

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Kompetence zdravotnického záchranáře v posádce rychlé
zdravotnické pomoci**
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:
MUDr. Jan Tuček

Autor:
Jan Šusta

Datum odevzdání práce: 17. 8. 09

ABSTRAKT

Téma mé bakalářské práce zní "Kompetence zdravotnického záchranáře v posádce rychlé zdravotnické pomoci". Jedním cílem bylo zjistit názory lékařů a záchranářů ke kompetencím zdravotnického záchranáře v posádce rychlé zdravotnické pomoci. Druhým cílem bylo zmapovat situaci na jednotlivých pracovištích záchranných služeb v Jihočeském kraji.

V teoretické části práce se věnuji zdravotnické záchranné službě z hlediska jejího vzniku, charakteristiky a činnosti. Dále se věnuji popisu profese zdravotnický záchranář z hlediska vzdělání, činnosti a právní odpovědnosti, která je s výkonem této profese spojena.

V praktické části jsem zvolil metodu kvantitativního výzkumu. Jako metoda sběru dat byl použit dotazník a znalostní test. Výzkumný soubor tvořili lékaři a zdravotničtí záchranáři pracující na výjezdových místech ZZS Jihočeského kraje.

Ve vztahu k cíli práce jsem stanovil 3 hypotézy. První hypotéza zněla: "Většina zdravotnických záchranářů považuje své kompetence, vzhledem k svému vzdělání, za nedostačující". Druhá hypotéza zněla: "Většina lékařů považuje kompetence zdravotnického záchranáře za dostačující". Třetí hypotéza zněla: "Většina zdravotnických záchranářů má odpovídající odborné znalosti o rozsahu svých kompetencí". Provedeným výzkumem byly dvě hypotézy potvrzeny. Druhá hypotéza v pořadí se nepotvrdila.

Ačkoliv v posledních letech je téma kompetencí zdravotnického záchranáře v odborných kruzích aktuálním tématem, nepodařilo se do dnešní doby prosadit jakékoliv legislativní změny týkající se rozšíření současných kompetencí.

SUMMARY

The topic of my bachelor degree work is “Competences of a paramedic in an ambulance crew“. One of the objectives of the work was to discover opinions of doctors and paramedics regarding the competences of a paramedic in an ambulance crew. The other objective was to map out the situation in individual stations of emergency services in South Bohemia.

In the theoretical portion of the work I focused on various aspects of the medical emergency services such as their origin, characteristics and activities. Further on I described the job of a paramedic as regards the education, activities and legal responsibilities related to this job.

In the practical portion of the work I chose the method of quantitative research. To gather data I used a questionnaire and a knowledge test. The inquired group comprised doctors and paramedics working in ambulance stations of the South-Bohemian medical emergency service.

With regards to the objective of the work I determined three hypotheses. The first hypothesis assumed that “Most paramedics consider their competences insufficient because of their education“. The second hypothesis assumed that “Most doctors consider paramedics’ competences sufficient. “ The third hypothesis said that “Most paramedics have sufficient professional knowledge about the scope of their competences“. The research confirmed two of the hypotheses. The one mentioned as second was not confirmed.

Even though paramedics’ competences have been very topical among specialist in this field lately, no legislative changes that would extend the current competences have been adopted yet.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Kompetence zdravotnického záchranáře v posádce rychlé zdravotnické pomoci“ vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne

.....

podpis studenta

Chtěl bych na tomto místě poděkovat MUDr. Janu Tučkovi, vedoucímu bakalářské práce, za odborné vedení, poskytnutí materiálních podkladů, praktickou pomoc a řadu podnětných připomínek při jejím zpracování. Velký dík patří mé manželce a synovi a také mým blízkým za jejich podporu a pomoc.

Obsah:

Úvod	7
1. Současný stav	8
1.1 Historie záchranné služby v ČR	8
1.1.1 Vývoj ZZS v ČR do roku 1989	9
1.1.2 Vývoj ZZS v ČR po roce 1989	10
1.2 Vznik záchranné služby v Jihočeském kraji	11
1.2.1 Organizace Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje	13
1.2.1.1 Základní organizační členění ZZS JčK	13
1.2.1.2 Činnost ZZS JčK	14
1.2.1.3 Financování ZZS JčK	14
1.3 Charakteristika zdravotnické záchranné služby	15
1.3.1 Základní úkoly zdravotnické záchranné služby	15
1.3.2 Výjezdové skupiny	16
1.4 Základní zdravotnické právní předpisy pro ZZS	17
1.4.1 Poskytování zdravotní péče z pohledu legislativy	18
1.4.2 Právní postavení, práva a povinnosti zdravotnických pracovníků	19
1.4.2.1 Protiprávní jednání	19
1.4.2.2 Zavinění	20
1.4.2.3 Příčinná souvislost	20
1.4.3 Právní odpovědnost zdravotnického pracovníka	21
1.4.3.1 Trestněprávní odpovědnost	21
1.4.3.2 Občanskoprávní odpovědnost	21
1.4.3.3 Pracovněprávní odpovědnost	22
1.5 Zdravotnický záchranář	23
1.5.1 Získání odborné způsobilosti zdravotnického záchranáře	23
1.5.2 Registr zdravotnických pracovníků	24
1.6 Kompetence zdravotnického záchranáře	26
1.6.1 Činnosti zdravotnického záchranáře podle § 3 odstavec 1	26
1.6.2 Činnosti zdravotnického záchranáře podle § 17 odstavec 1	27

1.6.3 Činnosti zdravotnického záchranáře podle § 17 odstavec 2	27
1.7 Diagnostika v urgentní medicíně	28
1.8 Základní farmakologie	29
2. Cíl práce a hypotézy	30
2.1. Cíl práce	30
2.2. Hypotézy	30
3. Metodika	31
3.1. Metoda a technika sběru dat	31
3.2. Charakteristika výzkumného souboru.....	31
4. Výsledky výzkumu	32
5. Diskuze	55
6. Závěr	61
7. Seznam použité literatury	63
8. Klíčová slova	66
9. Přílohy	67

Úvod

Poskytování přednemocniční neodkladné péče je neoddělitelnou součástí zdravotnického systému každého státu. Zprostředkovatelem této péče je zdravotnická záchranná služba. Výkonnou složkou jsou posádky tvořené lékaři, zdravotnickými záchranáři a řidiči - záchranáři. Zajištění časně, kvalitní a efektivní přednemocniční neodkladné péče vyžaduje co nejrychlejší dostupnost na místo události. Z tohoto důvodu dochází k rozšiřování výjezdových míst a v souvislosti s tím k nárůstu počtu jednotlivých zdravotnických pracovníků. Zatímco počet lékařů se na ZZS JČK za posledních 5 let v podstatě nezměnil, počet zdravotnických záchranářů vykazuje stoupající tendenci.

