

# Etične dileme pri kardiopulmonalni reanimaciji pacientov v paliativni oskrbi

## Ethical dilemmas in cardiopulmonary resuscitation of patients in palliative care

Rok ŽNIDER, dipl. zn. <sup>a,1</sup>

doc. dr. Bojana FILEJ, viš. med. ses., univ. dipl. org. <sup>b</sup>

<sup>a, b</sup> Visoka zdravstvena šola v Celju, Slovenija

### Izvleček

**Uvod:** Vsak človek ima lastno in neponovljivo življenjsko pot od rojstva do smrti in vsak se tudi zaveda, da se bo ta pot nekoč končala. Zaposleni v zdravstvu imajo pomembno vlogo in opravljajo številne naloge za zagotavljanje dostojanstva pacientov in njihove celostne obravnave. Pri svojem delu se srečujejo s številnimi etičnimi dilemami, ko se znajdejo v konfliktu med profesionalnimi vrednotami in zahtevami. Namen prispevka je predstaviti etične dileme zdravstvenega osebja pri kardiopulmonalni reanimaciji pacientov v končni fazi bolezni.

**Metode:** V študiji smo uporabili deskriptivno metodo – pregled znanstvene in strokovne literature s področja etičnih dilem pri paliativni oskrbi pacientov. Za uvrstitev člankov v pregled smo upoštevali naslednje vključitvene kriterije: angleški ali slovenski jezik, natis v obdobju od 2010 do 2016, dostopnost celotnega besedila, vsebinska ustreznost in aktualnost. Literaturo smo iskali po elektronskih virih podatkov. Glede na vključitvene kriterije smo v vsebinsko kvalitativno analizo uvrstili 16 člankov.

**Rezultati:** Ugotovili smo, da je najpogostejša želja ljudi v zadnjem obdobju življenja umreti dostojanstveno. Ljudi je treba ozavestiti, da morajo o svoji usodi začeti dejavno odločati dovolj zgodaj, ko se o tem lahko odločajo še pri popolni zavesti. Kompetence med zdravstvenimi delavci niso dovolj jasne, krši se dostojanstvo pacientov, pojavljajo se številne etične dileme in vprašanja o smislu podaljševanja življenja. V kliničnem okolju ugotavljamo pomanjkanje strokovnega izpopolnjevanja zdravstvenih delavcev in ozaveščanja svojcev ter pacientov. Medicinske sestre imajo na smrt, umiranje, smrtnost in z njo povezane odgovornosti različne poglede in deljena mnenja.

**Razprava:** Analiza vsebine izbranih člankov je pokazala, da so etične dileme pri obravnavi akutnih stanj v paliativni oskrbi pogostejše kot v kateri koli drugi zdravstveni dejavnosti. Spoštovanje etičnih načel je bistveno pri izvajanju vsake aktivnosti, ki jo izvajajo zaposleni v zdravstveni dejavnosti. Načini podaljševanja življenja so postali rutinski, pacienti jih brez

---

<sup>1</sup> Kontaktni podatki prvega avtorja: Rok Žnider, e-pošta: rok.znider@gmail.com, študijski program Paliativna oskrba, Visoka zdravstvena šola v Celju

razmišljanja pričakujejo, zdravniki pa brez poprejšnje presoje mislijo, da so jih dolžni izvajati.

**Ključne besede:** *paliativna oskrba, kardiopulmonalna reanimacija, etične dileme.*

## **Abstract**

**Introduction:** *Every person has his own and unique life path from birth to death and everyone is aware that this path will come to an end once. Health care workers play an important role and carry out a number of tasks to ensure the dignity of patients and their holistic treatment. In their work, they encounter many ethical dilemmas when they find themselves in a conflict between professional values and demands. The purpose of this article is to present ethical dilemmas of healthcare professionals in the field of cardiopulmonary resuscitation of the patients in their final stage of disease.*

**Methods:** *In the study, we used a descriptive method - a review of scientific and professional literature in the field of ethical dilemmas in palliative care. The following inclusion criteria were considered for included articles: English or Slovenian language, time period from 2010 to 2016, the availability of the full text, content relevance and topicality. We searched the literature through electronic data sources. Regarding inclusion criteria, 16 articles were included in the substantive qualitative analysis.*

**Results:** *We have found that the most frequent desire of people in the last period of life is to die in dignity. People will need to be aware of the fact that they would need to begin actively deciding about their fate early enough, when they can still decide about it in full consciousness. Competencies among health professionals are not sufficiently evident, dignity of patients is violated, numerous ethical dilemmas and questions are appearing in the meaning of life prolongation. In the clinical environment, we have found a lack of professional training for health professionals and lack of awareness-raising regarding relatives and patients. Nurses have differing views and opinions about death, dying, mortality and related responsibilities.*

**Discussion and conclusion:** *An analysis of the content of selected articles has shown that ethical dilemmas in dealing with acute conditions in palliative care are more frequent than in any other healthcare area. Respect for ethical principles is essential in the implementation of each activity carried out by the employees in health care. Methods of prolonging life have become routine, patients expect it without thinking, and doctors think that they are obligated to do it without prior evaluation.*

