



## **Oryginalna praca badawcza**

### *Nie podejmowanie i odstąpienie od resuscytacji krążeniowo-oddechowej przez ratownika medycznego w aspekcie etyczno prawnym*

Autor: Linda Aleksandrowicz

Promotor: dr Marcin Mikos

#### **INFORMACJE O ARTYKULE:**

##### *Historia:*

Data akceptacji Promotora:

Data recenzji:

Data publikacji:

##### *Słowa kluczowe:*

resuscytacja

etyka

terapia daremna

zawód ratownika

decyzja o końcu życia

#### **STRESZCZENIE:**

Każdy z nas, będący ratownikiem czy też nie, jest prawnie zobowiązany do udzielenia osobie znajdujące się w stanie zagrożenia zdrowia lub życia pomocy. Czy jednak ratownik medyczny jest zobowiązany do podjęcia medycznych czynności ratunkowych zawsze i wszędzie? Czy prawo pozwala mu na odstąpienie od resuscytacji krążeniowo-oddechowej i rozpoznanie zgonu?

W pracy omówiono uregulowania prawne oraz aspekty etyczne powyższego zagadnienia. Na podstawie ankiety skierowanej do ratowników medycznych pracujących w zespołach podstawowych, wykazano najczęstsze przyczyny, z powodu których zespoły podejmowały decyzję o odstąpieniu lub przerwaniu resuscytacji krążeniowo-oddechowej, największe bariery w podejmowaniu decyzji dotyczących rozważanej kwestii, jak również pojawianie się ewentualnych konsekwencji związanych z podjętą decyzją.

Wyniki badań pokazały, iż na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy ponad 85% ankietowanych stanęło przed koniecznością podjęcia decyzji o odstąpieniu lub niepodjęciu resuscytacji. W badaniu wykazano, iż głównym problemem w tym zakresie jest brak konkretnych uregulowań prawnych, obawa przed konsekwencjami, kwestie natury etycznej, presja rodziny oraz wiek pacjenta.

## **1. Wstęp**

W pracy ratownika medycznego występują sytuacje kliniczne, kiedy staje on przed dylematem czy ratowanie ludzkiego życia za wszelką cenę ma sens? Niewątpliwie walka o ludzkie istnienie winna być zawsze na pierwszym miejscu, ale czasem z góry jest ona skazana na niepowodzenie. Nie zawsze udaje się ocalić drugiego człowieka i ratownik medyczny często staje przed trudnymi wyborami i decyzjami. Wybory te winny zawsze być podejmowane zgodnie z obowiązującymi przepisami, wytycznymi oraz własnym sumieniem. W niniejszej pracy

przedstawiono zarówno etyczne, jak i prawne aspekty związane z niepodjęciem oraz zaprzestaniem resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Szczególną uwagę zwrócono na bariery w podejmowaniu decyzji oraz świadomość ratowników w kwestii omawianego zagadnienia.

Życie ludzkie jest niewątpliwie największym dobrem i podstawową wartością, która powinna być bezwzględnie chroniona. Mając na uwadze ten fakt, każdy z nas, będący medykiem czy też nie, jest prawnie zobowiązany do udzielenia osobie znajdujące się w stanie zagrożenia zdrowia lub życia pomocy. Obligują nas do tego zarówno przepisy Ustawy o

Państwowym Ratownictwie Medycznym [1], Prawa o Ruchu Drogowym [2], jak również Kodeks Karny [3], których normy za nieudzielenie pomocy przewidują stosowne sankcje.

Bywa, że pomoc ta polega jedynie na zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa, opatrzeniu rany, czy wezwaniu odpowiednich służb. Zdarzają się jednak sytuacje kiedy sprawa staje się bardziej poważna, poczynając od skomplikowanych złamań, poprzez zawał serca, udar, urazy wielonarządowe, po zatrzymanie krążenia włącznie. Wówczas do akcji ostatecznie wkracza zespół ratownictwa medycznego, niejednokrotnie będąc zmuszony do podjęcia resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO).

Czy jednak ratownik medyczny jest zobowiązany do podjęcia RKO zawsze i wszędzie? Czy może odstąpić od jej wykonywania przed przybyciem lekarza, który stwierdzi zgon?

Choć obecne prawo nie precyzuje jasno powyższych zagadnień wydaje się słusznym i zasadnym określenie sytuacji, w której ratownik może nie przystąpić do medycznych czynności ratunkowych w postaci RKO, jak również takich w których może te czynności przerwać. Niezaprzeczalnie i niejednokrotnie bywają to decyzje trudne, którym dodatkowo towarzyszy lęk przed odpowiedzialnością, jak również dylematy natury moralno-etycznej.

### **Resuscytacja krążeniowo-oddechowa**

Medyczne czynności ratunkowe najprościej można określić jako świadczenie opieki zdrowotnej udzielane przez jednostki systemu, w warunkach przedszpitalnych w celu ratowania zdrowia i życia osoby poszkodowanej [4]. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego, ratownik, w przypadku wystąpienia zatrzymania krążenia, zobowiązany jest do podjęcia podstawowych oraz zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych [5].