Počet výjezdů posádek rychlé zdravotnické pomoci roste každým rokem. V roce 2008 posádky RZP v Jihočeském kraji vyjžděli ke 22 134 primárním výjezdům, což tvoří zhruba polovinu všech primárních výjezdů pozemních posádek ZZS JČK v kraji. Při tomto trendu se výkon povolání zdravotnického záchranáře stává stále důležitějším, náročnějším a zodpovědnějším vůči lidem volajícím si zdravotnickou záchrannou službu.

Z tohoto důvodu jsem si vybral téma práce "Kompetence zdravotnického záchranáře v posádce rychlé zdravotnické pomoci". Otázka kompetencí je aktuálním tématem, a i když jsou kompetence pevně dané, dochází k rozličnostem v náplni práce rychlé zdravotnické pomoci ve směru poskytování přednemocniční neodkladné péče mezi jednotlivými stanicemi záchranné služby.

Tato práce především nastiňuje názory a pohledy některých lékařů a zdravotnických záchranářů na problematiku kompetencí zdravotnického záchranáře. Dále jsou zde zmíněny oblasti, které bezprostředně souvisejí se zdravotnickou záchrannou službou a výkonem povolání zdravotnického záchranáře.

1. Současný stav

1.1 Historie záchranné služby v ČR

Začátky historie záchranné služby v České republice sahají do roku 1798. V Praze byla založena první záchranná služba pod názvem "Humanitní společnost pro záchranu zdánlivě mrtvých a v náhlém nebezpečí smrti se ocitnuvších". Jednatel "Rettungsanstaltu" byl Adalbert Vincenc Zarda, doktor filozofie a lékařského umění, emeritní profesor policejní medicíny a člen Royal Human Society v Londýně (22).

První zákonnou normou byl Obecní řád města Prahy ze dne 27 dubna 1850 § 81. Dále Zemský zákon z roku 1870 O organizaci veřejné služby zdravotní § 3 písm. B. "Obcím náleží v samostatné působnosti pečovat o to, aby se poskytlo náležitě pomoci onemocnělým a rodičkám a ochrany osobám, které přijdou v nebezpečí života" a Zemský zákon z 23. února 1888 č. 9 O organizaci služby zdravotní v obcích, § 14 (4).

Záchranná zdravotnická služba v Praze patří k nejstarším v celé Evropě. Její existence je však počítána až od roku 1857, kdy se na doporučení barona Päumanna, tehdejšího ředitele c. k. Policie pražské, přihlašuje 36 dobrovolníků nejrůznějších profesí a ustavuje společně "Pražský dobrovolný sbor ochranný". Pouze tři členové sboru byli zdravotníci (22). Cílem tohoto sboru je poskytovat první pomoc, rychlou dopravu raněných a pomáhat při úrazech, různých onemocněních, nehodách a dalších náhlých událostech - povodních, požárech. V prosinci téhož roku schválilo císařské a královské místodržitelství stanovy dobrovolného sdružení a od té doby můžeme počítat historii záchranné služby u nás (13).

Kromě pražského dobrovolného sdružení vznikaly spolky s charitativní veřejně prospěšnou činností ve všech větších městech na území dnešní ČR i celé rakousko-uherské monarchie. Všechny tyto charitativní Stanice zdravotní pomoci se spojily během roku 1879 a vytvořily jednotnou síť pod křídly Rakouského Červeného kříže za odborného vedení armádních zdravotnických složek (13).

Po vzniku Československé republiky došlo k založení Československého Červeného kříže a pod jeho záštitou byly společně s dobrovolnými hasiči organizovány Pomocné stanice Československého Červeného Kříže, které kromě poskytování první zdravotnické pomoci vykonávaly i dopravní zdravotnickou pomoc. V pohraničí vykonával stejnou činnost Německý Červený Kříž (13).

1.1.1 Vývoj ZZS v ČR do roku 1989

Po roce 1945 se mění systém zdravotnictví v ČR. V tomto období se Záchraná služba Praha stává průkopníkem přednemocniční neodkladné péče v naší zemi. Zatímco v řadě míst obhajují zdravotníci záchranáři svoji holou existenci alespoň v organizačním rámci místních nemocnic, v Praze existuje jako samostatná, profesionálně vysoce zdatná organizace, po určitou dobu dokonce disponující vlastním lůžkovým resuscitačním oddělením (22).

Podobně jako v zahraničí se i u nás začala ZZS formovat od poloviny 70. let uvnitř oboru anesteziologie a resuscitace. Tento obor byl v letech 1955 až 1970 nástavbový a byl zaměřen toliko na problematiku anesteziologické péče. V roce 1971 byl rozšířen na »anesteziologii a resuscitaci« a byl zařazen mezi základní dvoustupňové obory. V souladu se situací v zahraničí pokrývá anesteziologickou péči, resuscitační péči, rychlou zdravotnickou pomoc a analgosedaci. Poskytování život zachraňujících výkonů i mimo nemocnici bylo anesteziologům blízké, protože měli dostatek zkušeností i dovedností k jejich úspěšné aplikaci. Logicky tudíž začalo po roce 1974 vytváření pracovišť rychlé zdravotnické pomoci v rámci ARO jako jeho stanice nebo v rámci nemocnice jako pracoviště přímo podřízené náměstkovi ředitele pro léčebně-preventivní péči. K vedení rychlé zdravotnické pomoci byli nejčastěji vybráni anesteziologové. Tak postupně vznikala pracoviště rychlé zdravotnické pomoci při nemocnicích v rámci tehdejších okresních úřadů národního zdraví a krajských úřadů národního zdraví (10).

Průkopníkem rychlé zdravotnické pomoci a rychlé lékařské pomoci jako systému v dobách pionýrských, nejen ve svém městě Ostravě, ale v celorepublikovém moderním pohledu, byl primář Dostál. Na jeho počest se konají Dostálovy dny, které jsou každoročním setkáním lékařů zdravotnických záchranných služeb a centrálních příjmů, záchranářů a sester a lékařů akutních stavů ve styčných oborech (1).