**Key words:** *palliative care, cardiopulmonary resuscitation, ethical dilemmas*

## **1. Uvod**

Vsak dan sprejemamo različne etične odločitve, vendar običajno ne razmišljamo, ali se odločamo na osnovi kakšnih posebnih teorij oziroma načel. Izbiramo, presojamo in ravnamo po svojih vrednotah, čeprav etika vključuje več refleksije in utemeljevanja (Mimić, Simonič and Habjanič, 2013). Vsa sodobna družba, znanost, napredek in novosti sprožajo v nas vedno

nova etična vprašanja. Od zdravstvenih delavcev se pričakuje, da bodo ravnali v skladu s smernicami medicinske etike ter v skladu s pravnimi predpisi, ki veljajo v zdravstvu. To pomeni, da morajo odločitve temeljiti ne le na strokovnem znanju, marveč tudi na moralno-etičnih načelih, ki zagotavljajo optimalne rešitve z vidika interesov posameznika, skupine ali družbe (Jelenovec and Železnik, 2011).

Etično obnašanje ne sme pomeniti prisile, ampak mora postati del vsakodnevnega ravnanja. Zdravstveno osebje se pogosto srečuje z etičnimi dilemami, ki se razlagajo kot situacije, v katerih so si moralne zahteve v konfliktu, gre za težko rešljiv problem, za izbiro med dvema enako nezadovoljivima rešitvama, pri čemer se sprožajo vprašanja: »Kaj moramo storiti? Kaj je najbolje, da storimo? Kakšne dobre ali slabe posledice bo terjala moja odločitev?« (Peter, Mohammed and Simmonds, 2014) Ko je odločitev dokončna, se pri zdravstvenih delavcih pogosto oglasi vest, ali so ravnali prav, da so se tako odločili, ali ne bi bilo morebiti bolje, da bi sprejeli drugačno odločitev. Vest ima pomembno vlogo, saj pove, kaj je dobro in kaj narobe, pove nam, kaj smemo, moramo ali česa ne smemo storiti, da je prav, kar smo storili, ali da ne bi bilo prav (Jelenovec and Železnik, 2011).

## **1.1. Namen in cilji**

Namen pregleda znanstvenih dokazov je ugotoviti problematiko soočanja zdravstvenih delavcev z etičnimi dilemami pri kardiopulmonalni reanimaciji (v nadaljevanju KPR) v končni fazi bolezni. Cilj raziskave je prispevati in predstaviti različne znanstvene dokaze za KPR pacienta v končni fazi bolezni in proti njej.

## **2. Metode**

V raziskavi je bil uporabljen sistematičen pregled znanstvene in strokovne literature s področja ocene in obravnave etičnih dilem, KPR ter paliativne oskrbe.

### **2.1. Metoda pregleda**

Vključitveni kriteriji za uvrstitev člankov v pregled so podrobneje prikazani v tabeli 1. Pri iskanju literature je bil uporabljen jezikovni kriterij, omejili smo se na članke, objavljene v slovenščini in angleščini. V raziskavo so bili vključeni le članki, pri katerih smo lahko dostopali do celotnega besedila. V sintezo so bili uvrščeni izvorni in pregledni znanstveni članki, v katerih poročajo o raziskavah s področja KPR ter paliativne oskrbe. Uporabljene ključne besede, povezane z Boolovimi operatorji (AND, OR, NOT), v angleščini so bile: ethical dilemmas, cardiopulmonary resuscitation, palliative care, nursing care, knowledge. Slovenska literatura je bila iskana z naslednjimi ključnimi besedami: etične dileme, kardiopulmonalna reanimacija, paliativna oskrba, zdravstvena nega.

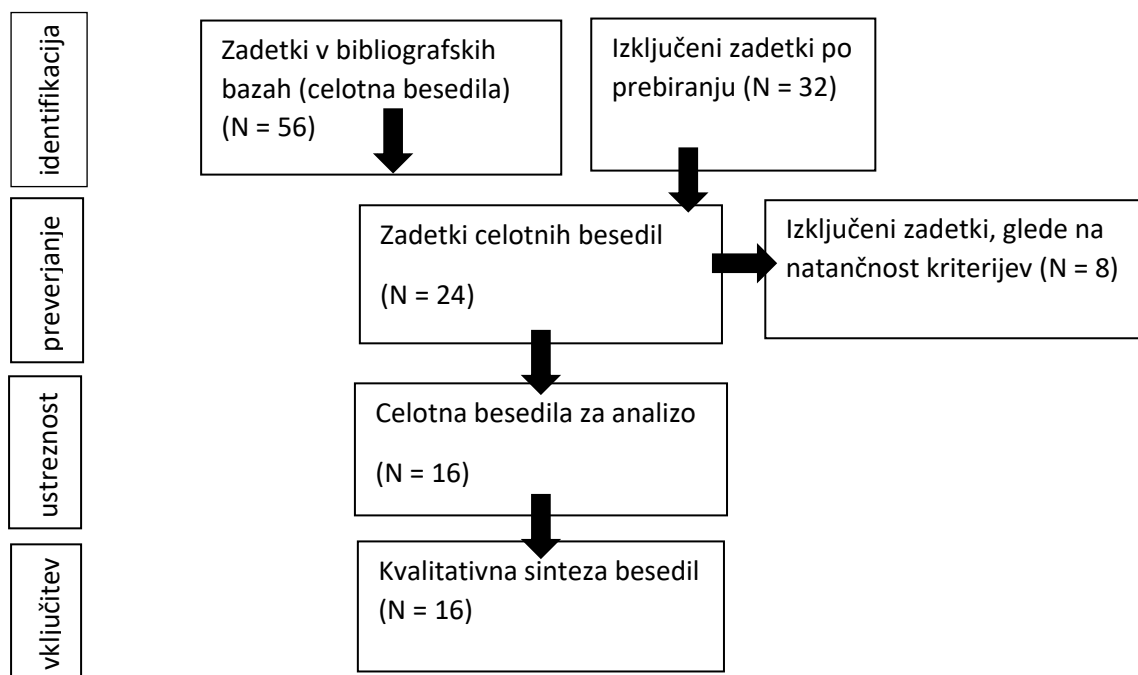
Časovno obdobje objav je bilo v vseh primerih omejeno od leta 2010 do 2016. Iskanje literature je potekalo v slovenski vzajemni bibliografsko-kataložni bazi podatkov COBIB.SI, in sicer od novembra 2016 do decembra 2016.