Nagłe zatrzymanie krążenia (NZK) jest niewątpliwie tragicznym, trudnym do przewidzenia zdarzeniem, dotyczącym nie tylko samego pacjenta, ale również jego bliskich. W Europie NZK występuje z częstością 0,5-1,0 przypadku na 1000 mieszkańców w ciągu roku. Przeżywalność poszkodowanego do wyjścia ze szpitala w przypadkach pozaszpitalnego zatrzymania krążenia, choć rośnie z roku na rok, to

wciąż jest niska i pozostaje na średnim poziomie 7,6% [6].

Resuscytacja krążeniowo-oddechowa jest zabiegiem podejmowanym niezwłocznie po rozpoznaniu zatrzymania i ma na celu przywrócenie spontanicznego krążenia (ROSC). Należy jednak mieć na uwadze, że celem resuscytacji nie powinno być tylko przywrócenie krążenia, ale także odległa perspektywa braku lub ograniczenia ubytków neurologicznych spowodowanych niedotlenieniem.

Zatrzymanie krążenia stwierdzić można na podstawie oceny stanu pacjenta, kiedy to pacjent nie reaguje na bodźce, brak jest u niego ruchów celowych i oddechu lub oddech ten jest nieprawidłowy (oddech agonalny) a także brak jest objawów zachowanego krążenia. W tym celu ratownik winien ocenić obecność tętna na tętnicy szyjnej lub udowej.

Nie zawsze jednak rozpoznanie zatrzymania krążenia skutkuje podjęciem medycznych czynności ratunkowych, bywa również że są one przerywane pomimo podjętej uprzednio próby restytucji.

### **Uregulowania prawne**

Dotychczasowe Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2006 roku w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego, jasno stanowiło, iż do tych czynności należy między innymi „ocena stanu pacjenta w celu ustalenia postępowania i decyzji o podjęciu lub odstąpieniu od medycznych czynności ratunkowych”. Obecnie obowiązujące Rozporządzenie z dnia 20 kwietnia 2016 roku mówi już tylko o „ocenie stanu pacjenta”, a więc nie precyzuje wprost możliwości odstąpienia czy niepodejmowania medycznych czynności ratunkowych, a dopuszcza takie rozwiązanie jedynie w sposób pośredni. Zarówno w powyższym Rozporządzeniu, jak również w Ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym mowa jest bowiem o tym, że ratownik medyczny może podjąć zaawansowane zabiegi resuscytacyjne zgodnie z aktualną i posiadaną przez niego wiedzą medyczną [5] [7]. Oznacza to, iż jest on uprawniony do niepodejmowania takich działań, które w świetle posiadanej wiedzy będą uznane za bezcelowe.

Niepodjęcie RKO nie będzie jednak równoznaczne ze stwierdzeniem zgonu. Stwierdzenie zgonu obejmuje bowiem rozpoznanie śmierci, ustalenie jej przyczyny oraz wystawienie karty zgonu,

do czego ratownik medyczny nie jest wedle obecnie obowiązujących przepisów uprawniony [8]. Warto więc podkreślić, iż odstępianie od medycznych czynności ratunkowych w przypadku zatrzymania krążenia nie będzie stanowiło stwierdzenia zgonu sensu stricto, a jedynie przerwanie czynności, które nie przynoszą spodziewanego efektu. Uprawnionym do stwierdzenia zgonu oraz wystawienia stosownej dokumentacji w tym zakresie jest jedynie lekarz.

W obliczu braku konkretnych regulacji prawnych w zakresie podejmowanych rozważań, ratownik medyczny często staje przed dylematem czy winien podjąć resuscytację czy też nie, i czy oraz kiedy ją przerwać uznając dalsze działania za bezcelowe.

Czym zatem powinien się kierować aby postąpić właściwie i uniknąć ewentualnych konsekwencji związanych z błędnym rozpoznaniem? Wedle mojej opinii przede wszystkim powinien polegać na własnym doświadczeniu i posiadanej wiedzy, którą winien na bieżąco aktualizować. Każdy przypadek powinien rozważyć indywidualnie, poddając pacjenta dokładnemu badaniu. Powinien mieć także na uwadze aktualne wytyczne, które nadają pewien kierunek działania i wskazują sytuacje w których można nie podjąć resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Są to przede wszystkim okoliczności na podstawie, których można w sposób oczywisty stwierdzić, iż podjęcie RKO będzie czynnością, która nie przyniesie efektu. Niepodjęcie lub kończenie resuscytacji u dorosłych i dzieci należy zatem rozważyć w przypadku gdy brak jest możliwości zapewnienia bezpieczeństwa ratownika, ewidentnie śmiertelnego urazu lub obecności pewnych oznak śmierci [6]. Przypadki te opisano poniżej:

- widoczne obrażenia ciała, nie rokujące skutecznej resuscytacji w tym: dekapitacja, zwęglenie, rozerwania ciała, maceracja płodu oraz widoczne zniszczeni tkanki mózgowej. Tego typu obrażenia niewątpliwie skutkują zgonem i wykluczają szanse na przeżycie;

