



Existenciálna úzkosť anesteziológa: motivácia, obavy, odbornosť a zodpovednosť

MUDr. JUDr. Peter Firment, PhD.

Oddelenie anesteziológie a intenzívnej medicíny, FNsP J. A. Reimana, Prešov

Príspevok sa zaoberá existenciálnou úzkosťou anesteziológa ako špecifickým prejavom psychickej záťaže vyplývajúcej z autonómie rozhodovania, bezprostrednej zodpovednosti za život pacienta a limitov medicínskej kontroly. Vychádza z predpokladu, že práca anesteziológa nepredstavuje iba technicky náročný výkon, ale aj hlboko eticky, právne a profesijne náročnú rolu. Text analyzuje hlavné zdroje tejto úzkosti, najmä rozhodovanie v časovom tlaku a neistote, požiadavku postupu *lege artis*, morálny stres, obavy z pochybenia a právnych dôsledkov, ako aj dilemy spojené s rozhodovaním na konci života. Osobitná pozornosť je venovaná vzťahu medzi odbornosťou, motiváciou, rešpektovaním vôle pacienta a kultúrou bezpečnosti pracoviska. Ako dôležité nástroje prevencie a zvládania tejto záťaže sa ukazujú tímová podpora, kvalitná komunikácia, dostupnosť psychosociálnej pomoci a spravodlivo nastavená zodpovednosť, ktoré môžu prispieť k predchádzaniu vyhorenia a sekundárnej traumatizácie zdravotníkov. Existenciálnu úzkosť anesteziológa však možno interpretovať nielen ako rizikový faktor, ale aj ako prejav hlbokého uvedomenia si zmyslu profesie, krehkosti života a váhy odborných rozhodnutí.

Kľúčové slová: existenciálna úzkosť, psychická záťaž, profesijná zodpovednosť, *lege artis*, vyhorenie, etika v zdravotníctve

Existential anxiety among anesthesiologists: Motivation, concerns, expertise, and responsibility

This article addresses the existential anxiety of anaesthesiologists as a specific manifestation of psychological burden arising from decision-making autonomy, immediate responsibility for the patient's life, and the limits of medical control. It is based on the premise that the work of an anaesthesiologist is not only technically demanding but also represents a deeply ethical, legal, and professionally complex role. The text analyses the main sources of this anxiety, particularly decision-making under time pressure and uncertainty, the requirement to proceed *lege artis*, moral distress, concerns about errors and legal consequences, as well as dilemmas associated with end-of-life decision-making. Special attention is given to the relationship between professional expertise, motivation, respect to patient's will, and the safety culture of the workplace. Key tools for the prevention and management of this burden include team support, effective communication, access to psychosocial support, and a fairly structured system of responsibility, all of which may contribute to preventing burnout and secondary traumatization among healthcare professionals. However, the existential anxiety of anaesthesiologists can be interpreted not only as a risk factor but also as an expression of a deep awareness of the meaning of the profession, the fragility of life, and the weight of professional decisions.

Key words: existential anxiety, psychological burden, professional responsibility, *lege artis*, burnout, healthcare ethics

Anestéziol. intenzívna med., 2026;15(1):24-30

ÚVOD

Anesteziológia a intenzívna medicína (ďalej len „AIM“) patrí medzi medicínske odbory s vysokou mierou odbornosti, zodpovednosti a psychickej záťaže. Anesteziológ vstupuje do liečebného procesu v momentoch, keď je pacient často v najzraniteľnejšom stave. Jeho úloha pritom nespočíva len v zabezpečení bezbolestnosti, ale predovšetkým v udržiavaní stability vitálnych funkcií, riadení anestézie, zabezpečení perioperačnej starostlivosti a manažmente kriticky chorého pacienta. Táto komplexná profesijná rola ho stavia do situácií, v ktorých môže mať každé jeho rozhodnutie bezprostredný dosah na život a zdravie prijímateľa zdravotnej starostlivosti.

Aj relatívne malé odchýlky v dávkovaní liekov, načasovaní výkonu, interpretácii monitorovaných parametrov alebo vo voľbe terapeutického postupu môžu viesť k závažným, niekedy až nezvratným následkom. Psychickú záťaž anesteziológa preto nemožno redukovať na bežný pracovný stres. Ide o hlbší psychologický a existenciálny fenomén, úzko spätý s vedomím konečnosti života, limitov medicíny a osobnej zodpovednosti za výsledok liečby.

Pojem existenciálnej úzkosti, označovanej ako „úzkosť zo slobody“, je jedným z kľúčových konceptov filozofie Sørensa Kierkegaarda, ktorý bol aj inšpiráciou pre vznik predkladané-

ho textu. Kierkegaard chápe úzkosť nie ako strach z konkrétneho objektu, ale ako stav neurčitosti a vnútorného napätia vyplývajúci z vedomia slobody rozhodovania. Človek si uvedomuje množstvo možných konaní, pričom zároveň nesie plnú zodpovednosť za ich dôsledky. Práve do takejto situácie sa anesteziológ dostáva opakovane vo svojej každodennej praxi.

Jeho rozhodovanie prebieha často pod časovým tlakom, v podmienkach neistoty a neúplných informácií, pričom následky zvoleného postupu sa môžu prejaviť okamžite. V tomto kontexte možno hovoriť o metaforickom „závrate zo slobody“ – stave, v ktorom sa spája vysoká miera odbornej autonómie s vedomím potenciálnej moci ovplyvniť život pacienta. Existenciálna úzkosť tu nepredstavuje výlučne negatívny jav, ale aj prejav hlbokého uvedomenia si významu profesie a limitov ľudskej kontroly nad biologickými procesmi.

Vzhľadom na charakter odboru sú anesteziológovia týmto situáciám vystavení opakovane, takmer rutinne. Kľúčovou výzvou preto nie je len samotná prítomnosť úzkosti, ale schopnosť ju zvládnuť bez toho, aby viedla k vyhoreniu, strate profesionálnej identity alebo rezignácii. V ďalšom texte budú analyzované vybrané aspekty anesteziologickej praxe, ktoré môžu prispievať k vzniku stresu, napätia a existenciálnej úzkosti, ako aj možnosti ich zvládania.