**Tabela 1:** Vključitveni in izključitveni kriteriji

Kriterij	Vključitveni kriteriji	Izključitveni kriteriji
Vrsta intervencije	Kardiopulmonalna reanimacija	Nenujne intervencije
Vrsta oskrbe	Paliativna oskrba	Druga oskrba
Vrsta publikacij	Objavljeni članki (izvirni, pregledni, znanstveni, strokovni)	Neobjavljeni material
Časovno obdobje objav	2010–2016	Starejši od šest let
Jezik	Slovenski, angleški	Drugi jeziki
Dostop	Celotna besedila	Kratka poročila, opisi

## 2.2. Rezultati pregleda

Specifikacija iskalnih pojmov in različne kombinacije ključnih besed z Boolovimi operaterji so podale širši nabor relevantne literature, prosto dostopne v celotnih besedilih, in sicer 56 zadetkov v slovenščini in angleščini. Prebiranje vseh člankov je število pregledane literature omejilo na 24 enot, od tega jih je za namen pisanja preglednega članka v vsebinsko analizo in sintezo vključenih 16. Potek pridobivanja relevantnih publiciranih člankov na temo etične dileme pri KPR pacientov v paliativni oskrbi je razviden s slike 1.



**Slika 1:** Rezultati pregleda literature po metodologiji PRISMA

## 2.3. Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Uporabljeni pristop je ponudil kakovostne strokovne, izvirne in pregledne znanstvene članke z visokim številom navedenih referenc.

Izborni kriteriji so temeljili na dostopnosti, znanstvenosti, vsebinski ustreznosti in aktualnosti članka. Natančen pregled v vsebinsko analizo in sintezo vključenih zadetkov je prikazan v tabeli 2. Relevantni članki, ki opisujejo obravnavo pacientov v paliativni oskrbi in etične dileme pri izvajanju KPR, so obdelani s kvalitativno metodo analize, kompilacije in sinteze besedil. Izbrane prispevke smo kritično ovrednotili z orodji CASP (Critical Appraisal Skills Programme): CASP Systematic Reviews Checklist, CASP Randomised Controlled Trials Checklist, CASP Cohort Studies Checklist, CASP Case Control Studies Checklist, CASP Qualitative studies Checklist (CASP, 2014). Sintezo rezultatov smo opravili z analizo strokovnih in znanstvenih vsebin, upoštevali smo dimenzije in stopnje zanesljivosti dokazov po Evans (2003).

### 3. Rezultati

V tabeli 2 je prikazan končni seznam člankov, vključenih v vsebinsko kvalitativno analizo.

**Tabela 2.** Seznam v končno analizo vključenih raziskav

<b>Avtorji</b>	<b>Metodologija</b>	<b>Namen</b>	<b>Vzorec</b>	<b>Ugotovitve</b>
Chien Hsu, et al., 2014	Kvantitativna opazovalna kohortna raziskava	Ocenjevanje zdravnikov v skrbi za paciente, pri katerih je sprejeta odločitev o odstopu od reanimacije v času dežurstev.	Hospitalizirani pacienti na oddelku splošne medicine (N = 1379).	Zdravstvenonegova lno osebe ocenjuje kot zadovoljivo obravnavo pacientov, pri katerih je sprejeta odločitev o odstopu od reanimacije.
Cherny and Radbruch, 2010	Kvalitativna raziskava	Prikaz razvoja že obstoječih smernic rabe sedacije v paliativni oskrbi in obsežnem pregledu strokovne literature.	Pregled literature.	Sedacija je pomemben in potreben del terapije pri oskrbi pacientov v paliativni oskrbi, ki doživljajo nevdržne stiske.