- wczesne, pewne znamiona śmierci, to są: plamy opadowe oraz stężenie pośmiertne. Plamy opadowe powstają na skutek działania siły ciężkości, kiedy to po zatrzymaniu krążenia krew spływa pod wpływem grawitacji do części ciała położonych najniżej [9]. Ważnym jest zatem, aby ocenić ich lokalizację, kolor, wysycenie oraz przemieszczanie się i na tej podstawie różnicować je od sińców i krwawych podbiegnięć. Stężenie pośmiertne z kolei jest to sztywność mięśni,

do której dochodzi na skutek wyczerpania się zapasów energetycznych w postaci ATP i fosforylo kreatyny, co powoduje, iż mięśnie nie są w stanie się rozkurczyć, pozostając w fazie skurczu [10]. Sztywność ta pojawia się w kilka godzin po śmierci i rozpoczyna się od serca, przechodząc dalej na przeponę, mięśnie głowy, tułowia aż do kończyn górnych i dolnych. Szybkość występowania sztywności pośmiertnej zależy od tego jaką pracę wykonały mięśnie i jakie wykazywały zmęczenie przed śmiercią. Im większe zmęczenie, im większa praca tym szybciej pojawi się stężenie pośmiertne;

- późne znamiona śmierci czyli zmiany o charakterze rozkładowym w tym gnicie i zeszkietowanie lub zmiany o charakterze utrwalającym, zwane też przeobrażeniem zwłok w tym mumifikacja oraz przemiany tłuszczowo-woskowe [11].

Nie podejmując resuscytacji krążeniowo-oddechowej w wyżej wymienionych przypadkach warto w dokumencie poświadczającym odstępianie odnotować stwierdzone objawy, na podstawie których czynności ratunkowe nie zostały podjęte. Pozwoli to na uniknięcie ewentualnych zarzutów o niewłaściwie postępowanie.

Niestety, rzeczywistość bywa różna i nie zawsze rozpoznanie zgonu będzie tak oczywiste. Co zatem w przypadku gdy podjęcie RKO wyda się zasadne, ale nie będzie przynosiło pożądanych rezultatów lub w trakcie jego wykonywania otrzymamy istotne informacje na temat ogólnego stanu pacjenta, o których nie byliśmy uprzednio poinformowani?

Decyzja o kończeniu resuscytacji krążeniowo-oddechowej w pozaszpitalnym zatrzymaniu krążenia jest zwykle trudniejsza niż w warunkach szpitalnych. Zespół ratownictwa medycznego często podejmuje się bowiem resuscytacji zanim otrzyma pełną dokumentację medyczną pacjenta. Problem stanowi także brak lub niejednoznaczna informacja o woli i preferencjach pacjenta.

I w takich wypadkach uregulowania prawne nie są jednoznaczne i nie odnoszą się wprost do ratowników medycznych, ale zasadnym wydaje się tutaj posiłkowanie się obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzania nieodwracalnego zatrzymania krążenia, które wprost precyzuje, iż nieodwracalne zatrzymanie krążenia rozpoznaje się gdy:

- 1) w czasie resuscytacji krążeniowo-oddechowej, prowadzonej zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, obserwowano asystolię lub rozkojarzenie elektromechaniczne przez okres co najmniej 20 ostatnich minut, a w przypadku dzieci do lat dwóch przez okres co najmniej 45 ostatnich minut; ponadto w tym okresie nie stwierdzono palpacyjnie spontanicznej fali tętna na tętnicach szyjnych lub udowych;
- 2) asystolia lub rozkojarzenie elektromechaniczne oraz brak spontanicznej fali tętna na tętnicach szyjnych lub udowych utrzymywały się nieprzerwanie przez okres obserwacji trwającej co najmniej 5 minut po zakończeniu nieskutecznej resuscytacji krążeniowo-oddechowej przeprowadzonej w sposób określony w pkt. 1 [12].

Wyżej wspomniane obwieszczenie ma uzasadnienie w wielu publikacjach. Powszechnie akceptowalnym jest także fakt zakończenia RKO po 20 minutach ciągłej asystolii przy braku stwierdzenia odwracalnej przyczyny zatrzymania krążenia oraz gdy wcześniej prowadzone były zaawansowane zabiegi resuscytacyjne [13].

Innym znaczącym czynnikiem, który winien być brany pod uwagę, zarówno w przypadku nie podjęcia, jak i odstąpienia od resuscytacji jest bezpieczeństwo własne ratowników. Ratownik medyczny nie jest zobowiązany narażać własnego zdrowia lub życia aby ratować je innym. Warto zatem pamiętać jakże prostą, ale słuszną maksymę, iż „dobry ratownik to żywy ratownik”.

### **Aspekty etyczne**

Etyka jest postrzegana jako sposób moralnego postępowania w życiu, ale także jako zastosowanie etycznych zasad w podejmowaniu decyzji klinicznych [6]. W przypadku etyki medycznej podstawowymi zasadami są autonomia pacjenta, działanie na jego korzyść, oraz nieczynienie mu krzywdy. Nie sposób tutaj nie wspomnieć także o godności, uczciwości w postępowaniu wobec jego osoby oraz równym traktowaniu bez względu na wiek, rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy, stan majątkowy i inne różnice [14].

Według Wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji, RKO jest nieefektywna i daremna w 70-98% przypadków, w których śmierć jest nieuchronna [6]. Nie powinna ona być zatem rozpoczynana, a bywa

uznawana wręcz za nieetyczną, w przypadkach gdy oczywistym jest że jej podjęcie będzie leczeniem daremnym lub sprzecznym z wolą pacjenta.

Podejmując zatem próbę przywrócenia spontanicznego krążenia należy zwrócić uwagę na szereg okoliczności towarzyszących, dokonać szczegółowej i dogłębnej oceny stanu pacjenta, zapoznać się z jego dokumentacją medyczną, a także mieć na uwadze wyżej wspomniane zasady etyczne.