MOTIVÁCIA

Motivácia k výkonu odboru anestéziológia a intenzívna medicína je komplexná a viacrozmerná. Zahŕňa ekonomické, profesijné, sociálne aj intrapersonálne faktory. Finančné ohodnotenie môže predstavovať významný motivačný prvok, avšak bez prítomnosti ďalších determinantov má spravidla len limitovaný a krátkodobý efekt. Nedokáže dlhodobo kompenzovať psychickú záťaž, únavu či riziko vyhorenia. Kľúčovú úlohu zohrávajú najmä položky ako odborná identita, spoločenské uznanie, kvalita pracovného kolektívu, ako tiež samotný obsah práce. Anestéziológia priťahuje lekárov svojou intelektuálnou náročnosťou, dynamikou, technickou komplexnosťou a požiadavkou vysokej miery presnosti, pričom zároveň umožňuje byť priamo prítomným pri kritických momentoch liečebného procesu.

Z globálneho pohľadu patrí anestéziológia dlhodobo medzi **najlepšie finančne ohodnotené medicínske špecializácie** (v top 3 až 5 odborností) a v mnohých krajinách aj medzi najlepšie platené profesie vôbec. Lepšie platy mávajú len špičkoví manažéri a elitní chirurgovia, či bankári. Tento fakt však neodzrkadľuje „atraktivitu“ v komerčnom zmysle, ale skôr kombináciu vysokej odbornej náročnosti, nenahraditeľnosti v zdravotníckom systéme a miery zodpovednosti spojenej s bezprostredným ovplyvňovaním vitálnych funkcií pacienta. Napriek tomu je potrebné zdôrazniť, že v podmienkach Slovenskej republiky nedosahuje ekonomické ohodnotenie anestéziológov úroveň porovnateľnú s vyspelými zdravotníckymi systémami, čo môže predstavovať významný demotivačný faktor.

Dopyt po odborníkoch v oblasti AIM je determinovaný samotnou štruktúrou moderného zdravotníctva. Väčšina operačných výkonov si vyžaduje anestéziologickú starostlivosť, pričom súčasne narastá počet pacientov s komplexnými a polymorbídnymi stavmi v dôsledku starnutia populácie a pokroku medicíny. Kombinácia vysokej odbornej náročnosti, dlhej prípravy, nepravidelného pracovného režimu, nočných služieb a chronickej psychickej záťaže vedie k dlhodobému nedostatku lekárov v tomto odbore. Tento stav sa premietá do relatívne silnej vyjednávacjej pozície anestéziológov na trhu práce a širokých možností uplatnenia naprieč zdravotníckym systémom. Napriek tomu zostáva spoločenské povedomie o náplni práce anestéziológa v slovenskom prostredí pomerne nízke.

Atraktivita odboru je však neoddeliteľne spojená s vysokou mierou **medicínsko-právneho rizika**. Táto skutočnosť však neodráža vyššiu mieru pochybení, ale skôr závažnosť možných následkov a vysoké očakávania verejnosti. Anestéziológ priamo zasahuje do vedomia, ventilácie a hemodynamiky pacienta, teda do funkcií, ktorých zlyhanie má bezprostredné a potenciálne fatálne dôsledky. Klinické rozhodnutia sú často prijímané v reálnom čase, pod časovým tlakom a v podmienkach neistoty, pričom aj pri postupe *lege artis* môžu vzniknúť závažné komplikácie, ako hypoxické poškodenie mozgu, anafylaktická reakcia, komplikácie pri zabezpečovaní dýchacích ciest či náhle zlyhanie obehu. V medzinárodnom kontexte, napríklad v Spojených štátoch amerických, sa uvádza, že anestéziológ má významnú pravdepodobnosť čeliť počas svojej kariéry právnenému sporu (na úrovni 40 až 60 %). Súvi-

sí to však aj s tým, že v USA je lekár najčastejšie z pohľadu pracovného práva samostatne zárobkovo činná osoba. V SR je však v prípade občianskoprávneho sporu zodpovednostným prvkom primárne poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, teda nemocničné zariadenie.

V podmienkach Slovenskej republiky sú anestéziológovia a intenzivisti pomerne často predmetom dohľadu zo strany Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, najmä v súvislosti s úmrtiami, perioperačnými komplikáciami a manažmentom kritických stavov. Posudzovanie sa zameriava predovšetkým na správnosť, včasnosť a dokumentovanie poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Zdravotná dokumentácia má v tomto procese zásadný význam, keďže predstavuje kľúčový nástroj retrospektívneho hodnotenia klinického postupu. Kvalita záznamu, schopnosť zdôvodniť medicínske rozhodnutia a transparentne zachytiť klinické úvahy sú preto nevyhnutnou súčasťou profesionálnej praxe.

Tento právny tlak prirodzene vedie k rozšíreniu tzv. **defenzívnej medicíny**, ktorá býva v klinickom prístupe označovaná aj ako určitý alibizmus. Ide samozrejme jednoznačne o negatívny fenomén. Lekári pod jej vplyvom niekedy robia rozhodnutia nielen podľa toho, čo je medicínsky optimálne, ale aj s ohľadom na budúcu právnu obhajobu svojho postupu. V praxi sa to môže prejavovať zvýšeným dôrazom na doplňujúce vyšetrenia, detailnú dokumentáciu, širšie indikačné kritériá, opatrnejší výber pacientov, odkladanie rizikových výkonov alebo preferovanie bezpečnejších, i keď nie vždy najvhodnejších riešení. Tento jav býva kritizovaný, ale jeho korene sú čiastočne racionálne. Anestéziológ rozhoduje v sekundách, pod časovým tlakom, a jeho konanie je neskôr hodnotené retrospektívne, s plnou znalosťou výsledku. Medzi klinickou realitou a právnym posudzovaním tak vzniká asymetria, ktorá prirodzene zvyšuje opatrnosť zdravotníkov.

ODBORNOSŤ (POSTUP LEGE ARTIS)

Výkon zdravotníckeho povolania anestéziológa, tak ako aj iných medicínskych profesií, je na Slovensku právne regulovaný najmä zákonom č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti a zákonom č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch a stavovských organizáciách. „Poskytovateľ je **povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne**. Zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne ...pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy a v súlade so štandardnými postupmi ...pri zohľadnení individuálneho stavu pacienta“ (ust. 4 ods. 3 zákona o zdravotnej starostlivosti). Práve týmto spôsobom je v právnom poriadku vymedzený základný obsah postupu *lege artis*. Zdravotnícky pracovník pritom nezodpovedá za samotný výsledný zdravotný stav pacienta, ale za odbornú správnosť zvoleného postupu, hoci prirodzeným cieľom jeho konania je zlepšenie zdravotného stavu a ochrana života pacienta.