<b>Avtorji</b>	<b>Metodologija</b>	<b>Namen</b>	<b>Vzorec</b>	<b>Ugotovitve</b>
Reynolds and Croft, 2012	Kvalitativna raziskava	Prikaz etičnega, profesionalnega in pravnega vidika pri soočanju z dilemo odločitve o odstopu od reanimacije.	Pregled literature.	Sprejeta odločitev o odstopu od reanimacije lahko pomaga zagotoviti, da pacient umre dostojanstveno naravne smrti.
Grošelj, et al., 2013	Kvalitativna raziskava	Prikaz soočanja zdravstvenih delavcev z etičnimi dilemami ob koncu življenja v intenzivni medicini.	Pregled literature.	Ko pacientu z življenje ogrožajočim stanjem ni več mogoče pomagati z ukrepi intenzivne medicine, postane najvišja prednostna naloga omogočiti pacientu dostojno smrt brez nepotrebnega trpljenja.
Weissman and Meier, 2011	Kvalitativna raziskava	Prikaz problematike prepoznavanja potreb pacientov po paliativni oskrbi.	Pregled literature.	Uporaba z dokazi podprtih sistematičnih pristopov, pri ugotavljanju potreb po paliativni oskrbi je v pomoč pri prepoznavanju v kliničnem okolju.
Tanl, et al., 2014	Kvantitativna primerjalna raziskava	Prikaz vpliva uvedbe izobraževanj za zaposlene v paliativni oskrbi ter delovanje tima za paliativno oskrbo na koncu življenjske dobe z evalvacijo.	Število umrlih pacientov v bolnišnici 2007 (N = 683) proti 2010 (N = 714).	Porast sprejetih odločitev o odstopu od reanimacije, zmanjšana raba antibiotične terapije, porast uporabe sedativov v paliativni oskrbi, več razprav o odstopu od reanimacije.

<b>Avtorji</b>	<b>Metodologija</b>	<b>Namen</b>	<b>Vzorec</b>	<b>Ugotovitve</b>
Brannstrom and Jaarsma, 2015	Kvalitativna deskriptivna raziskava	Opis izkušenj in dognanj članov reanimacijskega tima ter tima paliativne oskrbe v zvezi z KPR pri pacientih s srčnim popuščanjem v končni fazi bolezni.	Intervjuji ciljnih skupin, pregled literature.	Pogovor s pacienti in njihovimi svojci o KPR v zadnji fazi bolezni po aktualnih smernicah predstavlja izziv v kliničnem okolju, potrebna je diskusija znotraj timov o tem, kdo kdaj, kje in na kakšen način s posamezniki govoriti o KPR v zadnji fazi bolezni.
Kamnik, Pajnkhar and Habjanič, 2014	Kvantitativna neeksperimentalna raziskava	Prikaz ugotovitev, kako zdravstveni delavci ocenjujejo svoje znanje in stopnjo samozaupanja pri izvajanju paliativne oskrbe.	Zdravstveni delavci primarnega in sekundarnega nivoja zdravstvene dejavnosti koroške regije (N = 100).	Medicinske sestre in zdravniki so svoje znanje o izvajanju paliativne oskrbe ocenili kot zadovoljivo.
Miller and Dorman, 2014	Kvalitativna raziskava	Prikaz ugotovitev o doživljanju in razmišljanju zdravnikov o razpravi in načrtovanju odstopa od KPR pacienta v zadnji fazi bolezni.	Interpretativne fenomenološke analize posameznih strukturiranih intervjujev zdravnikov specialistov splošne medicine (N = 10).	Timsko delo zagotavlja podporo pri sprejemanju odločitev, pri načrtovanju o odstopu KPR upoštevajo pacientove želje, dostojanstvo, kakovost življenja.

<b>Avtorji</b>	<b>Metodologija</b>	<b>Namen</b>	<b>Vzorec</b>	<b>Ugotovitve</b>
Mimič, Simonič and Savič, 2013	Kvalitativna raziskava	Prikaz razumevanja koncepta človekovega dostojanstva med medicinskimi sestrami.	Interpretativne fenomenološke analize posameznih polstrukturiranih intervjujev medicinskih sester, zaposlenih na področju paliativne oskrbe (N = 5).	Prepoznanih je pet akterjev, ki sooblikujejo in definirajo predstave o dostojanstvenem umiranju. To so pacient, medicinska sestra, zdravnik, svojci ter okolje.
Michael, et al., 2016	Kvalitativna raziskava	Predstaviti prednosti prehoda iz neprioritetno osredotočenega koncepta v profesionalni koncept zgodnjega vključevanja paliativne oskrbe.	Intervju fokusnih skupin, anonimni pol strukturirani vprašalnik.	Pacienti, obravnavani znotraj novega koncepta, so pogosteje umrli v domačem okolju, manj je dilem pri načrtovanju ciljev, zastavljati je treba prioritete negovalne intervencije, strokovnjaki v paliativni oskrbi potrebujejo podporo pri razvoju individualne obravnave pacientov.
Myinti, Rivas and Bowker, 2010	Kvalitativna raziskava	Prikazati osebne izkušnje posameznih strokovnjakov iz geriatrične medicine pri sprejemanju odločitev o odstopu od reanimacije.	Anketiranje fokusnih skupin.	Odločitev o odstopu od reanimacije je primerna pri pacientih v terminalnem stadiju bolezni ali pri pacientih, pri katerih se predvideva, da bo reanimacija neuspešna.



