka s m. Alzheimer, 10 let imobilní, poslední 2 roky bez kontaktu, plně závislá na ošetrovatelské péči druhé osoby, v posledních dnech měla zvýšené teploty.
- Přijíždíte na místo, na monitoru asystolie, jisté známky smrti nenacházíte
- Nalezena noční pečovatelkou, snad zachyceny ještě lapavé dechy, pečovatelka neví, nikdy nikoho ještě neviděla zemřít, BLS nezvládla, usedavě pláče a drží pacienta/tku za ruku.
- V profesionální roli – 96 % by nezahájilo (bez omezení), **v realitě by 55 % zahájilo**
- Rozhodování za osobu blízkou (zástupný souhlas): 96 % KPR NE
- Rozhodování za sebe: 100 % KPR NE!

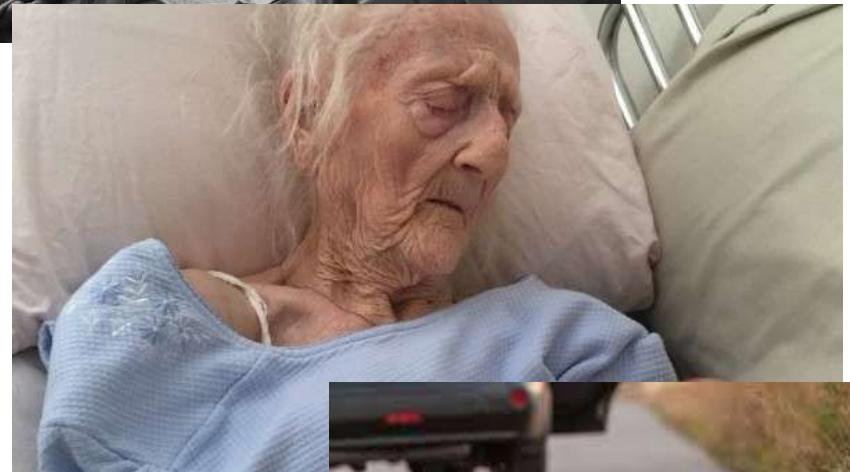
WS PELHŘIMOV - ON-LINE HLASOVÁNÍ

PŘÍBĚH TŘETÍ

- Výzva – DN osobní x chodec před základní školou, probíhá TANR.
- Přijíždíte na místo, rozrušený řidič auta, které nehodu způsobilo, provádí KPR asi 10 let starého dítěte, dítě má devastující kraniotrauma, nestabilní hrudník a viditelně narůstá objem břicha, mydriáza bez reakce, na monitoru PEA cca 35/min.
- Na místě je otec dítěte, přijel pro syna/dceru, že po škole spolu pojedou na plavání.
- V profesionální roli – 82 % a 91 % by KPR zahájilo
- Rozhodování za osobu blízkou (zástupný souhlas): 97 % KPR ano
- Rozhodování za sebe: 81 % KPR ano

LIDSKÉ VERSUS PROFESIONÁLNÍ „JÁ“

- V některých ze 3 situací diskrepance mezi postoji profesionálními a osobními
- U osobních rozpor při rozhodování za sebe a za blízké
- Konflikt znalostí a emocí
- Naděje versus skepse



ŠEDÁ ZÓNA?

EXISTUJE!

- Klíč k řešení nemají v rukou pouze zdravotníci
- Komunikace o prognóze ze strany ošetřujících lékařů –
**empatická, citlivá, s
dostatkem času, a zejména
PRAVDIVÁ**

- Veřejnost by mohla (již konečně) být informována, že smrt existuje (a je součástí života)



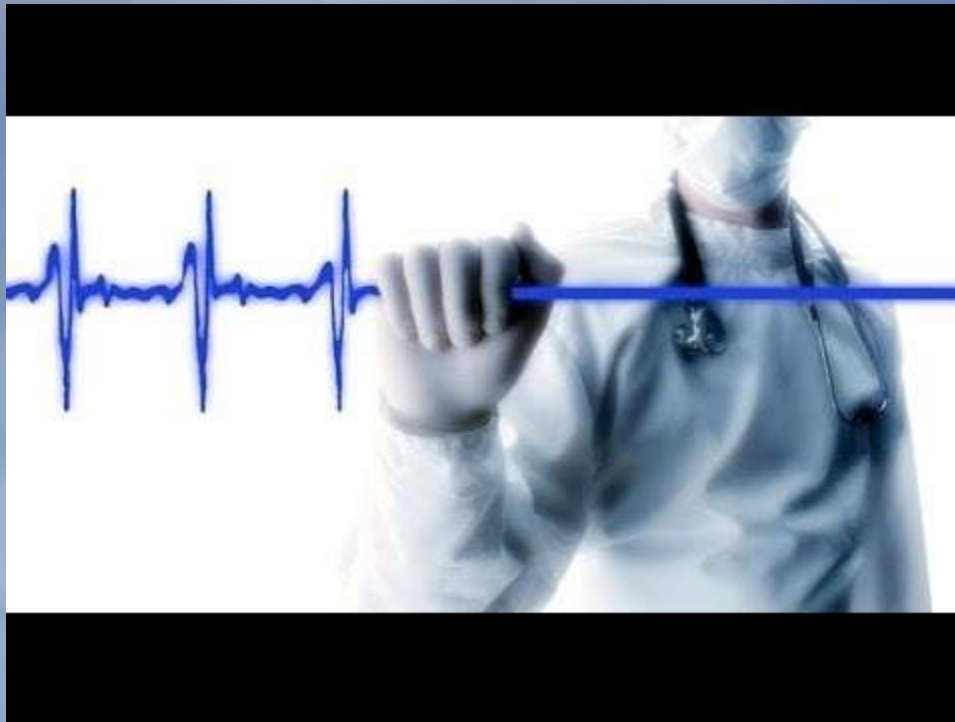
SHRNUTÍ

(k zamyšlení?)

- V urgentních situacích není čas na „osvětu“ – při absenci jasných KI se KPR zahájí
- Organizační a legislativní důvody – posádka RZP, lékař pod dohledem....postup často není „v nejlepším zájmu pacienta“
- **Rodiny a pracovníci DPS (sociální sféra) by měli mít dopředu vymezený konsensus o postupu v akutní situaci**
- **Závěr zapsaný v přístupné zdravotní dokumentaci pacienta pro případ zhoršení v nočních hodinách, mimo ordinace hodiny ošetřujících lékařů**

KOMUNIKACE A VZDĚLÁVÁNÍ

SPOLEČNOST (MÉDIA) – PRE- I POSTGRADUÁLNÍ VÝUKA
ZDRAVOTNÍKŮ – KOMUNIKACE S RODINAMI



seblova.jana@gmail.com