Odporúčané postupy a odborné usmernenia nemožno chápať ako rigidné schémy, ktoré by nahrádzali individuálny klinický úsudok. Predstavujú dôležitý nástroj štandardizácie starostlivosti, zvyšovania bezpečnosti pacienta a podpory rozhodovania v každodennej praxi. **Odklon od odporúčaného postupu** je možný, avšak len vtedy, ak je odborne odôvodnený a **v prospech pacienta**. Takáto úvaha musí byť jasne



zaznamenaná v zdravotnej dokumentácii. Klinický úsudok preto zostáva jadrom odbornej činnosti anesteziológa, no jeho presvedčivosť a právna obhájitelnosť sú úzko späté s kvalitou dokumentácie.

Z hľadiska presnejšieho vystihnúť praktickej reality je podnetná aj česká právna úprava (ust. §4 ods. 5 zákona č. 372/2011 o zdravotných službách), podľa ktorej sa náležitou odbornou úrovňou rozumie poskytovanie zdravotných služieb podľa pravidiel vedy a uznávaných medicínskych postupov pri rešpektovaní individuality pacienta, konkrétnych podmienok a objektívnych možností. Toto vymedzenie vhodne pripomína, že možnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti sa môžu odlišovať podľa typu pracoviska, personálneho zabezpečenia, technického vybavenia či časového kontextu. Iná je situácia v univerzitnej nemocnici počas bežnej prevádzky a iná v regionálnom zariadení počas nočnej alebo víkendovej služby. Táto okolnosť však nemôže ospravedlňovať bezdôvodné nevyužitie dostupných prostriedkov, ktoré by mohli prispieť ku kvalitnejšej a bezpečnejšej starostlivosti. Ak sa napríklad na pracovisku nachádza dostupná technológia umožňujúca presnejší monitoring a nie je bez relevantného dôvodu použitá, môže takýto postup hraničiť s konaním *non lege artis* s následnou možnou právnou zodpovednosťou (napr. neaplikovanie dostupného EEG monitoringu hĺbky anestézie, či prístroja na meranie hĺbky svalovej relaxácie pri podávaní kurarimimetík).

Príkladom recentných anesteziologických odborných postupov sú odporúčania spoločnosti ESAIC (SSAIM je jej národným členom) na perioperačný manažment neuromuskulárnej blokády z februára 2023, ktoré sú pre našu profesiu záväzné. Jeden z ich ôsmich bodov znie: Je potrebné dosiahnuť dostatočné spontánne zotavenie (na úroveň pomeru TOF >0,2) pred začatím podávania neostigminu ako reverznej látky a pokračovanie v kvantitatívnom monitoringu neuromuskulárnej blokády, až kým pomer TOF nedosiahne >0,9. Avšak napriek už trojročnej platnosti daného dokumentu sa v bežnej praxi tento prístup neuplatňuje. Možnosti riešenia danej situácie by mohli byť nasledujúce:

- zabezpečiť širšie použitie a dostupnosť sugammadexu na antagonizáciu steroidných svalových relaxancií (cena je aktuálne už len na úrovni ¼ oproti predchádzajúcemu obdobiu, najvhodnejšie riešenie),
- aplikovať nižšie dávky kurarimimetík,
- dlhšie vyvádzať pacientov z anestézie na operačnej sále,
- častejšie ponechať pacienta na UPV na zotavovacej izbe,
- prijať stanovisko ku ESAIC guidelines s lokálnymi národnými špecifikami,
- ignorácia (ide o neprijateľný postoj).

Ďalším príkladom správneho postupu z oblasti nášho odboru sú v tomto roku publikované odporúčania známeho projektu PROSPECT k anestézii pri cisárskom reze. Tieto uvádzajú, že doplnková regionálna anestézia (napr. lokálna infiltrácia operačnej rany, TAPP blok) je obligátnou zložkou v rámci aplikácie spinálnej anestézie, ak sa neuraxiálne nepodali dlhodobo pôsobiace opioidy. Koľko pracovísk to však aktuálne takto štandardne robí?

Pritom ako už bolo zmienené, na *lege artis* zdravotnú starostlivosť má pacient zo zákona právo. Teda nemal by byť ten-

to prístup privilegiom, ale samozrejmosťou. Nedodržovanie odborne správnych postupov na pracovisku môže byť jedným z vyvolávateľov vnútorného nepokoja a existenciálnej úzkosti anesteziológa.

S predchádzajúcou problematikou úzko súvisí aj nasledujúce ustanovenie Etického kódexu zdravotníckeho pracovníka (príloha č. 4 k zákonu o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti): „Poslaním zdravotníckeho pracovníka je vykonávať zdravotnícke povolanie svedomito, statočne, s hlbokým ľudským vzťahom k človeku, v súlade s právnymi predpismi, s dostupnými poznatkami lekárskej vedy a biomedicínskymi vedami a s prihliadnutím na technické a vecné vybavenie zdravotníckeho zariadenia, v ktorom poskytuje zdravotnú starostlivosť.“

Súčasnou postupu *lege artis* zo širšieho pohľadu je aj povinnosť získať **informovaný súhlas** pacienta, pokiaľ to situácia umožňuje. Otázka, či ho je pacient schopný udeliť, je v niektorých prípadoch mimoriadne citlivá. Môže si vyžadovať starostlivé individuálne posúdenie. V takýchto prípadoch je dobré mať zabezpečený podpis svedka, prípadne mať dostupné vyjadrenie psychiatra ako hodnotenie, či je pacient schopný prejavu vôle a rozhodovania.