<b>Avtorji</b>	<b>Metodologija</b>	<b>Namen</b>	<b>Vzorec</b>	<b>Ugotovitve</b>
Peter, Moham med and Simmonds, 2014	Kvalitativna raziskava	Predstaviti znanje medicinskih sester o morali pri izvajanju negovalnih intervencij v primerih agresivnega zdravljenja.	Anketiranje fokusnih skupin.	Medicinske sestre imajo na smrt, umiranje, smrtnost in z njo povezane odgovornosti različne poglede in deljena mnenja.
Sævareid and Balandin, 2011	Kvalitativna raziskava	Prikazati mnenja in odnos medicinskih sester pri srečevanju z etičnimi dilemami pri kardiopulmonalni reanimaciji.	Intervju medicinskih sester (N = 10).	Medicinske sestre se v kliničnem okolju vsakodnevno srečujejo z etičnimi dilemami v zvezi s kardiopulmonalno reanimacijo, potrebna so dodatna izobraževanja medicinskih sester o pravnih načelih KPR.
Jelenovec and Železnik, 2011	Kvalitativna raziskava	Prikazati doživljanje oživljanja pacientov v terminalnem stadiju bolezni z vidika reševalcev ter ugotoviti, s katerimi etičnimi dilemami se najpogosteje srečujejo.	Anketiranje reševalcev (N = 30).	Zdravstveni delavci v nujni medicinski pomoči se na terenu pogosto srečujejo z etičnimi dilemami, problemi in vprašanji, koga in kdaj začeti oživljati in kdaj oživljanje prenehati.
Taghavi, et al., 2011	Kvalitativna raziskava	Predstaviti odnos reševalcev do naprednih smernic o izvajanju intervencij v paliativni oskrbi.	Anketiranje reševalcev (N = 728).	Sprejemanje odločitev o reanimaciji pri pacientih v paliativni oskrbi v prehospitalnem okolju predstavlja izziv vsem reševalcem.

V tabeli 3 je prikazana razporeditev kod po kategorijah.

**Tabela 3.** Razporeditev kod po kategorijah

Kode (n = 34)	Avtorji
Kategorija 1 – <u>etične dileme</u> dostojanstvo – spoštovanje – etična načela – dostojno umiranje	Chien Hsu, et al., 2014; Cherny and Radbruch, 2010; Reynolds and Croft, 2012; Grošelj, et al., 2013; Weissman and Meier 2011; Tanl, et al., 2014
Kategorija 2 – <u>KPR</u> kompetence – zdravstveni delavci – rutinski postopki – strokovno izpopolnjevanje	Brannstrom and Jaarsma, 2015; Kamnik, Pajnkihar and Habjanič, 2014; Miller and Dorman, 2014; Mimič, Simonič and Savič, 2013; Michael, et al., 2016; Myinti, Rivas and Bowker, 2010; Peter, Mohamed and Simmonds, 2014; Sævareid and Balandin, 2011; Jelenovec and Železnik, 2011; Taghavi, et al., 2011
Kategorija 3 – <u>pacient</u> domače okolje – klinično okolje – smrt – hospic – izkušnje – svojci – ozaveščanje – dostojno umiranje – zadnje obdobje življenja – podaljševanje življenja – smrtnost	Chien Hsu, et al., 2014; Cherny and Radbruch, 2010; Reynolds and Croft 2012; Grošelj, et al., 2013; Peter Mohamed and Simmonds, 2014; Sævareid and Balandin, 2011; Jelenovec and Železnik, 2011; Taghavi, et al., 2011
Kategorija 4 – <u>strokovne smernice</u> terminologija – standardi – klinične smernice – principi – klinična praksa	Reynolds and Croft, 2012; Grošelj, et al., 2013; Weissman and Meier, 2011; Tanl, et al., 2014; Brannstrom and Jaarsma, 2015; Kamnik, Pajnkihar and Habjanič, 2014; Miller & Dorman, 2014; Mimič, Simonič and Savič, 2013; Michael, et al., 2016; Myinti, Rivas and Bowker, 2010; Peter, Mohamed and Simmonds, 2014

## 4. Razprava

Iz pregleda literature ugotavljamo, da se zdravstveni delavci v kliničnem okolju srečujejo s situacijami, ki zajemajo odločanje o KPR pacienta v terminalni fazi bolezni, in se hkrati znajdejo pred etičnimi dilemami. Vsekakor se pri takšnih situacijah pojavljajo občutki negotovosti, kompetence zdravstvenih delavcev niso definirane, krši se dostojanstvo pacientov, pojavljajo se številne etične dileme in vprašanja o smislu podaljševanja življenja. Pogostokrat se pojavi vprašanje, ali je pri pacientu v terminalni fazi bolezni smiselno izvajati postopke KPR. Zdravnik mora podati jasna navodila, da se KPR opusti. Odločitev o opustitvi KPR pri pacientu je prav tako etična kot strokovna odločitev. V praksi se najpogosteje uporablja ustno navodilo o opustitvi KPR. Ta navodila pogosto povzročajo zmedo med zdravstvenim osebjem. Obstaja mnogo zgodb pacientov, ki jih nihče ni vprašal o njihovi želji

glede KPR ali se zdravnik ni posvetoval s svojci in navodila niso bila zapisana (Jelenovec and Železnik, 2011).

Zdravniki bi se morali posvetiti ozaveščanju pacientov, saj bi bilo smiselno, da pacienta pripravijo na določene posledice bolezni, ki jo ima. Kadar so izčrpane vse možnosti zdravljenja bolezni in kaže na negativno prognozo, je nujno potrebno, da zdravnik pacienta seznanil z možnostjo terminalne faze bolezni, paliativno zdravstveno nego in navsezadnje z obrazcem, ki dopušča možnost, da pacient sam izbere, ali želi, da izvedemo postopke KPR ali ne (Brannstrom and Jaarsma, 2015). Ko smo v dilemi pred izvajanjem postopkov KPR, nam je v največjo pomoč lahko pacient sam. Vsi pacienti, ki se nahajajo v terminalni fazi bolezni, morajo, če želijo, vnaprej izraženo voljo podati v pisni obliki, na posebno določenem obrazcu, ki izhaja iz Zakona o pacientovih pravicah. Takšen podpisani obrazec ima veljavnost pet let in ga lahko pacient kadar koli prekliče.