Zasadna autonomii pacjenta odnosi się do takiego leczenia pacjenta, które będzie respektować jego preferencję i do takiego podejmowania decyzji, które będą zgodne z jego przekonaniami, wartościami oraz wierzeniami. Zasada ta jest wyrażana poprzez świadomą zgodę pacjenta na leczenie, przy czym zgoda ta może być w każdej chwili zmieniona lub cofnięta. W praktyce jednak, w przypadku zatrzymania krążenia, w momencie kiedy pacjent nie może komunikować się z otoczeniem zachowanie zasady autonomii jest niezwykle trudne. Ponadto, w przeciwieństwie do innych krajów, polskie prawodawstwo nie przewiduje obecnie wyrażania woli o niepodejmowaniu resuscytacji w przypadku nagłego zatrzymania krążenia. Tym trudniej o podejmowanie takich decyzji, które pozwolą nam jednocześnie na zachowanie autonomii pacjenta i nie narażą nas na różnorakie konsekwencje.

Podejmując decyzję o przystąpieniu do resuscytacji należy także pamiętać, że jest ona procedurą inwazyjną, która dodatkowo w wielu przypadkach, szczególnie kiedy pacjent jest wyniszczony długotrwałą chorobą, ma małe prawdopodobieństwo sukcesu. W przypadku pacjentów w stanie terminalny należy zatem zastanowić się czy aby podjęcie RKO w tym przypadku nie wydłuży jedynie ich cierpienia i nie będzie sprowadzało się do leczenia uporczywego.

Terapia uporczywa, zwana także daremną jest to według definicji Światowej Organizacji Medycznej taka terapia, która „nie daje rozsądnej nadziei na wyzdrowienie lub poprawę stanu zdrowia” [6]. Zatem i resuscytacji krążeniowo-oddechowej może być za taką uznana w przypadku gdy szanse na akceptowalnej jakości przeżycie są minimalne. Prowadzenie RKO w takim przypadku może pogwałcać zasadę nieczynienia krzywdy oraz prawo pacjenta do godności w obliczu śmierci [6]. Głównym warunkiem stwierdzenia, czy konkretne postępowanie może zostać uznane za daremne są tutaj przesłanki

medyczne. Rozpoczęcie RKO w sytuacji, kiedy śmierć jest nieuchronna, a pacjent znajduje się w stadium terminalnym długotrwałej, wyniszczającej choroby, może dać jego rodzinie jedynie fałszywą nadzieję na poprawę jego stanu oraz podważyć racjonalną ocenę sytuacji. Nie podejmując medycznych czynności ratunkowych w postaci RKO w takim przypadku należy jednak wyjaśnić najbliższemu przyczynę odstąpienia od zabiegów resuscytacyjnych, aby stało się dla nich jasne, że intencją zespołu jest wyłącznie ochrona pacjenta przed niepotrzebnym cierpieniem i wydłużeniem procesu jego umierania.

Niestety, jednak obawa przed ewentualnymi skargami rodziny z powodu braku prowadzenia resuscytacji, czy też niechęć do brania na siebie odpowiedzialności za śmierć pacjenta, sprawia że zabiegi resuscytacyjne są często podejmowane pod presją rodziny i jedynie w celu zaspokojenia ich oczekiwań. Jest to popularna, aczkolwiek wątpliwie etycznie zasada zwana „pół godziny dla rodziny”. W takich przypadkach ratownik medyczny musi jednak zdawać sobie sprawę z tego, iż nie działa na korzyść pacjenta, a jedynie daje jego najbliższemu złudną nadzieję, jednocześnie wydłużając agonie pacjenta. Mając więc na uwadze ten fakt, oraz znając faktyczny stan pacjenta, wedle mojej opinii, takie postępowanie budzi wiele kontrowersji i nie może być uznawane za profesjonalne.

Rozważając podjęcie zabiegów resuscytacyjnych równie ważnym jest to aby mieć na uwadze czas, który upłynie od momentu zatrzymania krążenia do momentu podjęcia RKO. Mózg człowieka jest organem bardzo wrażliwym na niedotlenienie, czyli sytuacje w której przepływ tlenu spada poniżej poziomu, który pozwala na jego normalne funkcjonowanie. Pamiętać trzeba, że już po ok 6 minutach od zatrzymania krążenia przepływ mózgowy utrzymywany jest jedynie na minimalnym poziomie i rozpoczęcie uciśnięć klatki piersiowej po tym czasie nie będzie już w stanie odtworzyć mózgowego przepływu krwi na odpowiednim poziomie [13]. Dlatego też przy podejmowaniu decyzji o podjęciu lub odstąpieniu od resuscytacji krążeniowo-oddechowej należy brać pod uwagę czas jaki upłynął od chwili zatrzymania krążenia. Często jednak, z uwagi na niemożność określenia kiedy doszło do NZK, czy też z uwagi na brak świadków zdarzenia, wysoce problematycznym jest ustalenie dokładnego przedziału czasowego w jakim doszło do ustania

krążenia, co z kolei utrudnia podjęcie decyzji co do dalszych działań ratunkowych.