Rok 1987 je významným předělem v historii zdravotnického záchranářství u nás. Tehdy byl na letišti v Praze - Ruzyni oficiálně zahájen provoz prvního stanoviště letecké záchranné služby v tehdejší Československu. V roce 1987 je také – rovněž poprvé u nás – v Praze úspěšně zahájen provoz záchranné služby systémem rendez-vous, kdy lékař vyrazí na místo nehody rychlým osobním vozem a pomalejší a často vzdálenější velká “sanitka” přijíždí v případě potřeby za ním. Navíc ve většině případů není nutný doprovod pacienta lékařem při transportu a lékař je tak k dispozici pro další případ (22).

1.1.2 Vývoj ZZS v ČR po roce 1989

Změna společensko-ekonomického systému v Československu po listopadu v roce 1989 a v České republice po rozdělení Československa v roce 1993 přinesla zdravotnickým záchranným službám v ČR především investiční a organizační rozvoj. Období bezprostředně po roce 1990 probíhalo přednostně v zaměření na nákup moderních zařízení a přístrojů, což umožnilo otevřené tržní prostředí a příliv nabídek z vyspělých zemí. Zdravotnické záchranné služby obnovovaly především vozový park. Morálně i fyzicky zastaralá a nevhodná sanitní vozidla typu Škoda 1203 a Avia Furgon postupně mizela z provozu a na zásazích v terénu se začaly objevovat sanitky na podvozcích Renault, Mercedes, Ford a dalších značek. Zastaralé zdravotnické přístroje socialistického podniku Chirana byly nahrazovány moderními, multifunkčními přístroji především americké, německé a rakouské výroby. Na základnách zdravotnických záchranných služeb se začalo pracovat s prvními osobními počítači (10).

V první polovině 90. let se k investičnímu rozvoji přidal rozvoj organizační, jenž byl umožněn především vydáním dvou důležitých resortních norem: Vyhlášky č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě, a Vyhlášky č. 49/1993 Sb., o materiálním a technickém vybavení některých ambulantních provozů zdravotnických zařízení. Obě vyhlášky byly novelizovány v roce 1995. Důležitou se stala zejména novela č. 175/1995 Sb., o zdravotnické záchranné službě, která podrobněji definovala činnost ZZS, tvorbu sítě ZZS a zapojení ZZS do záchranného řetězce i do řešení krizových situací (10).

V současné době Ministerstvo zdravotnictví ČR pracuje na přípravě samostatného zákona o zdravotnických záchranných službách. Vznikající zákon o zdravotnické záchranné službě podporuje jak Komora záchranářů, tak Asociace zdravotnických záchranných služeb, obě mají k návrhům své připomínky (12).

1.2 Vznik záchranné služby v Jihočeském kraji

Počátky Záchranné služby v Jihočeském kraji se datují okolo roku 1923, kdy vzniká Dobrovolný zdravotnický sbor založený Václavem Bitzanem v Českých Budějovicích (23).

Za 2. světové války byl ve městě zřízen lazaret a Záchranná stanice se podílela na likvidaci zdravotních problémů. Německá armáda, která zde sídlila, měla však svoji "svozovou" jednotku pro svoje složky. Po bombardování na konci války jí byl zkonfiskován majetek a materiál, který po ní zůstal (zejména obvazový), byl využíván Záchrannou stanicí ještě dlouho po válce. Po 2. světové válce se ujal řízení Záchranné stanice magistrát města s tím, že pokračoval v modelu práce z 1. republiky. Rokem 1948 dochází ke změně v dopravě pacientů. Tuto službu přebírá Československý červený kříž. Oficiální název byl Zdravotnická dopravní služba. Nejprve se na výjezdech účastnili pouze řidiči, což nebyli žádní specialisté, a posléze se jejími členy stávali dobrovolní zdravotníci s výcvikem, kteří zároveň byli členy Československého

červeného kříže. Pokud bylo potřeba lékaře, dojelo se pro něj na příslušný obvod nebo do nemocnice (23).

V roce 1952 se socialistické zdravotnictví transformuje do ústavů národního zdraví. Červený kříž je v této době nucen vydat veškerá sanitní vozidla a tím ztrácí Zdravotnickou dopravní službu. Zároveň zanikají tzv. Stanice Červeného kříže a s tím poskytování první pomoci na vesnicích. V Českobudějovickém ústavu národního zdraví se začala koncipovat dopravní služba, která převzala úkoly bývalé Zdravotnické dopravní služby. V této době se již začíná mluvit o Záchraně službě. V roce 1957 již byli vypisováni lékaři (muži) ze všech oddělení ústavu národního zdraví na tzv. "lítačku", jak se Záchraně službě říkalo. Postupně byli vyčleňováni lékaři specialisté jen pro zásahy Záchraně služby. Prvním byl MUDr. Tuček, pod vedením primáře MUDr. Bárty, který tvořil Anesteziologicko-resuscitační oddělení (23).

Později, v roce 1978, po osamostatnění ARO od chirurgických oborů, začali jezdit pro ZS přes den výhradně lékaři anesteziologové a po dobu služeb to byli různí službu konající lékaři z různých oddělení. Záchraná služba měla v tomto období dvě výjezdové skupiny, které sestávaly ze dvou obyčejných sanitních vozů pouze s lékovým kufrem a zpočátku dokonce bez sestry. Od poloviny 80. let byly položeny základy budoucích ZZS v dalších několika regionech jihočeského kraje. V roce 1983 má Záchraná služba jednoho vlastního lékaře, kterým se stává MUDr. Jan Tuček a který je zároveň pověřen jejím vedením. Tento stav trval až do roku 1985, kdy se koncipovala Záchraná služba jako samostatné oddělení. Bylo vybudováno oddělení RZP - rychlé zdravotnické pomoci, které se skládalo z odpovědného lékaře a sestry v jednom voze a druhé výjezdové skupiny, v níž vyjížděli lékaři z chirurgického oddělení jako tzv. druhý zálohový vůz a dále speciální vůz pro převoz nedonošenců. V roce 1993 byla zřízena vlastní organizace a to Stanice záchraně služby KÚNZ - NsP. Současně je zřízeno stanoviště Letecké záchraně služby v Plané u Českých Budějovic. Provozovatelem byl vojenský útvar Bechyně. Tímto je vlastně zahájeno novodobé budování Záchraně služby Jihočeského kraje do dnešní podoby (23).

1.2.1 Organizace Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje

Příspěvková organizace Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje vznikla 1. července 2005 sloučením ÚSZS ČB, ZZS Tábor, ZZS Písek, ZZS Strakonice, ZZS J. Hradec a ZZS Prachatice. Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje je zřízena Jihočeským krajem jako samostatná příspěvková organizace tvořící jednotný funkční, organizační a hospodářský celek s právní subjektivitou. Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje vystupuje v právních vztazích svým jménem a nese odpovědnost z nich vyplývající (24).