Obrazec se sme podpisati, če je zdravnik pacienta ustrezno seznanil z diagnozo, možnimi načini zdravljenja, morebitnimi nevarnostmi, posledicami in predvidljivostjo bolezni. Informirana privolitev postavlja na prvo mesto nedotakljivost posameznikove integritete in spoštovanje njegove avtonomije. Obrazec se podpiše ob prisotnosti zastopnika pacientovih pravic (Taghavi, et al., 2011).

Vendar lahko kljub ustreznim dokumentom nastanejo težave ob morebitnem začetku izvajanja postopkov KPR, če dokument ni takoj na voljo oziroma če si je pacient pred dejanskim soočenjem s smrtjo premislil, podpisani dokument pa še vedno obstaja. Kljub temu je v nekaterih primerih mogoče prepoznati paciente, pri katerih ni nobene možnosti za preživetje in pri katerih bi bila KPR najverjetneje neuspešna. V primerih, ko je stanje pacienta nezdravljivo z življenjem (obsežne telesne poškodbe), lahko tudi zdravstveni delavci, ki niso zdravniki, opustijo KPR pred zdravnikovo odločitvijo (Myinti, Rivas and Bowker, 2010). Včasih se tudi zgodi, da se zdravstveni delavci zavedajo, da je pacient že v terminalni fazi bolezni in da se bo smrt zgodila vsak čas ter da bi s KPR le podaljšali čas trajanja pacientovih bolečin in mu s tem ne bi koristili, ampak bi mu bolj škodili. Vendar morajo vseeno izvajati postopke KPR, saj se je tako odločil zdravnik ali se znajdejo v situaciji, ko anamneza pacienta ni znana. To odločitev morajo zdravstveni delavci upoštevati, saj so v nasprotnem primeru kazensko odgovorni. Tu spet naletimo na vprašanje dostojanstvene smrti, ali je le-ta upoštevana (Brannstrom and Jaarsma, 2015). Metode podaljševanja življenja so postale rutinske, pacienti jih brez razmišljanja pričakujejo, zdravniki pa brez poprejšnje presoje mislijo, da so jih dolžni izvajati (Kamnik, Pajnikihar and Habjanič, 2014).

Chien Hsu, et al. (2014) v svoji raziskavi ugotavljajo, da pri pacientih v terminalni fazi bolezni ni smiselno izvajati KPR, saj kljub uspešni KPR takšno zdravstveno stanje ne traja dolgo in podaljšuje agonijo kot posledico bolezni. Rezultati te raziskave so dovolj zanesljivi za prenos v prakso, saj so zaradi izbire populacije, velikosti vzorca in moči znanstvenega aparata dovolj zanesljive (Chien Hsu, et al., 2016). Michael, et al. (2016) potrjujejo, da zdravstveni delavci nosijo veliko breme, saj smo mi tisti, ki prvi ukrepamo in neposredno sprejemamo odločitve. Med dodatnimi okoliščinami, ki bi lahko celotno situacijo še bolj

otežile, je med drugimi tudi prisotnost svojcev v tistem trenutku, saj si vsak svojec želi za svojega člana družine oziroma pacienta le najboljše, pri čemer si želijo, da njihov svojec živi, čeprav ni v stanju komunicirati, samostojno dihati, jesti, piti ali se gibati (Michael, et al., 2016). Pomembno je, da upoštevamo njihova mnenja in stališča. Prav oni so tisti, ki bodo bdeli ob svojem družinskem članu, ki bo v stanju nezavesti, hranjen prek sonde in dihal prek umetnega ventilatorja (Miller and Dorman, 2014).

Ob skrbi za pacienta bi se moralo zelo poudarjati ozaveščanje svojcev, saj pri delu v kliničnem okolju opažamo, da imajo zdravstveni delavci pred njimi strah, da bi jih le-ti okrivili ob opustitvi izvajanja postopkov KPR njihovega svojca. Mogoče ta strah ni nujno v povezavi z etično in moralno vestjo, ampak je bolj v povezavi s pravnim stališčem oziroma vidikom (Chien Hsu, et al., 2014). Če pacient ni sposoben odločati o sebi, dajo privolitev o opustitvi KPR zakoniti zastopniki. Če pacient nima zakonitega zastopnika, smejo privolitev po Zakonu o pacientovih pravicah podpisati svojci.

Pogosto nastanejo situacije, ko svojci vztrajajo pri izvajanju preiskav in terapij, celo takrat, ko je popolnoma jasno, da se pacientovo stanje ne bo izboljšalo (Mimič, Simonič and Savič, 2013).