Dôležitým princípom je rešpekt k **autonómii pacienta**. Dohovor o ľudských právach a biomedicíne posilňuje v slovenskom právnom poriadku mieru autonómie pacienta a zdôrazňuje, že právne spôsobilá osoba je zodpovedná sama za seba (SR k nemu pristúpila oznámením Ministerstva zahraničných vecí č. 40/2000 Z. z.). Z tohto pohľadu treba rešpektovať informovaný nesúhlas s liečbou, vrátane situácií, keď ide o život zachraňujúci výkon (tzv. negatívny reverz). Povinnosť liečenia sa ukladá, iba ak verejný záujem na ochrane zdravia iných je silnejší, ako záujem chorého nebyť liečený. Takéto situácie sú pritom osobitne náročné. Keďže rozhodnutie pacienta môže mať za následok smrť a lekár je povinný akceptovať autonómiu pacienta, hoci sa s jej dôsledkami vnútorne ťažko vyrovnáva. Túto skutočnosť však potvrdzujú aj rozsudky Európskeho súdu pre ľudské práva (nútená terapia by za určitých okolností mohla byť v rozpore s Dohovorom o ochrane ľudských práv a základných slobôd.).

Podobne sa vyjadril vo svojom rozhodnutí aj Ústavný súd ČR (I. ÚS 2078/16 z roku 2017): ...poskytnutí péče ...nezbytnou pro zachování jeho života. Lékaři a další zdravotníci pracovníci ...nemohou zabránit realizaci rozhodnutí o odmítnutí péče ...dospělé svéprávné osoby ...nemůže spáchat trestný čin neposkytnutí pomoci.

Popri informovanom súhlase je dôležitou taktikou možnosť uplatnenia **vopred vysloveného priania**. Ide o situáciu, kde pacient môže v prípade, že by sa dostal do takého zdravotného stavu, v ktorom by nebol schopný vysloviť súhlas alebo nesúhlas s poskytovaním zdravotných služieb a spôsobom ich poskytovania, tento súhlas alebo nesúhlas dopredu vysloviť. O predchádzajúcom prianí hovorí článok č. 9 vyššie uvedeného dohovoru o ľudských právach a biomedicíne. Paradoxne napriek legislatívnemu zakotveniu dohovorom však zostáva vnútroštátna úprava nere realizovaná, čím je aplikácia v klinickom prostredí nepoužiteľná. Zákonodarcu si totiž už 25 rokov nesplnil túto povinnosť.

Z komplexného prístupu existuje podľa § 415 Občianskeho zákonníka všeobecná prevenčná povinnosť: „Každý je povin-



ný počínať si tak, aby nedochádzalo ku škodám na zdraví, na majetku, na prírode a životnom prostredí.“ Aj keď je medicínska stránka a bezpečnosť na prvom mieste, musí lekár mať aj základné ekonomické povedomie pri svojej činnosti a vykazovaní. Ak bol zamestnávateľom poučený v tejto oblasti a má dostatok informácií, resp. je dostupný interný predpis v nemocnici, tak ho musí dodržiavať.

Odbornosť anesteziológa je mimoriadne široká. Zahŕňa znalosti fyziológie, patofyziológie, farmakológie, intenzívnej medicíny, urgentnej medicíny, ventilácie, obehovej podpory, liečby bolesti, perioperačného manažmentu aj regionálnych anestetických techník. AIM patrí celosvetovo medzi kľúčové, ale zároveň je to paradoxne „tichý“ medicínsky odbor. Bez týchto špecialistov by operatíva 21. storočia ani intenzívna starostlivosť vôbec neexistovali, no ich práca je často pre verejnosť menej viditeľná než práca chirurgických disciplín. Podľa štatistík z roku 2025 je SSAIM treťou najsilnejšou odbornou spoločnosťou v rámci SLS na Slovensku, čo sa týka počtosti registrovaných. No bohužiaľ tomu nezodpovedá adekvátny záujem zdravotníckej a laickej verejnosti, ani naša aktivita ako odbornej spoločnosti. V čase pandémie COVID-19 v rokoch 2020 až 2023 si nanešťastie veľa pacientov vyžadovalo umelú ventiláciu pľúc a intenzívnu starostlivosť. Avšak o odbore anesteziológia a intenzívna medicína sa v mediálnom prostredí až tak nehovorilo. Nemyslí sa tým potenciálne zneužitie tejto celosvetovej katastrofy na zviditeľnenie nášho odboru, no práve toto obdobie bolo vhodné na poukázanie na našu potrebnosť a odbornosť pre celú krajinu a jej obyvateľov.

Klinická realita si však popri vysokej odbornosti vyžaduje aj schopnosť pracovať s neistotou. Každý pacient reaguje individuálne a ani najlepší odborník nemá úplnú kontrolu nad všetkými premennými. Predvídateľnosť je v medicíne obmedzená. Vysoká odbornosť síce znižuje mieru objektívneho rizika, zároveň však zvyšuje uvedomenie si možných komplikácií. Čím viac anesteziológ vie, tým ostrejšie vníma krehkosť situácie, možné zlyhania a hranice zásahu. Aj preto môže byť existenciálna úzkosť u vysoko kompetentného odborníka výraznejšia než u menej skúseného lekára. Súvisí to aj s rizikom tzv. Dunningovho-Krugerovho efektu, keď nedostatočne skúsený človek precení svoje schopnosti, zatiaľ čo skutočný odborník si oveľa presnejšie uvedomuje komplexnosť problému a limity vlastnej kontroly.

Súčasťou kompetencií anesteziológa je aj zvládanie akútnych stavov, ako sú náhle poruchy obehového systému, ventilácie či alergické reakcie. Niekedy je však anesteziológ stavaný do konfliktnej situácie v smere ochrany zdravia pacienta, postupu *lege artis* a bezpečnosti. Napr. prístup paušálneho podávania hydrokortizónu a bisulepínu u pacienta s polyvalentnou alergiou je obsolentný. Ak to však internista v predoperačnom vyšetrení odporučil, mám to dodržiavať? Pri podozrení na alergiu má byť pacient otestovaný na imunoalergologickej ambulancii, prípadne majú byť získané anamnestické údaje o liekoch z predošlej anestézie, ak táto prebehla bez komplikácií. Väčší počet alergií u pacienta totiž automaticky nezvyšuje pravdepodobnosť jej výskytu na ďalšie lieky. Taktiež stabilní astmatici na ich chronickej medikácii bez záchvatov nepotrebujú špecifickú prípravu, okrem dostupnosti ich liekov. Ďalšími tenznými chvíľami môže byť vyžadovanie poda-

nia erytrocytovej masy pacientovi počas operácie zo strany operátora, ak tento nekrváca a má dostatočné hodnoty hemoglobínu. Máme daný úkon vykonať alebo nie? Dôležité je v týchto situáciách opísať našu rozvahu do zdravotnej dokumentácie. Postupovať tak, aby prebehla komunikácia medzi lekármi zainteresovaných odborností a taktiež, aby sme neznižovali dôveru pacienta v systém zdravotníctva. V prípade potreby podania krvných derivátov by mal operátor ako špecialista vedieť, či pri operačnej technike, ktorú používa bude pacient krvácať alebo nie. Preto by sme mali byť ako anesteziológovia v danom smere súčinní.