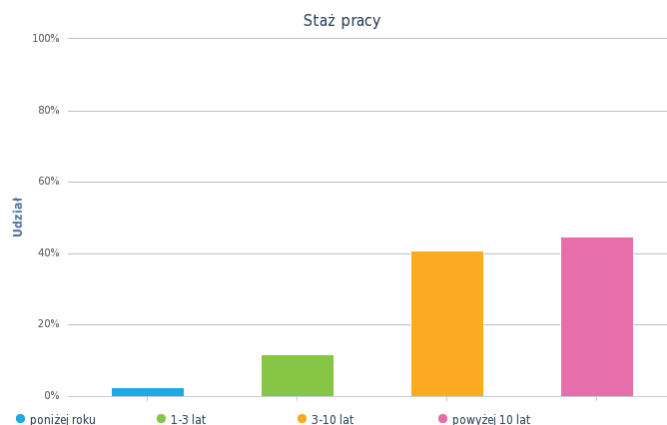
## 2. Badania własne

W celu analizy powyższych rozważań dotyczących odstąpienia lub przerwania medycznych czynności ratunkowych w postaci RKO przeprowadzone zostało badanie jakościowe z wykorzystaniem ankiety skierowanej do ratowników medycznych pracujących w zespołach podstawowych „P”.

W badaniu wzięło udział 76 ratowników z całej Polski, z czego ponad 88% stanowili mężczyźni, a pozostałe 12% kobiety. Wiek ankietowanych zamknął się w przedziale pomiędzy 23 a 50 lat. Spośród badanych ponad 55% ratowników zadeklarowało, iż najczęściej dyżury pełnią w dużych miastach powyżej 150 tys. mieszkańców, ok 25% z kolei w miastach o zaludnieniu pomiędzy 20 a 150 tys. mieszkańców. Zaledwie ok 20% ankietowanych pracuje na wsiach oraz w miastach poniżej 20 tys. mieszkańców.

Większość z ankietowanych bo niemal 95% pełni swoje dyżury w zespołach ratownictwa medycznego już powyżej 3 lat. Poniższy rysunek 1 przedstawia strukturę stażu pracy badanych uczestników.

Rysunek 1- Staż pracy uczestników badania



Pytania zamknięte były częściowo podzielone na dwie grupy i dotyczyły przede wszystkim tego czy ratownicy medyczni nie podejmowali lub przerywali resuscytację krążeniową-oddechową na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy, jakie były tego przyczyny, czy ich decyzje były samodzielne oraz czy ponieśli z tego tytułu jakiegokolwiek konsekwencje. Odnosiły się także do tego czy ratownik medyczny winien mieć

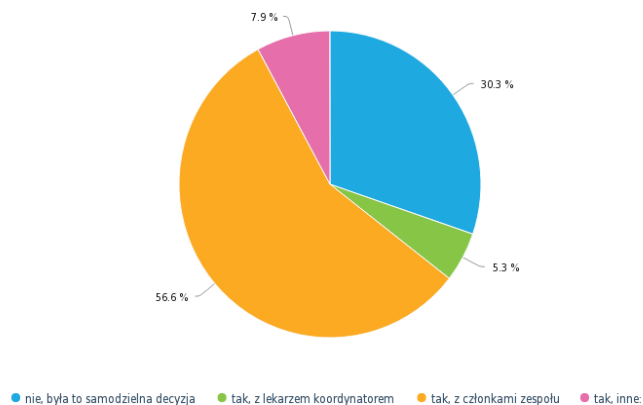
uprawnienia do stwierdzania zgonu oraz do wyrażenia swojej opinii na temat wprowadzenia do ZRMów specjalnej karty oceny stanu pacjenta.

Pytanie otwarte z kolei miało na celu uchwycenie największych barier w podejmowaniu decyzji dotyczących rozważanego zagadnienia.

### 3. Wyniki

Ponad 85% ankietowanych w przeciągu ostatnich 12 miesięcy podjęło decyzję o przerwaniu RKO, z czego ok 30% aż pięciokrotnie i więcej razy. Decyzja ta, jak potwierdzają odpowiedzi ankietowych najczęściej, bo aż w przypadku 43 (56,6%) osób konsultowana była z członkami zespołu. Jednak znacząca grupa badanych, podjęła również tą decyzję samodzielnie, bez konsultacji z innymi osobami. Szczegółową strukturę zagadnienia przedstawia poniższy wykres (rysunek 2).

Rysunek 2 – Konsultacja decyzji o przerwaniu RKO

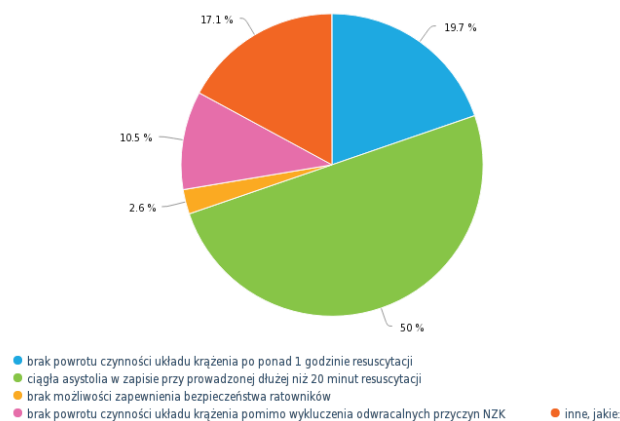


W 8% przypadków ankietowani wskazali inną osobę jako konsultanta, przy czym w połowie przypadków był to lekarz zespołu „S”, a w jednym przypadku rodzina pacjenta.