Zdravnik odloči, kar tudi zabeleži v dokumentacijo, da v primeru zastoja srca ne izvajamo postopkov KPR, temveč pustimo pacienta umreti. A kaj če zdravstveno osebje meni, da bi bilo najbolje za pacienta, da izvedejo postopke KPR, da mu še zmeraj lahko pomagajo, da vse, kar so že naredili za pacienta, ni največ, kar lahko še storijo zanj (Rejnolds and Croft, 2012). Prav tako bi bilo prav, da kadar se zdravstveni delavci znajdejo v dani situaciji, v razmišljanje, kaj storiti, vključijo tudi empatijo, kako bi ravnali, če bi bil umirajoči njihov svojec, ali bi se borili za njegovo življenje, ki morda ne bi bilo tako kakovostno in bi ga podaljšali zgolj za nekaj časa, ali pa bi opustili izvajanje KPR in pacientu omogočili dostojanstveno smrt (Miller and Dorman, 2014).

Paliativna oskrba odseva filozofijo »celostne osebnosti«. Pacient in svojci so subjekt v zdravstveni negi. Cilj paliativne oskrbe je pospeševati in promovirati kakovost življenja ves čas bolezni ter lajšati trpljenje, kar vključuje skrb za pacienta in njegove bližnje. Zadovoljiti moramo psihosocialne in duhovne potrebe pacienta in družine, vključiti kulturne vrednote in načrt zdravstvene nege, podpirati tiste, ki doživljajo izgubo, žalost, promovirajo etične in pravne odločitve, zastopajo želje posameznika in uporabljajo veščine terapevtske komunikacije (Michael, et al., 2016). Sodobne smernice KPR ne obravnavajo pacientov v paliativni oskrbi kot posebne skupine, za katero veljajo drugačni postopki KPR. Vsak posameznik ima svoje fiziološke posebnosti in lahko ima tudi številne spremljajoče bolezni, kar pomeni, da je pri postopkih KPR treba temu posvetiti posebno pozornost. Raziskave v prihodnosti bi morda pokazale, da bi smernice pri izvajanju postopkov KPR pacientov v terminalnem stadiju bolezni bilo treba spremeniti oziroma prilagoditi postopke KPR (Jelenovec and Železnik, 2011).

Zelo napačno bi bilo, če pri pacientih v paliativni oskrbi ne bi izvajali postopkov KPR samo zato, ker so zaznamovani, prav tako bi bilo napačno, če bi jih izvajali pri prav vseh pacientih ne glede na njihovo bolezen ali okoliščine ob zastoju dihanja in srca (Peter, Mohammed and Simmonds, 2014). Prav v takšnih situacijah se za zdravstveno osebje pojavi problem odločanja in sprejetja odgovornosti. Zdravstveno osebje lahko opravlja samo tiste aktivnosti, za katere ima ustrezno izobrazbo, znanje in spretnosti, za katere je kompetentno. Za opravljeno delo prevzemajo etično, moralno in kazensko odgovornost (Taghavi, et al., 2011). V praksi se pogosto pojavi prevzem določenih aktivnosti od zdravnika, za kar pravno formalno zdravstveno osebje nima kompetenc. Pomembno je, da se jasno razmejijo določene aktivnosti na podlagi standardov. Eno najučinkovitejših sredstev za zmanjšanje napak je prav standardizacija procesa dela. V večini primerov, ko se izvajajo postopki KPR, so medicinske sestre tiste, ki jih kritizirajo, če so se odločile za izvajanje KPR ali ne, saj so stalno prisotne na bolnišničnih oddelkih in se tako prve znajdejo ob pacientu. Odločitev o opustitvi izvajanja postopkov KPR je zelo pomembna pri zagotavljanju kakovostne oskrbe pacienta, ker izkušnja za pacienta, njegove svojce in zdravstvene delavce ni prijetna (Jelenovec and Železnik, 2011). Vsak človek ima pravico do dostojanstva tudi v procesu umiranja in smrti. Nesmiselni postopki izvajanja KPR pri pacientu v terminalnem stadiju bolezni to dostojanstvo kršijo in s tem grobo posegajo v avtonomijo osebnosti.

Poleg tega so lahko takšni pacienti zaradi poškodb, dobljenih med izvajanjem KPR, pahnjeni v še hujše stanje in agonijo. V takšnih primerih prav tako ni mogoče govoriti o zdravljenju (Jelenovec and Železnik, 2011). Najpogostejša želja ljudi, ki so v terminalni fazi bolezni, je, da dostojanstveno umrejo. Največja posameznikova svoboščina pa je, da živi in umre v skladu s svojimi prepričanji in željami (Taghavi, et al., 2011). Nekoč so se zdravniki s spoštljivo vdanostjo umaknili pred smrtjo. Danes razvoj medicinske tehnologije in znanosti odpira vedno večje možnosti preživetja in reševanja vse težjih stanj, s čimer bo že sedaj nevhvaležne odločitve napravil še težje (Jelenovec and Železnik, 2011).

## **5. Zaključek**

Spoštovanje etičnih načel je bistvena vsebina vsakega medicinskega ukrepa. Pacienti morajo imeti možnost izraziti svojo voljo pred svojci ali pred pričami o morebitnih postopkih KPR. Upoštevanje pacientovih želja in predhodnih odločitev v stanjih, v katerih je potrebna KPR, predstavlja pomemben izziv za medicinsko stroko in tudi za širšo družbeno skupnost. Množici etičnih in kulturnih vrednot ter načel navkljub nimamo na voljo odgovorov na etične dileme, ne ustreznih etičnih meril in presoj ter ravno tako ne pravne podpore. Poskrbeti je treba tudi za ustrezno pravno podlago z ustrezno metodologijo pridobivanja izjav v primerih odklonitve KPR.