Statutárním orgánem Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje (dále jen ZZS JČK) oprávněným jednat jejím jménem ve všech věcech je ředitel. Ředitele Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje jmenuje a odvolává Rada Jihočeského kraje (24).

1.2.1.1 Základní organizační členění ZZS JČK

Pod ředitelství ZZS JČK spadají: územní středisko zdravotnické záchranné služby České Budějovice a oblastní střediska zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje. Součástí územního střediska ČB a oblastních středisek JČK jsou zdravotnická operační střediska a výjezdová místa (24).

Vedoucími územního a oblastních středisek jsou lékaři, kteří odpovídají za zabezpečení úkolů přednemocniční neodkladné péče ve spádové oblasti. Územní a oblastní střediska jsou vybavena zdravotnickými, dopravními, spojovými a dalšími prostředky a pracovníky odborně způsobilými pro tuto činnost. Minimální vybavení územních a oblastních středisek je upraveno vyhláškou Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, v platném znění (19).

1.2.1.2 Činnost ZZS JČK

Základní úkoly Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje vyplývají z níže uvedené kapitoly. Dalším úkolem Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje je provozování protialkoholní záchytné stanice a akutní detoxikační jednotky pro děti a dorost. Dále může mimo své základní úkoly, pro které byla zřízena, provozovat doplňkovou činnost za předpokladu, že ve své hlavní činnosti plní úkoly stanovené zřizovatelem a že prostředky získané hospodářskou činností využívá též ke zkvalitňování své hlavní činnosti. ZZS JČK jako poskytovatel odborné přednemocniční neodkladné péče plní navíc i úkoly dle krizového, havarijního a obranného plánování odvíjeného od Ústavního zákona č.110/1998 Sb., O bezpečnosti České republiky. Tyto úkoly plní s ohledem na skutečnost, že ochrana života je nedílnou součástí Bezpečnostní strategie ČR (24).

1.2.1.3 Financování ZZS JČK

Odborná zdravotnická péče poskytovaná Zdravotnickou záchrannou službou Jihočeského kraje je dle seznamu zdravotních výkonů s určenými bodovými hodnotami hrazena zdravotními pojišťovnami na základě uzavřeného smluvního vztahu. Zdrojem financování části prokázaných provozních nákladů, které nelze hradit v rámci zdravotního pojištění, je příspěvek od zřizovatele. Financování investičních akcí je rovněž pokryto z dotace poskytnuté zřizovatelem. Dalším zdrojem financování mohou být též další příjmy, např. tržby z prodeje majetku, zdravotnické asistence, atd. (24)

1.3 Charakteristika zdravotnické záchranné služby

Zdravotnická záchranná služba (dále jen ZZS) je charakterizována vyhláškou 434/1992 Sb. o zdravotnické záchranné službě, v platném znění, kterou vydalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky dne 28. července 1992. Z této vyhlášky vyplývají povinnosti ZZS uvedené v následující podkapitole (19).

Náplní přednemocniční neodkladné péče je odborná zdravotnická první pomoc u stavů, které bezprostředně ohrožují život postiženého, mohou vést prohlubováním chorobných změn k náhlé smrti, způsobí bez rychlého poskytnutí odborné první pomoci trvalé chorobné změny, působí náhlé utrpení a náhlou bolest, působí změny chování a jednání postiženého ohrožující jeho samotného nebo jeho okolí (19).

1.3.1 Základní úkoly zdravotnické záchranné služby

Úkolem ZZS je prostřednictvím zdravotnického operačního střediska nepřetržitě zabezpečovat, organizovat a řídit prostřednictvím jednotného spojového systému kvalifikovaný příjem, zpracování a vyhodnocení tísňových výzev a určení nejvhodnějšího způsobu poskytování přednemocniční neodkladné péče. V návaznosti na to poskytnout nebo zajistit přednemocniční neodkladnou péči (dále jen PNP) na místě vzniku úrazu nebo náhlého onemocnění, při dopravě postiženého a při jeho předávání ve zdravotnickém zařízení odborně způsobilém k poskytování zdravotní péče při stavech uvedených výše. Dále poskytovat PNP při likvidaci zdravotních následků hromadných neštěstí a katastrof (19).

Mezi další úkoly patří doprava raněných, nemocných a rodiček v podmínkách PNP mezi zdravotnickými zařízeními, doprava související s plněním úkolů transplantačního programu a doprava raněných a nemocných v podmínkách PNP ze zahraničí do České republiky (19).

ZZS také zajišťuje koordinaci součinnosti s praktickými a žurnálními lékaři a s lékařskou službou první pomoci, rychlou přepravou odborníků k zabezpečení neodkladné péče do zdravotnických zařízení, která jimi nedisponují, popřípadě léků, krve a jejích derivátů a biologických materiálů, nezbytně potřebných k dalšímu poskytování již zahájené neodkladné péče (19).

Síť zdravotnické záchranné služby musí být organizována tak, aby byla zabezpečena dostupnost přednemocniční neodkladné péče a její poskytnutí do 15 minut od přijetí tísňové výzvy s výjimkou případů hodných zvláštního zřetele (19).

1.3.2 Výjezdové skupiny

Úkolem výjezdových skupin je poskytovat přednemocniční neodkladnou péči. Zásahy posádek zahrnují primární výkony, sekundární výkony a likvidaci zdravotních následků hromadných neštěstí, katastrof nebo jiných mimořádných situací v přednemocniční fázi. Primárními výkony se rozumí realizace požadavku zdravotnického operačního střediska k poskytnutí přednemocniční neodkladné péče včetně jízdy, popřípadě letu k postiženému, jeho vyšetření a ošetření, doprava do nejbližšího vhodného nebo smluvně zajištěného zdravotnického zařízení podle stupně postižení zdravotního stavu a spolupráce při akutním příjmu postiženého. Sekundárními výkony se rozumí doprava raněných, nemocných a rodiček v podmínkách přednemocniční neodkladné péče, mezi zdravotnickými zařízeními po předchozí dohodě příslušných zařízení. Při souběhu požadavků a omezeném počtu sil a prostředků má zabezpečení primárních výkonů přednost před zabezpečením výkonů sekundárních (19).

Výjezdové skupiny používají ke své činnosti speciálně upravené a vybavené pozemní nebo vzdušné dopravní prostředky, pracovní oděv a další potřeby pro výkon odborné činnosti. Činnost výjezdových skupin probíhá v nepřetržitém provozu; tato činnost má charakter činnosti u lůžka neodkladné péče a rizikové práce. Vyšetření a ošetření výjezdová skupina neposkytne v těch případech, kdy by jejich provedení vážně

ohrozilo zdraví nebo život členů skupiny. O své činnosti vede výjezdová skupina zvláštní dokumentaci (19).