■ OBAVY

Psychické zaťaženie anesteziológa sa manifestuje ako vnútorné napätie vyplývajúce z vedomia bezprostrednej zodpovednosti za život pacienta. V klinickej praxi sa môže prejavovať pochybnosťami o správnosti rozhodnutí, strachom zo zlyhania, anticipáciou sťažností alebo právnych dôsledkov, ako aj dlhodobým emocionálnym vyčerpaním. Významným faktorom je aj tzv. morálne zranenie, ktoré vzniká v situáciách, keď zdravotnícky pracovník nemôže konať v súlade so svojím profesionálnym a etickým presvedčením, napríklad v dôsledku systémových obmedzení, personálneho nedostatku alebo materiálneho deficitu. Tento fenomén sa často prekrýva so syndrómom vyhorenia.

K psychickej záťaži prispievajú aj nočné služby, nepravidelný biorytmus, chronický stres a špecifická pracovného prostredia vrátane expozície anestetickým plynom, ak nie sú dôsledne dodržané bezpečnostné štandardy (i keď pri súčasnej kvalite odparovačov, anesteziologických prístrojov a centrálnom odsávaní je ohrozenie zdravia inhaláciou plynov minimálne).

S existenciálnou úzkosťou súvisí aj riziko sťažností. Pred zdravotníckymi zariadeniami sa začínajú v posledných rokoch objavovať billboardy, ktoré vyzývajú pacientov a príbuzných na obrátenie sa na advokátsku kanceláriu, ak neboli spokojní s poskytnutou zdravotnou starostlivosťou. Nedávno bol návrh na zavedenie kaucie 66 € pri podaní na ÚDZS za účelom zníženia množstva neopodstatnených podnetov, avšak s ohľadom na možnú diskrimináciu sociálne slabších občanov to neprešlo. Musíme si uvedomiť, že pacient má právo sa sťažovať a nemôžeme to brať osobne.

Našou zlepšenou komunikáciou a informovanosťou oboch strán vzťahu vznikajúceho pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti existuje predpoklad **nížšieho rizika sťažností** pacientov a ich príbuzných, ktoré majú v súčasnosti zvyšujúcu sa tendenciu (dostupné dáta v tomto smere udávajú možný pokles až o 85 % pri danom prístupe). Taktiež by bol pravdepodobne **znížený počet alibistických rozhodnutí lekárov** s cieľom vlastnej ochrany a nie konania na základe odborných kritérií, teda v prospech pacienta (ústup od spomínanej defenzívnej medicíny). Preto je veľmi potrebné **poznať** svoje **práva a povinnosti**. Významným prvkom v zdravotníctve je **dôvera**. Pod dôverou sa skrýva aj humánny prístup, empatia, efektívna komunikácia (úsmev, dotyk, ochota vypočúť a efektívne komunikovať), informovanosť, rešpektovanie práv pacienta (právo na ľudskú dôstojnosť a súkromie).

Anesteziológ opakovane pociťuje obavy, či pacient prežije operáciu alebo hospitalizáciu na oddelení intenzívnej medi-



cíny. Vo svojej praxi podstupuje ťažké dilemy. Zodpovednosť anesteziológa je bezprostredná a individuálna. Na rozdiel od niektorých iných odborov nie je možné rozhodnutia odložiť alebo delegovať. Tento fakt vedie k zvýšenej miere stresu. Dlhodobé vystavenie takémuto tlaku môže viesť k syndrómu vyhorenia, ktorý sa prejavuje emocionálnym vyčerpaním, depersonalizáciou a zníženou pracovnou výkonnosťou. Psychická záťaž zdravotníkov (pocity viny, hanby, morálneho stresu) je často označovaná aj ako jav sekundárnej obete.

Spôsob zvládania následkov kritických udalostí má zásadný význam pre jednotlivca aj zdravotnícky tím. Zahraničné odporúčania, napríklad dokument *Catastrophes in Anaesthetic Practice – dealing with the aftermath* vydaný Asociáciou anesteziológov Veľkej Británie a Írska z roku 2005, zdôrazňujú potrebu dôslednej dokumentácie, informovania vedenia, komunikácie s rodinou pacienta, hlásenia incidentov, realizácie tímového debriefingu a zabezpečenia psychosociálnej podpory zdravotníkov. Tieto kroky majú nielen právny, ale aj etický a psychologický význam.

Stratégie zvládania a prevencie psychickej záťaže si vyžadujú systematický prístup. Dôležitá je podpora tímovej spolupráce, možnosť supervízie a dostupnosť psychologickej pomoci. V danej oblasti pomáhajú aj iné záujmy, dostatočná odbornosť, komunikácia, kultúra v kolektíve na pracovisku. Na individuálnej úrovni zohráva úlohu rozvoj odolnosti, schopnosť reflektovať vlastné prežívanie a udržiavanie rovnováhy medzi pracovným a osobným životom. Na permanentné udržanie sa v aktuálnych témach odboru je vhodné prečítať každý večer aspoň jeden článok z relevantného medicínskeho zdroja.

V širšom kontexte možno psychologické zaťaženie anesteziológa interpretovať aj prostredníctvom spoločenských a existenciálnych faktorov. Kniha *Syndróm veľkého vlka* od Thomasa Hyllanda Eriksena poukazuje na tlak modernej spoločnosti orientovanej na výkon, rýchlosť a neustálu dostupnosť, ktorý vedie k fragmentácii pozornosti a chronickému stresu. Tento koncept je do určitej miery aplikovateľný aj na zdravotnícke prostredie, kde sa kumuluje vysoká náročnosť práce s časovým tlakom a zodpovednosťou.