Ostaja nam veliko vprašanj, na katera težko najdemo odgovore, zato je zelo zaželeno in skoraj nujno potrebno, da se o tej temi še veliko raziskuje na večjih vzorcih in da izoblikujemo najboljše rešitve. Dokazov, s katerimi bi lahko priporočili optimalno uporabo smernic za KPR v paliativni oskrbi, z raziskavo nismo našli.

## 6. Literatura

- Brannstrom, M. and Jaarsma T., 2015. Struggling with issues about cardiopulmonary resuscitation (CPR) for end-stage heart failure patients. *Scand Journal of Caring Science*, [e-journal] 29(3), pp. 379–385. <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12174>.
- CASP, Critical appraisal skills programme, 2014. CASP Checklists. Available at: <http://www.casp-uk.net/#!/checklists/cb36> [Accessed 8 November 2016].
- Cherny, N. and Radbruch, L., 2010. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Medicine*, [e-journal] 23(7), pp. 581–593. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216309107024>.
- Chien Hsu, N., Chang, R., Tsai, H., Lin, Y., Shu, C., Wen, K. et, al., 2014. After-hours physician care for patients with do-not-resuscitate orders: An observational cohort study. *Palliative Medicine*, [e-journal] 28(3), pp. 281–287. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216313497227>.
- Evans, D., 2003. Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions. *Journal of Clinical Nursing*, [e-journal] 12(1), pp.77–84. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00662>.
- Grošelj, U., Oražem, M., Trontelj, J., Grosek, Š., 2013. Etične dileme ob koncu življenja v intenzivni medicini. *Zdravniški Vestnik*, 82, pp. 589–601. Available at: <http://vestnik.sz.d.si/index.php/ZdravVest/article/view/681> [Accessed 8 November 2016].
- Jelenovec, S. and Železnik, D., 2011. Etične dileme pri oživljanju starostnikov v terminalnem stadiju bolezni. *1. Znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih in socialnih ved: Gradimo prihodnost: odprti za spremembe in nove izzive na področju raziskovanja zdravstvenih in socialnih ved*, [online] Available at: <http://drustvo-mszt-pomurja.si/zborniki/zdravstvenanega/datoteke/assets/downloads/page0033.pdf> [Accessed 8 November 2016].
- Kamnik, P., Pajnkihar, M. and Habjanič, A., 2014. Samozaupanje medicinskih sester in zdravnikov pri praktičnem izvajanju paliativne oskrbe. *Obzornik zdravstvene nege*, [e-journal] 48(4), pp. 302–309. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.4.37>.
- Michael, N., Callaghan, C., Brooker, J., Walker, H., Hiscock, R., Phillips, D., 2016. Introducing a model incorporating early integration of specialist palliative care: A qualitative research study of staff's perspectives. *Palliative Medicine*, [e-journal] 30(3), pp. 303–312. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216315598069>.
- Miller, S. and Dorman S., 2014. Resuscitation decisions for patients dying in the community: A qualitative interview study of general practitioner perspectives. *Palliative Medicine*, [e-journal] 28(8), pp. 1053–1061. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216314531521>.

- Mimić, A., Simonič, A. and Skela Savič B., 2013. Razumevanje koncepta »umiranja z dostojanstvom« pri medicinskih sestrah v paliativni oskrbi. *Obzornik zdravstvene nege*, [online] Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2013.47.4.325> [Accessed 8 November 2016].
- Myinti, p., Rivas, C. and Bowker, L., 2010. In-hospital cardiopulmonary resuscitation: Trainees worst and most memorable experiences. *Oxford University Press*, [e-journal] 10(3), pp. 865–873. <http://dx.doi.org/10.1093/qjmed/hcq129>.
- Peter, E., Mohammed, S. and Simmonds A., 2014. Narratives of aggressive care knowledge, time, and responsibility. *Nursing Ethics*, [e-journal] 21(4), pp. 461–472. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733013502804>.
- Reynolds, J. and Croft S., 2012. Cardiopulmonary resuscitation in end of life care. *Art & science*, [e-journal] 26(51), pp. 35–42. <http://dx.doi.org/10.7748/ns2012.08.26.51.35.c9242>.
- Sævareid J. and Balandin S., 2011. Nurses' perceptions of attempting cardiopulmonary resuscitation on oldest old patients. *Journal of advanced nursing*, [e-journal] 67(8), pp. 1739–1748. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05622>.
- Tanl, A., Seah, A., Chual, G., Keang, T., Phua, J., 2014. Impact of a palliative care initiative on end-of-life care in the general wards: A before-and-after study. *Palliative Medicine*, [e-journal] 28(1), pp. 34–41. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216313484379>.
- Taghavi, M., Simon, A., Kappus, S., Meyer, N., Lassen, C., Klier, T., et al., 2011. Paramedics experiences and expectations concerning advance directives: A prospective, questionnaire-based, bi-centre study. *Palliative Medicine*, [e-journal] 26(7), pp. 908–916. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216311419885>.
- Weissman, D. and Meier, D., 2011. Identifying Patients in Need of a Palliative Care Assessment in the Hospital Setting. *Journal of palliative medicine*, [e-journal] 14(1), pp. 1–7. <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2010.0347>.