W pracy przeanalizowano najczęstsze przyczyny, które prowadziły do zaprzestania czynności resuscytacyjnych. I tak w 50% była to ciągła asystolia w zapisie przy prowadzeniu zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych dłużej niż 20 minut. Drugą z kolei przyczyną, którą wskazało niemal 20% ankietowanych był brak powrotu czynności układu krążenia po ponad 1 godzinie resuscytacji. Stosunkowo rzadko, jak wynika z przeprowadzonych badań, przyczyną przerwania udzielania pomocy jest brak możliwości zapewnienia bezpieczeństwa ratowników. Z sytuacją taką spotkało się bowiem jedynie ok 2,5% ankietowanych.

Powyższe obrazuje rysunek 3.

Rysunek 3 – Przyczyny zaprzestania RKO



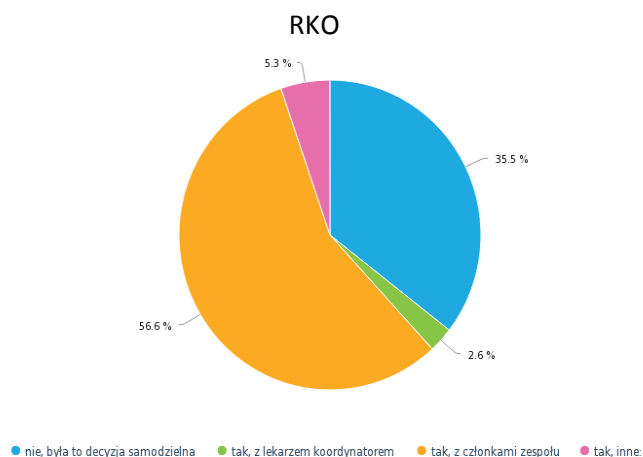
Badając wpływa presji rodziny i otoczenia na podejmowane decyzje o zaprzestaniu resuscytacji okazuje się, że ok 34% ankietowanych faktycznie jej ulega postanawiając nie przerywać zabiegów, pomimo wskazań klinicznych. W badaniu stwierdzono, że większą tendencją do ulegania presji rodziny mają ratownicy z wyższym stażem pracy, aniżeli Ci którzy pracują krócej.

Z uwagi na powszechną postawę społeczeństwa i fakt, iż najczęściej wątpliwości pojawia się przy decyzji przerwania resuscytacji u dziecka pod rozważania poddano także to zagadnienie. W ponad 41% przypadków zespoły ratownictwa medycznego decydowały się na wydłużenie czynności ratunkowych kiedy ich pacjentem było dziecko.

W badaniu stwierdzono, iż zdecydowana większość ankietowanych, podobnie jak w przypadku zaprzestania RKO, stanęło w obliczu sytuacji, kiedy to z uwagi na okoliczności nie podjęło zabiegów resuscytacyjnych. Jedynie niespełna 12% badanych w ciągu ostatniego roku nie spotkało się z taką sytuacją. Podobnie, jak przy przerwaniu zabiegów resuscytacyjnych, większość decyzji o ich niepodejmowaniu było podejmowane wspólnie przez cały zespół. Jedynie 5% ankietowanych wskazało, iż decyzję tą konsultowało z kimś innym i tak odpowiednio połowa z nich z rodziną pacjenta a połowa z lekarzem zespołu „S”. Szczegółowe dane przedstawia poniższy wykres (rysunek 4).

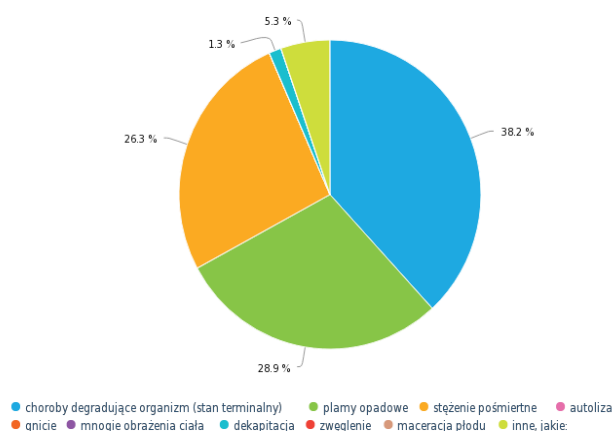


Rysunek 4 – Konsultacja decyzji o niepodjęciu RKO



Jak pokazuje poniższy rysunek 5, do najczęstszych przyczyn, które skłaniały ratowników medycznych do niepodjęcia resuscytacji były oczywiste, wczesne znamiona śmierci to jest plamy opadowe (w 29% przypadków) oraz stężenie pośmiertne (w 26% przypadków).

Rysunek 5 – Przyczyny niepodjęcia RKO



Najczęstszą wskazaną przez ankietowanych przyczyną (aż 38% przypadków) było stwierdzenie u pacjenta stadiów terminalnych chorób takich jak np. rozsiały nowotwór. Zaledwie jedna osoba jako przyczynę nie podjęcia RKO wskazała czas jaki upłynął od zatrzymania krążenia do momentu przyjazdu na miejsce ZRM i fakt, że świadkowie nie prowadzili u poszkodowanego podstawowych zabiegów resuscytacyjnych.