Zároveň možno profesiu anesteziológa vnímať ako formu verejnej služby s výrazným morálnym rozmerom. Myšlienka, že výkon povolania presahuje individuálny prospech a smeruje k spoločnému dobru, je prítomná v dejinách etického myslenia od antiky až po súčasnosť. V modernej interpretácii ju reflektuje aj dielo *Morálna ambícia* od Rutger Bregman, ktoré zdôrazňuje potrebu orientovať profesijný život nielen na úspech a materiálne zabezpečenie, ale aj na zmysel a spoločenský prínos. V kontexte anesteziológie sa tak stretáva vysoká odbornosť s hodnotovým záväzkom, pričom existenciálna úzkosť môže byť zároveň sprievodným javom hlbšieho uvedomenia si významu a zmyslu tejto profesie.

ZODPOVEDNOSŤ

Pri vykonávaní zdravotníckeho povolania môžu vzniknúť viaceré zodpovednostné vzťahy, ako sekundárne skutočnosti po nesplnení určitých primárnych povinností. Tieto môžu byť v oblasti práva alebo etiky. Budú podrobne rozobrané v nasledujúcom texte.

Právne dôsledky konania

V prípade pochybenia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti môže byť lekár vystavený viacerým úrovňam právnej zodpovednosti, ktoré sa navzájom nevyklučujú a môžu sa uplatňovať paralelne.

- Disciplinárna zodpovednosť sa týka porušenia profesijných a etických povinností zdravotníckeho pracovníka. V prípade lekárov ju vykonáva Slovenská lekárska komora, pričom sankcie môžu zahŕňať napomenutie, dočasné obmedzenie výkonu povolania alebo iné opatrenia v súlade s internými predpismi komory.
- Civilnoprávna zodpovednosť predstavuje možnosť pacienta alebo jeho pozostalých domáhať sa náhrady škody a nemajetkovej ujmy. Podmienkou jej uplatnenia je preukázanie porušenia právnej povinnosti, vzniku ujmy a príčinnej súvislosti medzi nimi. Uplatňuje sa v rámci občianskoprávneho konania pred súdom.
- Pracovnoprávna zodpovednosť vzniká vo vzťahu medzi zamestnávateľom a zamestnancom. V prípade, že zdravotnícky pracovník spôsobí škodu z nedbanlivosti, zamestnávateľ si môže voči nemu uplatniť regresný nárok, spravidla do výšky štvornásobku jeho priemerného mesačného zárobku pred vznikom škody. V praxi sa tieto situácie často riešia prostredníctvom interných škodových komisií poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.
- Trestnoprávna zodpovednosť: uplatňuje sa v závažných prípadoch (napr. ublíženie na zdraví alebo usmrtenie z nedbanlivosti), pričom odborná diskusia upozorňuje na potrebu citlivého rozlišovania medzi neúmyselným pochybením, nedbanlivosťou a vedomým porušením pravidiel. Mala by byť až *ultima ratio* riešením situácie. Trestné oznámenie by sa nemalo zneužívať, aj vzhľadom na možnú diskreditáciu zdravotníkov. Ak trestné konanie začne, tak štát preberá na seba úlohu riadenia celého procesu, keďže ide o najzávažnejšiu formu protispoločenskej činnosti. Hlavne v stave terminálneho ochorenia a paliatívnej starostlivosti majú mnohí zdravotníci obavy z možného spáchania trestného činu neposkytnutia pomoci. Jeho skutková podstata je: „Kto osobe, ktorá je v nebezpečenstve smrti alebo javí príznaky ťažkej ujmy na zdraví, neposkytne potrebnú pomoc, hoci je podľa povahy svojho zamestnania povinný takú pomoc poskytnúť, potrestá sa odňatím slobody na šesť mesiacov až tri roky“ (§ 177 ods. 2 Trestného zákona). Avšak treba si uvedomiť, že o daný trestný čin v týchto prípadoch ísť nemôže, keďže nejde o pomoc potrebnú.

Z uvedeného vyplýva, že právna zodpovednosť v zdravotníctve je komplexná a viacvrstvová, pričom jej správne pochopenie je nevyhnutné nielen pre ochranu pacientov, ale aj pre právnu istotu a profesionálnu sféru zdravotníckych pracovníkov.

ETICKÉ PRINCÍPY A BEZPEČNOSTNÁ KULTÚRA V ANESTEZIOLÓGI

Etické princípy v anesteziológii predstavujú neoddeliteľnú súčasť rozhodovania. Základné princípy zahŕňajú rešpekt k vyššie uvedenej autonómii pacienta, princíp beneficencie, teda konania v prospech pacienta, princíp nonmaleficencie,



resp. neškodenia, a princíp spravodlivosti. V reálnych klinických situáciách však nie je vždy možné tieto princípy uplatniť v plnom rozsahu súčasne. Pri urgentných stavoch môže byť autonómia pacienta obmedzená, v intenzívnej medicíne môže vzniknúť konflikt medzi prospechom konkrétneho pacienta a spravodlivým rozdelením zdrojov. Typickým príkladom sú rozhodnutia o neprospešnej liečbe, o nezačatí alebo nerozširovaní plnej terapie alebo o situáciách, keď sú zdroje limitované. V extrémnych prípadoch, symbolicky vyjadrených dilemou „dvaja pacienti a jeden ventilátor“, musí lekár rozhodovať nielen klinicky, ale aj eticky a systémovo. Preto je mimoriadne dôležité, aby sa v takýchto situáciách mohol oprieť o odborné odporúčania, etickú komisiu daného zariadenia, právne oddelenie nemocnice a v krajnom prípade aj o súdnu ochranu. Službukonajúci lekár nemôže zostať v rozhodovaní osamotený. Musí mať pocit, že za ním niekto stojí.

Z etického hľadiska je kľúčové rozlišovať spravodlivé vyvodzovanie zodpovednosti od neprimeraného trestania. Nadmerne represívny prístup môže viesť k obrannému správaniu, vyššie spomínanej defenzívnej medicíne (nadbytočné vyšetrenia, „krycie“ indikácie) a najmä k zníženiu ochoty hlásiť nežiaduce udalosti, čím sa oslabuje schopnosť systému učiť sa z chýb a predchádzať ich opakovaniu. Zvlášť škodlivá je kultúra obviňovania, ktorá prenáša zodpovednosť výlučne na jednotlivca a neumožňuje identifikovať systémové slabé miesta.