Výjezdové skupiny se dělí na posádku rychlé zdravotnické pomoci, která je nejméně dvoučlenná, složená z řidičů - záchranářů nebo středních zdravotnických pracovníků - záchranářů, z nichž jeden je vedoucím skupiny. Další skupinou je posádka rychlé lékařské pomoci, která je nejméně tříčlenná. Jejími členy jsou pracovníci uvedení v posádce RZP a dále lékař, který je současně vedoucím skupiny. V posádce letecké záchranné služby je zdravotnická část posádky nejméně dvoučlenná ve složení lékař a záchranář (19)

Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje má celkem 25 výjezdových míst, včetně výjezdového místa sídlícího v prostorách Jaderné elektrárny Temelín. Výjezdové místo Frymburk je obsazeno personálem společnosti Trans hospital, která je soukromým provozovatelem záchranné služby. Výjezdové skupiny ZZS JČK pracují v tzv. systému rendez - vous. V tomto systému spolupracují posádky rychlé zdravotnické pomoci, rychlé lékařské pomoci a letecká záchranná služba. (24).

1.4 Základní zdravotnické právní předpisy pro ZZS

Článek 31 v usnesení předsednictva ČNR č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky stanoví, že každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění (zákon č. 48/1997 Sb., v platném znění) právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Zákon o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb. v platném znění §17, odst. 2 zmiňuje PNP a dopravu nemocných a §18 uvádí ZZS a odkazuje na vyhlášku MZ ČR o zdravotnické záchranné službě č. 434/1992 Sb., v platném znění. Další důležitou vyhláškou pro ZZS je vyhláška MZ ČR o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení č. 49/1993 Sb., v platném znění, kde je pro ZZS důležitá především část III. její přílohy. Ta určuje minimální stavebně - dispoziční, technické a sociální náležitosti, jež musí splňovat zařízení ZZS,

kategorizuje zdravotnické mobilní prostředky a předepisuje jejich nezbytné zdravotnické vybavení (2).

Dále je dobré zmínit z mnoha právních předpisů, které se týkají ZZS zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta č. 95/2004 Sb. v platném znění, zákon o nelékařských zdravotnických povoláních č. 96/2004 Sb. v platném znění, zákon o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních č. 160/1992 Sb. v platném znění, zákon o zdravotnických prostředcích č. 123/2000 Sb. v platném znění, zákon o ochraně veřejného zdraví č. 258/2000 Sb. v platném znění, vyhláška ČR o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení č. 207/1992 Sb. v platném znění a zákon o léčivech č. 79/1997 Sb. v platném znění (14).

Pro činnost ZZS v integrovaném záchranném systému jsou významné i další právní předpisy, zejména zákon o integrovaném záchranném systému č. 239/2000 Sb. v platném znění, vyhláška Ministerstva vnitra (dále MV) o některých podrobnostech zabezpečení integrovaného záchranného systému č. 328/2001 Sb. v platném znění, vyhláška MV k přípravě a provádění úkolů ochrany obyvatelstva č. 380/2002 Sb. v platném znění a krizový zákon č. 240/2000 Sb. v platném znění (4).

1.4.1 Poskytování zdravotní péče z pohledu legislativy

Poskytování zdravotní péče je upraveno obecně závaznými předpisy různých právních odvětví, které stanovují práva i povinnosti poskytovatelů i konzumentů zdravotní péče. Tyto předpisy tvoří právní řád České republiky, jehož charakteristickým znakem je jeho trvalý vývoj, kdy normy, které se přežily, jsou rušeny a nové právní normy jsou do právního řádu zařazovány (15).

Podle právní síly jsou právní předpisy hierarchicky uspořádané. Jako první to jsou prameny práva s právní silou ústavního zákona. Jedná se o mezinárodní smlouvy dle č. 10 Ústavy ČR (Úmluva o lidských právech a biomedicině) a ústavní zákony

(Ústava, Listina základních práv a svobod). Druhé jsou prameny práva s právní silou zákona, tzv. běžné zákony (zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu), zákonná opatření Senátu a nález Ústavního soudu. Pod třetí skupinu patří prameny práva s právní silou podzákonnou, jako nařízení vlády, předpisy ministerstev a jiných správních orgánů, právní předpisy orgánů územní samosprávy (15). Další možnosti jsou doporučené postupy Odborné společnosti, vnitřní směrnice ředitele ZZS či delegování pravomocí vnitřním předpisem, lékařem na místě zásahu či telefonicky a stav krajní nouze.

Krajní nouzi je myšleno ustanovení v §14 trestního zákona, kde je stanoveno, že čin jinak trestný, kterým někdo odvrací nebezpečí přímo hrozící zájmu chráněnému tímto zákonem, není trestným činem. Nejde o krajní nouzi, jestliže by bylo možno toto nebezpečí za daných okolností odvrátit jinak, nebo způsobený následek je zřejmě stejně závažný nebo ještě závažnější než ten, který hrozil (15).

1.4.2 Právní postavení, práva a povinnosti zdravotnických pracovníků

Uvažujeme-li o právním postavení, právech a povinnostech zdravotnických pracovníků, je nutno konstatovat, že zdravotnický pracovník obecně má mnoho velmi odpovědných a důležitých povinností a velmi málo práv. Z hlediska právní odpovědnosti patří zdravotnické povolání mezi nejexponovanější, kde je výkon povolání úzce spojen s vysokou mírou právní odpovědnosti každého, kdo toto povolání vykonává (14).

Ne vždy končí úsilí o záchranu života či zdraví úspěchem. Svědomitě a erudovaně postupující zdravotník si musí být jist, že taková situace nebude mít pro něho negativní důsledky, pokud svým zaviněním neporuší některou ze svých povinností. Jednou z nejzávažnějších záruk proti neodůvodněnému postihu zdravotníka je zákonné vymezení předpokladů a podmínek, při jejichž splnění lze teprve uvažovat o jeho právní odpovědnosti, resp. právních důsledcích této odpovědnosti. Takovými nepominutelnými předpoklady jsou především protiprávnost, zavinění a příčinná souvislost (2).