W przypadku ewidentnych wskazań do niepodjęcia zabiegów ratujących życie presja rodziny i otoczenia staje się mniej istotna i jej wpływom wedle badania ulega jedynie 22% ankietowanych. Także w tej sytuacji zdecydowanie mniejsze znaczenie ma wiek pacjenta. Decyzję o podjęciu działań ratunkowych w postaci RKO pomimo wyraźnych wskazań do ich nie

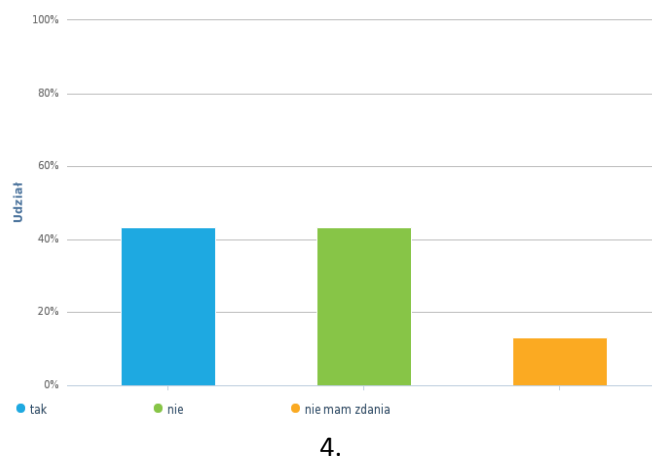
podjęcia podjęto w tym wypadku zalewie 19% spośród badanych.

Analizując powyższe zagadnienia, warto zwrócić uwagę, iż wbrew powszechnie panującym obawą w 96% przypadków zaprzestanie resuscytacji, a w sytuacji nie podjęcia RKO 92% przypadków, nie wywołało dalszych skutków prawnych, skarg rodziny czy konsekwencji w zakładzie pracy. Przerwanie lub niepodjęcie RKO również rzadko było przedmiotem wewnętrznej analizy zespołu ds. jakości leczenia lub innych komisji.

Jak wynika z przeprowadzonych ankiet większość z badanych ratowników medycznych, bo ponad 52% nigdy nie spotkało się w swojej karierze zawodowej z kartą oceny stanu pacjenta, która ułatwiłaby mu ustalenie i podjęcie decyzji o podjęciu lub odstąpieniu do RKO. Być może z uwagi na powyższą większość z nich również nie ma zdania na temat tego czy taka karta winna być na stałe wprowadzona do dokumentacji medycznej zespołów. Jedynie 32% ankietowanych uważa, że powinna być ona obowiązkowa.

W badaniu zapytano respondentów, o ich opinie na temat samodzielnego stwierdzania zgonu przez ratownika medycznego.

Rysunek 6 – Prawo do stwierdzania zgonu



Około 13% ankietowanych stwierdziło, iż nie posiada na ten temat własnego zdania. Pozostali ankietowani z kolei podzielili swą opinię po równo na pół i tak 43,4% badanych stwierdziło że ratownik winien posiadać prawo do stwierdzenia zgonu i tylu samo z nich uznało, że takiego prawa posiadać nie powinien.

## 5. Dyskusja

Choć prowadzenie RKO, która z góry jest skazana na niepowiedzenie w znaczeniu przeżycia

lub akceptowalnej wedle opinii pacjenta jego jakości może pogwałcić zasadę nieczynienia krzywdy oraz prawo pacjenta do godności w obliczu śmierci, to z uwagi na brak jednoznacznych przepisów trudno się dziwić, iż ratownicy medyczni czasem takowej resuscytacji się podejmują. Jak wskazano w niniejszej pracy podyktowane jest to głównie obawą przed konsekwencjami prawnymi, ale także skargami ze strony rodziny pacjenta.

Takowych nie muszą obawiać się lekarze, którzy znajdują się w dużo lepszym położeniu aniżeli ratownicy medyczni. Kodeks Etyki Lekarskiej jasno bowiem stanowi, iż lekarz nie jest zobowiązany do podjęcia resuscytacji w stanach terminalnych, a decyzja o zaprzestaniu RKO należy do niego i jest podyktowana oceną dalszych szans leczniczych pacjenta [15].

Inną ważną kwestią, którą warto poddać pod dyskusję jest fakt czy ratownicy medyczni winni posiadać prawo do stwierdzania zgonu. W obliczu rozgorzałej ostatnio polemiki na temat nowelizacji ustawy o Cmentarzach i chowaniu zmarłych w niniejszej pracy pod analizę poddano również ten aspekt.

Jak pokazują wyniki przeprowadzonego badania ponad 56% ankietowanych nie ma własnego zdania, lub uważa iż ratownicy nie powinni posiadać uprawnień do samodzielnego stwierdzenia zgonu. Powyższe może dowodzić, iż problem ten jest poważny, a ratownicy w większości nie są gotowi do przyjęcia na siebie odpowiedzialności za stwierdzanie zgonu pacjenta.

Jednak czy w obliczu faktu, iż nawet lekarze czasem się mylą należy się im dziwić? Wystarczy tutaj przytoczyć znany z mediów przypadek 72-letniego mieszkańca Kupienina. Przybyły na miejsce specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego zastał w mieszkaniu nieprzytomnego mężczyznę. Podjęta została resuscytacja, która następnie po 58 minutach została przerwana. Lekarz pogotowia stwierdził zgon pacjenta, wypisał stosowny dokument i polecił rodzinie wezwać lekarza rodzinnego, który sporządzi kartę zgonu. Dwie godziny później przybyły na miejsce medyk stwierdził, iż pacjent żyje [16].