Prevenca chýb a psychickej záťaže preto musí byť systémová. Je úzko spätá s kvalitou tímovej komunikácie, jasne definovanými postupmi, pravidelnými konzultáciami a analýzou kritických udalostí. Otvorená komunikácia má nielen organizačný, ale aj etický význam, pretože podporuje zodpovednosť, pravdivosť a rešpekt k pacientovi. Kľúčovým prvkom modernej bezpečnostnej kultúry je budovanie prostredia otvorenosti a dôvery, označovaného ako „no blame culture“ alebo presnejšie „just culture“. Takýto prístup umožňuje hlásiť chyby a nežiaduce udalosti bez neprimeraného strachu zo sankcie, čím sa vytvára priestor na učenie sa a systémové zlepšovanie. Zároveň však neznamená rezignáciu na individuálnu zodpovednosť; znamená spravodlivé rozlišovanie medzi ľudskou omylnosťou, nedbanlivosťou a vedomým porušením pravidiel. **Zhoršenie kultúry bezpečnosti** v zariadení, ak prevažuje strach zo sankcií a kultúra obviňovania.

ROZHODOVANIE NA KONCI ŽIVOTA

Rozhodovanie na hranici života a smrti predstavuje špecifickú a mimoriadne citlivú oblasť anesteziologickej a intenzívnej medicíny. Tieto situácie majú výrazný existenciálny rozmer a sú spojené s vysokou mierou psychickej záťaže zdravotníckeho personálu. Najčastejšie sa týkajú pacientov v terminálnych štádiách ochorenia alebo v kritických stavoch s nepriaznivou prognózou, kde je potrebné zvážiť primeranosť a účelnosť ďalšej liečby.

Významnými rozhodnutiami v terapii terminálne chorých pacientov sú: **ukončenie** (withdraw) a **nezačínanie**, resp. **nerozširovanie** (withhold) **plnej liečby**; terapia, ktorá nemôže zastaviť postup choroby, navrátiť zdravie alebo odvrátiť smrť pacienta nie je indikovaná a preto sa nezačne, alebo sa v nej nepokračuje. Takáto liečba by bola neúčelná a neprospešná (napr. aj status DNR).

Pacienti a ich príbuzní by si mali uvedomovať a akceptovať obmedzené hranice možností zdravotnej starostlivosti. K nezačiatku liečby v plnom rozsahu sa pristupuje u pacienta, ktorý má takú negatívnu diagnózu a predpoklad ďalšieho vývoja ochorenia, že by sa ani adekvátnou zdravotnou starostlivosťou stav nezmenil. Pacientovi sa v takýchto prípadoch poskytuje iba základná resp. bazálna terapia. Personál sa stará o naplnenie primárnych fyziologických potrieb a taktiež o psychický komfort napr. aj častým kontaktom s príbuznými. Mnohé prieskumy ukazujú, že lekári sú pri starostlivosti o terminálne chorých pacientov prístupnejší skôr nezačiatku liečby ako jej ukončeniu. Dôvody sú komplexnejšie, ale s morálnou zodpovednosťou je viac spájané ukončenie terapie, pretože je aktívna, zatiaľ čo nezačiatok terapie je pasívne. Etické a právne analýzy zdôrazňujú, že lekári by nemali medzi týmito formami robiť žiaden rozdiel. Často práve až po intervencii ošetrojúci personál zistí márnosť, či potrebnosť liečby. Preto nemusí byť v konečnom dôsledku ani začatá samotná liečba, z ktorej by mohol pacient následne profitovať, kvôli obave z novej potreby perspektívneho rozhodovania sa o ukončení terapie.

Ďalším z významných pojmov je **dystanázia**, teda **zadržanie smrti**. Súvisí s atmosférou heroickej, či víťaznej medicíny. Dochádza tu k umelému odďaľovaniu nevyhnutného konca života. V prípadoch finančne náročnej a bezvýslednej terapie u medicínsky neriešiteľných pacientov už často dochádza len k predĺžovaniu utrpenia.

Podľa Odporúčania postupu pri zmene intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť u dospelých pacientov, ktorí nie sú schopní o sebe rozhodovať v terminálnej fáze ochorenia, by malo byť od takejto neúčelnej liečby upustené. Uvedený dokument prijali viaceré slovenské odborné spoločnosti v roku 2014.

Zaujímavou je otázka možnosti upustenia od terapie lekárom, ak by bol takýto postup *lege artis*, no samotný pacient alebo jeho zákonný zástupca, by tento spôsob poskytovania zdravotnej starostlivosti vyžadoval. Pacient by napr. vyslovil vopred pranie, že v prípade klinickej smrti, chce byť resuscitovaný. V USA v 90. rokoch bola väčšina súdnych konaní v takýchto prípadoch rozhodnutá v prospech márnejšej liečby, teda podľa vôle pacienta. V našej judikatúre zatiaľ podobný prípad nebol riešený, ale podľa nášho názoru, by mal poskytovateľ dať v takejto situácii návrh na súd a do jeho rozhodnutia pokračovať v liečbe, aj keď ju považuje za neprospešnú. **Eutanázia** a pomoc pri samovražde sú **nezákonné** aj podľa znenia etického kódexu zdravotníckeho pracovníka.

Osobitne odborne a eticky dôležitou oblasťou je problematika určovania smrti, vrátane smrti mozgu. Slovenský právny poriadok v § 43 zákona č. 576/2004 Z. z. stanovuje, že osoba sa považuje za mŕtvu pri trvalom zastavení dýchania a srdcovej činnosti alebo pri nezvratnom vyhasnutí všetkých funkcií celého mozgu. Ak sa obehové a dýchacie funkcie udržiavajú pomocou prístrojov, smrť mozgu musí jednomyselne potvrdiť konzílium, ktorého členom je ošetrojúci lekár, neurológ a anesteziológ, pričom členom nemôže byť lekár transplantáčnej skupiny, ktorá má vykonať odber orgánov. Pre anesteziológa ide o oblasť s mimoriadnym existenciálnym aj právnym významom. Medicína vníma smrť ako proces, právo ju



potrebuje uchopiť ako určitý okamih. Práve v tomto prieniku vzniká neistota, ktorá môže byť psychologicky veľmi zatažujúca. Ak má pacient známky mozgovej smrti alebo je v tomto smere vyslovené podozrenie, zdravotnícky personál má povinnosť pristúpiť k diagnostike podľa súčasných poznatkov vedy; nejde o fakultatívny krok, ale o postup vyžadovaný ako *lege artis*. Praktická poznámka k situácii smrti: nikde nie je napísané, že musí byť prítomná asystólia a táto zaznamenaná na EKG zázname. I keď štandardne sa to v zdravotníckych zariadeniach vyžaduje, forenzne je to nadbytočný krok. O čase a skutočnosti úmrtia rozhoduje lekár.