1.4.2.1 Protiprávní jednání

Protiprávní jednání spočívá v porušení povinnosti uložené platným právním předpisem, ale také smlouvy. Protiprávního jednání se osoba může dopustit buď aktivně, tedy tím, že koná něco, co nesmí, a co je tedy v rozporu s její povinností vycházející z právního předpisu či smlouvy (např. poruší povinnost mlčenlivosti), anebo i pasivně, kdy naopak nekoná to, k čemu je podle právního předpisu či smlouvy povinna (např. neposkytnutí první pomoci). Za protiprávní jednání lze považovat i nedodržení postupu daného metodickým doporučením, nedodržení platných standardů nebo postupů "lege artis" či neuposlechnutí příkazu nadřízeného (16).

Povinnost poskytovat zdravotní péči v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy neboli postupovat "lege artis" je stanovena zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění. Posouzení co je "lege artis" a co nikoli ("non lege artis") však může být složité a přísluší pouze lékařské vědě (2).

1.4.2.2 Zavinění

Zaviněním se rozumí vnitřní psychický stav osoby, která protiprávně jedná. Rozeznáváme zavinění ve formě úmyslu, a to buď úmyslu přímého, nebo nepřímého a ve formě nedbalosti, a to nedbalosti vědomé a nevědomé (16).

Ve zdravotnictví se jen zcela výjimečně zjišťuje úmysl přímý (kdy pachatel protiprávně způsobí škodu zcela úmyslně), o něco častěji úmysl nepřímý (kdy byl s takovou škodou srozuměn, ač ji přímo nezamýšlel - např. neposkytnutí první pomoci při srozumění s možností následné újmy na zdraví postiženého). Mnohem častěji jsou ve zdravotnictví škody z nedbalosti, ať už nedbalosti vědomé, kdy zdravotník bez přiměřených důvodů spoléhá, že ke škodlivému následku nedojde, nebo nedbalosti nevědomé, kdy zdravotník o možnosti škodlivého následku nevěděl, leč vědět mohl a měl (9). Je třeba upozornit, že neznalost je kvalifikována jako nedbalost nevědomá, a proto neznalost neomlouvá, ale pouze vysvětluje (16)

.1.4.2.3 Příčinná souvislost

Příčinná souvislost je vztah mezi protiprávním jednáním a škodlivým následkem. Musí být jednoznačně prokázána a musí jít o bezprostřední příčinnou souvislost, tj. příčina musí být dostatečným (nikoliv však jediným) impulzem ke vzniku škodlivého následku. Škodlivý následek může mít povahu hmotnou, kdy se jedná o poškození nebo zničení konkrétní hmotné věci, ale může mít i charakter nehmotný, poškození zdraví, dobrého jména nebo cti (16).

1.4.3 Právní odpovědnost zdravotnického pracovníka

Zásady odpovědnosti plynoucí z právních norem mají na jedné straně přispívat k pocitu právní jistoty, na druhé straně však hrozbou potenciálních sankcí musí působit i jako jeden ze stimulů ke kvalitnímu výkonu činnosti. Ve zdravotnictví přichází v úvahu nejčastěji právní odpovědnost trestní, občanskoprávní a pracovněprávní (2).

1.4.3.1 Trestněprávní odpovědnost

Základ trestněprávní odpovědnosti má oporu zejména v trestním zákoně. V podmínkách českého právního řádu může být trestněprávně odpovědná pouze fyzická osoba. Při poskytování zdravotní péče lze tedy volat k odpovědnosti pouze konkrétního zdravotnického pracovníka (19). Typickými případy trestných činů ve zdravotnictví jsou ublížení na zdraví, neoprávněné nakládání s osobními údaji, neposkytnutí první pomoci osobě v nebezpečí smrti nebo jevící známky vážné poruchy zdraví, způsobení nebo zvýšení nebezpečí rozšíření nakažlivé nemoci, přijetí úplatku, majetkové trestné činy a další (2).

1.4.3.2 Občanskoprávní odpovědnost

Občanskoprávní odpovědnost je pojem zahrnující odpovědnost za škodu, za vady a za prodlení. V našem případě se budeme věnovat pouze odpovědnosti za škodu, jak je upravena v § 420 a následujících občanského zákoníku. Občanskoprávní odpovědnost za škodu může vzniknout jak osobě fyzické (zdravotnický pracovník), tak osobě právnické (zdravotnické zařízení) (16).

Ve zdravotnictví se nejčastěji týká vztahu zdravotnického zařízení k pacientovi. Porušení právní povinnosti postupovat "lege artis" (např. nesprávnou indikací, aplikací či provedením léčebného úkonu nebo postupu) zakládá, pokud by v jeho důsledku došlo k poškození zdraví pacienta, odpovědnost zdravotnického zařízení za vzniklou škodu na zdraví podle příslušných ustanovení občanského zákoníku a tomu odpovídající právo poškozeného (nebo jeho pozůstalých) na náhradu škody. Tím pochopitelně není ještě vyloučena trestní či pracovně právní odpovědnost zdravotnického pracovníka (2).

1.4.3.3 Pracovněprávní odpovědnost

Základní vztahy mezi zaměstnanci a zaměstnavateli jsou stanoveny především Zákoníkem práce (dále ZPr), který upravuje zejména vznik, změnu a zánik pracovního poměru, povinnosti zaměstnanců a zaměstnavatelů, pracovní dobu a dobu odpočinku, práci přesčas, odměnu za vykonanou práci, překážky v práci, dovolenou na zotavenou, bezpečnost a ochranu zdraví při práci, odpovědnost za škodu atd. (2). S ohledem na zaměření činnosti zdravotnického pracovníka může být zaměstnanec volán zejména k obecné pracovněprávní odpovědnosti za škodu podle § 172 ZPr, odpovědnosti za ztrátu svěřených předmětů podle § 178 ZPr, podle § 73 ZPr, ve kterém jsou stanoveny základní povinnosti zaměstnance, podle § 74 ZPr, kde jsou stanoveny základní povinnosti vedoucích pracovníků (16).

1.5 Zdravotnický záchranář

Zdravotnický záchranář je zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti (20). Za výkon povolání zdravotnického záchranáře se považuje činnost v rámci specifické ošetrovatelské péče na úseku neodkladné, anesteziologicko-resuscitační péče a akutního příjmu. Dále se zdravotnický záchranář podílí na neodkladné léčebné a diagnostické péči (21). Předpokladem pro úspěšný výkon povolání je získání odborné způsobilosti, fyzická i psychická zdatnost, zejména efektivní neverbální a verbální chování, vysoká míra sebekontroly, schopnost vhledu do dané krizové situace, zručnost, schopnost rychlého rozhodování, spolehlivost (2). Povolání je vykonáváno na místě nehod, havárií, živelních pohrom apod. Je třeba počítat s měnícími se klimatickými podmínkami, s těžko přístupnými objekty práce i s prací na směny (11).