Jak można zauważyć na powyższym przykładzie stwierdzenie zgonu nie zawsze bywa takie oczywiste i sprawia trudności nawet lekarzom, którzy

zgodnie z obowiązującymi przepisami winni być do tej czynności przygotowani. Czy zatem nie lepszym rozwiązaniem byłoby powołanie odrębnego stanowiska, jakim mógłby być wyspecjalizowany koroner, niż nakładanie na ratowników medycznych kolejnego uprawnienia? Pytanie to zapewne jeszcze jakiś czas pozostanie bez odpowiedzi, choć z pewnością należy poddać je pod dyskusję, a archaiczne przepisy znowelizować.

Podsumowując powyższe rozważania zwrócić należy również uwagę na ciągłe doszkalanie ratowników, aktualizowanie ich wiedzy medycznej oraz doskonalenie ich umiejętności interpersonalnych, które pozwoliłyby im w bardziej odpowiedni i lepszy sposób przekazywać trudne i bolesne dla rodziny pacjenta informacje.

## 6. Wnioski

1. Odstąpienie oraz przerwanie resuscytacji krążeniowo-oddechowej stanowi problem zawodowy ratowników medycznych i należy do najtrudniejszych decyzji w ich codziennej praktyce zawodowej.
2. Największymi barierami przy podejmowaniu decyzji o niepodjęciu lub przerwaniu zabiegów resuscytacyjnych są problemy natury etycznej, obawa przed konsekwencjami prawnymi, presja rodziny, a także wiek pacjenta.
3. Badanie wykazało, iż podstawowym problemem w omawianej kwestii jest także brak konkretnych uregulowań prawnych oraz określonych algorytmów postępowania.
4. Ważnym jest aby dążyć do wprowadzenia w omawianym zakresie nowych, szczegółowych uregulowań, jak również ujednoczonych wytycznych, które ułatwią ratownikom medycznym podejmowanie słusznych decyzji.
5. Zwrócić należy uwagę na ciągłe doskonalenie zawodowe ratowników medycznych oraz aktualizowanie ich wiedzy zarówno medycznej, jak i prawnej.

## 6. Piśmiennictwo

1. Art. 4; Ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006 nr 191 poz. 1410)
2. Art. 44, pkt. 2 i 3 Ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. 1997 nr 98 poz. 602)
3. Art. 162 §2 i §3 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz.U. 1997 nr 88 poz. 553)



4. Art. 3 pkt. 4 Ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006 nr 191 poz. 1410)
5. Załącznik nr 1, pkt. 3 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz.U. 2016 poz. 587)
6. Rozdział 11: Etyka w resuscytacji i decyzja dotycząca końca życia, Wytoczne resuscytacji 2015 – Europejska Rada Resuscytacji, Kraków 2016
7. Art. 11, ust 2 Ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006 nr 191 poz. 1410)
8. Art. 11. Ust 4 Ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o Cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. 1959 nr 11 poz. 62)
9. Encyklopedia popularna PWN – Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1982
10. Rozdział 7: Fizjologia mięśni poprzecznie prążkowanych; Fizjologia człowieka: Fizjologia ogólna, krew i mięśnie, tom 1 – Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003, Stanisław Kanturek, Tomasz Brzozowski,
11. Znamiona śmierci a odstąpienie od medycznych czynności ratunkowych przez zespół „P” – Anestezjologia i Ratownictwo 2017, nr 11, Wydawnictwo Akademia Medycyny
12. Dział II, pkt. 1 i 2 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia
13. Trudna decyzja o odstąpieniu – Na Ratunek 6/14, mgr Jarosław Sowizdraniuk
14. Kodeks etyki zawodowej ratownika medycznego przyjęty na I Ogólnopolskim Kongresie Ratowników Medycznych, Kraków 11- 12 października 2013 r.
15. Art. 32 Kodeksu Etyki Lekarskiej, Naczelna Izba Lekarska
16. <http://www.temi.pl/temi/region/27-region/2830-pacjent-ozyl>
17. Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne i wybrane stany nagłe – Medycyna Praktyczna, Kraków 2018, pod redakcją Jarosława Gucwy i Macieja Ostrowskiego
18. Medyczne czynności ratunkowe – Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, pod redakcją dr n. med. Przemysław Paciorek, dr n. med., mgr piel. Amelia Patrzała

## *Legal regulations and ethical aspects of refraining or withdrawing from cardiopulmonary resuscitation by a paramedic*

### **ABSTRACT:**

Each of us, regardless whether a paramedic or not, is legally obliged to provide help to a person in a life-or-health threatening state. Nevertheless, is a paramedic obliged to undertake emergency medical treatment anytime and anywhere? Does the law allow him to cease CPR and declare death? This work discusses legal regulations and ethical aspects of the above issue. Basing on a questionnaire addressed to paramedics working in primary teams, most frequent reasons for withdrawing from, or terminating cardiopulmonary resuscitation were determined, as well as the biggest setbacks regarding the aforementioned issue, and the possible consequences related to the undertaken decision. Research results have shown that over the last 12 months, over 85% of the respondents had to make the decision to withdraw or refrain from resuscitation. The study showed, that the main problems in this area are lack of specific legal regulations, fear of consequences, ethical issues, family pressure, and the age of the patient.

Key words: resuscitation, ethics, futile therapy, paramedic's profession, decision about the end of life