Po úmrtí nastupujú ďalšie právne a etické náležitosti. Po určení smrti lekárom alebo konzíliom, možno podľa ust. § 43 ods. 8 zákona o zdravotnej starostlivosti na mŕtvom tele vykonať len prehliadku mŕtveho tela, pitvu vrátane príslušných vyšetrení, zdravotné výkony potrebné na účely odberu ľudských orgánov, tkanív a buniek, prípadne zdravotné výkony vedúce k pôrodu, ak ide o tehotnú ženu. Taktiež, ak je to účelné, možno vyberať implantované zdravotnícke pomôcky, okrem zubno-lekárskeho pevných protetických výrobkov a vykonať ďalšie úkony podľa zákona o pohrebníctve, z ktorých niektoré sú uvedené nižšie. V prípade iného postupu by v extrémnej situácii mohlo ísť až o trestný čin hanobenia mŕtveho (ust. § 366 Trestného zákona): „Kto zneužije alebo zneuctí mŕtveho, alebo neoprávnene vykoná exhumáciu ľudských ostatkov, alebo svojvoľne odníme z pohrebiska ľudské ostatky, alebo nakladá s ľudskými ostatkami v rozpore so všeobecne záväzným právnym predpisom, potrestá sa odňatím slobody na šesť mesiacov až na tri roky“.

Zákon o pohrebníctve (v ust. § 5) ukladá okrem iného poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti aj tieto povinnosti: odstrániť pred odovzdaním ľudských pozostatkov pohrebnej službe z nich zdravotnícky materiál a hygienické potreby okrem prípadov, keď bola nariadená pitva. Z danej vety vyplýva, že je potrebné ponechanie invazívnych vstupov (endotracheálna kanyla, centrálny žilový katéter a pod.) po smrti pacienta. Ide aj o vlastnú ochranu ošetrojúceho zdravotníckeho personálu v zmysle preukázania, že poskytoval zdravotnú starostlivosť spôsobom *lege artis*. Tieto materiály sa majú odstrániť, iba ak nebude nasledovať pitva zomrelého.

Literatúra

1. Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, dôvodová správa k tomuto zákonu
2. Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov
3. Berger-Estilita J, Salvisberg D, Köseleli E, et al. Impact of Burnout on Anaesthesiologists. *Turkish Journal of Anaesthesiology and Reanimation*. 2024;52:54-59.
4. Crowe G, Atterton B, Roofthoof E, et al. and the PROSPECT Working Group of the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy (2026). Pain management after elective caesarean section under neuraxial anaesthesia: an updated systematic review and procedure-specific postoperative pain management (PROSPECT) recommendations. *Anaesthesia*.
5. Cerela-Boltunova O, Millere I, Nagle E. Moral Distress, Professional Burnout, and Potential Staff Turnover in Intensive Care Nursing Practice in Latvia-Phase 1. *Int J Environ Res Public Health*. 2025 Aug 12;22(8):1261.
6. Firment J, et al. Odporúčanie postupu pri zmene intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť u dospelých pacientov, ktorí nie sú schopní o sebe rozhodovať v terminálnej fáze ochorenia. *Anestéziológia a intenzívna medicína*. 2014;3(1):34-36.
7. Fuchs-Buder T, Romero CS, Lewald H, et al. Peri-operative management of neuromuscular blockade: A guideline from the European Society of Anaesthesiology and Intensive Care. *European Journal of Anaesthesiology*. 2023;40(2):82-94.
8. Kok N, Van Gorp J, van der Hoeven JG, et al. Complex interplay between moral distress and other risk factors of burnout in ICU professionals: findings from a cross-sectional survey study. *BMJ Qual Saf*. 2023 Apr;32(4):225-234.

ZÁVER

Existenciálna úzkosť anestéziológa je komplexný fenomén, ktorý vyplýva z kombinácie odborných, právnych a etických aspektov práce. Jej pochopenie je kľúčové pre zlepšenie pracovných podmienok, ochranu duševného zdravia lekárov a zvýšenie bezpečnosti pacientov.

Existenciálna úzkosť sa prejavuje ako vnútorné napätie či psychologická záťaž vyplývajúca z vedomia zodpovednosti za život a jeho krehkosti. Lekár môže prežívať pochybnosti o správnosti rozhodnutí, strach zo zlyhania alebo dlhodobé emocionálne vyčerpanie.

Nejde o slabosť, ale o prirodzený sprievodný znak profesie, ktorá sa pohybuje na hranici medzi technickou precíznosťou a ľudskou zraniteľnosťou, medzi okamžitým rozhodovaním a dlhodobými dôsledkami, medzi povinnosťou konať a vedomím limitov medicíny. Pochopenie tejto úzkosti je dôležité nielen pre ochranu duševného zdravia anestéziológov, ale aj pre bezpečnosť pacientov, kvalitu zdravotnej starostlivosti a kultúru zdravotníckych zariadení. Úspech v anestéziológii býva zvonka často vnímaný ako samozrejmosť alebo zázrak, kým neúspech sa rýchlo mení na podozrenie z viny. O to väčšmi je potrebné vytvárať prostredie, v ktorom lekár môže konať odborne, zodpovedne, eticky a bez paralyzujúceho strachu, s vedomím, že za ním stojí nielen jeho individuálna kompetencia, ale aj spravodlivý a kultivovaný profesionálny systém.

Anestéziológ nesmie pracovať pod vplyvom strachu, musí mať potrebnú sebadôveru a rozhodnosť. Nemal by si pripúšťať, aby mal pri svojej práci prehnane obavy z právnych následkov. No na druhej strane nesmie byť bezcitný, arogantný voči pacientovi, jeho potrebám a právam, ani úplne bohorovný, ak ide o pocit zodpovednosti.

MUDr. JUDr. Peter Firment, PhD.

Oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny
FNsP J. A. Reimana, Prešov