1.5.1 Získání odborné způsobilosti zdravotnického záchranáře

Způsobilost k výkonu povolání zdravotnického záchranáře má ten, kdo má odbornou způsobilost podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních 96/2004 Sb. v platném znění, nebo jemuž byla uznána odborná kvalifikace k výkonu zdravotnického povolání v souladu s ustanoveními hlavy VII nebo VIII tohoto zákona, je zdravotně způsobilý a je bezúhonný (21).

Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotnického záchranáře se získává absolvováním akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu zdravotnických záchranářů nebo nejméně tříletého studia v oboru diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšších zdravotnických školách, či střední zdravotnické škole v oboru zdravotnický záchranář, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1998/1999. Zdravotnický záchranář, který získal odbornou způsobilost studiem střední zdravotnické školy v oboru zdravotnický záchranář, může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání

zdravotnického záchranáře. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem (21).

Zdravotní způsobilost musí být doložena lékařským posudkem vydaným na základě lékařské prohlídky. Zdravotní způsobilost se zjišťuje před zahájením výkonu povolání, po přerušení výkonu povolání na dobu delší než 3 roky, v případě důvodného podezření, že došlo ke změně zdravotního stavu zdravotnického záchranáře, aj. (21).

Za bezúhonného se pro účely tohoto zákona považuje ten, kdo nebyl pravomocně odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody pro úmyslný trestný čin spáchaný v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, nebo ten, na něhož se hledí jako by nebyl odsouzen. Bezúhonnost se dokládá výpisem z evidence Rejstříků trestů, který nesmí být starší než tři měsíce (14). Doklad o bezúhonnosti se vyžaduje vždy před zahájením výkonu povolání zdravotnického záchranáře nebo též v jiných odůvodněných případech (21).

1.5.2 Registr zdravotnických pracovníků

V Registru jsou zpracovávány údaje žadatelů, které slouží k vydání Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Jeho držitelé jsou zapsáni do Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Registr je součástí Národního zdravotnického informačního systému (5).

Hlavním cílem registrace nelékařských zdravotnických povolání je ochrana veřejnosti založená na principu celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků. Průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků vede ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče a jiných činností s tím souvisejících. Vysoká kvalita poskytované péče napomáhá ke zvyšování úrovně a prestiže nelékařských zdravotnických profesí. Držitelé osvědčení mohou užívat označení registrovaný/á, a proto je vhodné, aby veřejnost seznamovali s

jeho významem. Jen tak mohou vyzvednout význam registrace pro naše pacienty, klienty a podtrhnout snahu o poskytování co nejlepší péče. Registrace, respektive vydávání Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, je dobrovolný akt, záleží na osobním rozhodnutí každého zdravotnického pracovníka. Pokud zdravotnický pracovník nezískal osvědčení a registraci, bude moci pracovat pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu činností bez odborného dohledu (5).

K vydání Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu je nutné podat čitelně vyplněnou žádost opatřenou kolkem v hodnotě 500, – Kč, který zpoplatňuje přijetí žádosti. Je nutné doložit úředně ověřené doklady o odborné způsobilosti, výpis o výkonu zdravotnického povolání a získání minimálně 40 kreditů z celoživotního vzdělávání (5). Mezi formy celoživotního vzdělávání patří specializační vzdělávání, certifikované kurzy, inovační kurzy, odborné stáže v akreditovaných zařízeních, účast na seminářích, školicích akcích, odborných konferencích, kongresech a sympoziích, publikační, pedagogická a vědecko-výzkumná činnost, vypracování metodiky, studium navazujících studijních programů na VŠ a VOŠ (17).

Absolventi VZŠ a kvalifikačních vysokoškolských studijních programů mohou využít možnosti podání žádosti do 18 měsíců od získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání bez nutnosti dokládání výkonu povolání a účasti na celoživotním vzdělávání. Ministerstvo zdravotnictví rozhodne o vydání osvědčení do 30 dnů. Osvědčení se vydává na období 6 let, má novou podobu rozhodnutí a nabývá právní moci uplynutím odvolací lhůty. Odvolací lhůta činí 15 dnů ode dne oznámení rozhodnutí. Zdravotnický pracovník uvedený v Registru je povinen neprodleně písemně oznámit veškeré změny do Registru zdravotnických pracovníků. Platnost osvědčení může být zdravotnickému pracovníkovi prodloužena na období dalších 6 let, pokud požádá o jeho prodloužení nejpozději 60 dnů před skončením platnosti již vydaného osvědčení a jsou-li splněny podmínky dle § 67 odst. 2 písm. b) zákona č. 96/2004 Sb. (5)

1.6 Kompetence zdravotnického záchranáře

Činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků stanoví vyhláška 424/2004 Sb. v platném znění. Výkony zdravotnického záchranáře, které může vykonávat bez indikace lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta popisuje § 3 odstavec 1 a § 17 odstavec 1. Odstavec 2 § 17 popisuje výkony, ke kterým je zdravotnický záchranář způsobilý na základě indikace lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta. Indikací se rozumí pověření k výkonu činnosti na základě pokynu, ordinace, objednávky nebo lékařského předpisu (18).

1.6.1 Činnosti zdravotnického záchranáře podle § 3 odstavec 1

Zdravotnický záchranář bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy, dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu se zvláštními právními předpisy, vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající ze zvláštních právních předpisů, pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení, poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře (18).

Zdravotnický záchranář se dále podílí na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných středními školami a vyššími odbornými školami, v akreditovaných zdravotnických studijních programech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných vysokými školami v České republice a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů a podílí se na přípravě standardů (18).

1.6.2 Činnosti zdravotnického záchranáře podle § 17 odstavec 1

Bez odborného dohledu a bez indikace, v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby a v rámci akutního příjmu, zdravotnický záchranář poskytuje specifickou ošetrovatelskou péči (18).

To znamená, že monitoruje a hodnotí vitální funkce včetně snímání elektrokardiografického záznamu, průběžného sledování a hodnocení poruch rytmu. Vyšetřuje a monitoruje pulzním oxymetrem. Zajišťuje periferní žilní vstup. Provádí první ošetření ran, včetně zástavy krvácení. Zajišťuje nebo provádí bezpečné vyproštění, polohování, imobilizaci a transport pacientů a zajišťuje bezpečnost pacientů během transportu. Dále obsluhuje a udržuje vybavení všech kategorií dopravních prostředků, řídí pozemní dopravní prostředky, a to i v obtížných podmínkách jízdy s využitím výstražných zvukových a světelných zařízení. Zdravotnický záchranář provádí orientační laboratorní vyšetření určená pro urgentní medicínu a orientačně je posuzuje. Podílí se na řešení následků hromadných neštěstí v rámci integrovaného záchranného systému. V případě potřeby zajišťuje péči o tělo zemřelého. Zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení léčivých přípravků, manipulaci s nimi a jejich dostatečnou zásobu. Zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.(18)

1.6.3 Činnosti zdravotnického záchranáře podle § 17 odstavec 2

Zdravotnický záchranář se v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby a v rámci akutního příjmu, podílí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře na poskytování diagnostické a léčebné péče (18).

Zdravotnický záchranář provádí kardiopulmonální resuscitaci s použitím ručních křísicích vaků, včetně defibrilace srdce. Zajišťuje dýchací cesty dostupnými pomůckami. Zavádí a udržuje inhalační kyslíkovou terapii a zajišťuje přístrojovou ventilaci s parametry určenými lékařem. Dále pečuje o dýchací cesty pacientů i při

umělé plicní ventilaci. Podává léčivé přípravky, včetně krevních derivátů. Zdravotnický záchranář spolupracuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků a ošetřuje pacienta v průběhu aplikace a ukončuje ji. Provádí katetrizaci močového měchýře dospělých a dívek nad 10 let. Odbírá biologický materiál na vyšetření. Zdravotnický záchranář asistuje při překotném porodu a provádí první ošetření novorozence (18).

1.7 Diagnostika v urgentní medicíně

Diagnóza je vyjádřením nozologické jednotky, popřípadě syndromu s konsenzuálně odborně vymezenou charakteristikou, tj. etiologií, patofyziologií, klinickým obrazem a vývojem, s reflexí v komplementárních vyšetřeních. Stanovení diagnózy je lékařský výkon na základě informací o pacientovi, o úrazovém mechanismu, o vzniku postižení zdraví, o obtížích, příznacích, výsledcích vyšetření i o průběhu. Je lékařským rozhodováním o jejich relevanci a validitě, jejich syntetickým zhodnocením a závěrečným vyjádřením (10).

V urgentní medicíně je přesná, jednoznačná a okamžitá diagnóza menšinová. Nedostatek informací z anamnézy, o vzniku příhody a omezenost prvního vyšetření vedou zejména v přednemocniční neodkladné péči k nejistotě, tj. k rozhodování mezi více diagnózami, na něž lze mít podezření, protože jejich vedoucí obtíže i příznaky si jsou podobné. Diferenciální diagnostika a její umění jsou zde obzvláště důležité. Diferenciální diagnostika znamená postupné zúžení uvažovaných nozologických jednotek a syndromů na jednu základní, která vystihuje klinickou determinantu. K hlavní diagnóze poté připojuje další podstatné diagnózy, které vyjadřují sekundární inzult, a dále celkový stav pacienta, daný i komorbiditou a komplikacemi (10).

Symptomatická diagnóza je snadnější, má deskriptivní ráz aktuálního stavu. Nedostatek údajů i vymezenost prvního vyšetření vedou k nejistotě až riziku, tj. k rozhodování mezi více diagnózami, na něž je podezření a u nichž je riziko nesprávně zvolené léčby vyšší. Pravděpodobnost diagnózy se vyjádří slovy susp. (suspektní) nebo v. s. (veri similiter) a diagnózy se řadí za sebou v sestupném pořadí podle pravděpodobnosti (10).

1.8 Základní farmakologie

Farmakologie je interakce mezi cizorodými látkami a živými organismy. Nemusí to být jen léky, zabývá se i interakcí kontrastních a radionuklidových látek. Mechanismus působení léčiv v těle popisuje farmakodynamika. Účinek léku je terapeutický nebo vedlejší, ten může být dále nezávažný či závažný (toxický, alergický, genetický). Časový průběh osudu léku v organismu popisuje farmakokinetika. Dělí se na fáze absorpce, distribuce, metabolismu, eliminace (9).

Mezi důležité pojmy pro podávání léků patří distribuční objem (objem biologického prostředí, do kterého je lék roznesen), poločas eliminace (čas, při kterém klesne množství léku v organismu na polovinu), celková clearance (↑ celková clearance, tím ↓ poločas rozpadu) a biologická dostupnost (jaká část po eliminaci je dostupná v místě, kde má lék působit) (9).

Podané množství léku vytváří hladinu léku v organismu. Podprahová hladina nepůsobí žádný léčebný účinek, dávka je nedostatečná a zbytečná. Jedná se o plýtvání podaným lékem, ale může se projevit vedlejším účinkem při nulovém terapeutickém účinku. Prahová hladina je nejnižší dávka léku, která má léčebný účinek. Toxická hladina se projeví toxickým účinkem nebo závažným vedlejším účinkem, kdy se stává jedem. Letální hladina je dávka smrtelná (9).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1. Cíle práce

Cíl 1: Porovnat názory lékařů a záchranářů ke kompetencím zdravotnického záchranáře v posádce rychlé zdravotnické pomoci.

Cíl 2: Zmapovat situaci na jednotlivých pracovištích záchranných služeb v jihočeském kraji.

2.2. Hypotézy

H 1: Většina zdravotnických záchranářů považuje své kompetence, vzhledem k svému vzdělání, za nedostačující.

H 2: Většina lékařů považuje kompetence zdravotnického záchranáře za dostačující.

H 3: Většina zdravotnických záchranářů má odpovídající odborné znalosti o rozsahu svých kompetencí.

3. METODIKA

3.1. Metoda a technika sběru dat

V práci byla využita metoda kvantitativního výzkumu. Jako technika sběru dat byl použit anonymní dotazník, který byl rozdán lékařům a zdravotnickým záchranářům pracujících na ZZS Jihočeského kraje. Dotazník obsahoval celkem 13 otázek pro lékaře a 20 otázek pro zdravotnické záchranáře. První část dotazníku se týkala přímo respondentů, jejich věku, pracovního zařazení, dosaženého vzdělání a praxe v oboru. Druhá část dotazníku byla zaměřena na získání vlastních názorů na současné kompetence zdravotnického záchranáře v RZP a na osobní zkušenosti ohledně jejich uplatňování. Součástí dotazníku byl znalostní test pro zdravotnické záchranáře, který obsahoval 8 otázek. Sedm otázek se týkalo kompetencí ZZ, tak jak je uvádí vyhláška 424/2004 Sb. V poslední otázce byla testována znalost medikací z doporučených postupů vydaných odbornou společností urgentní medicíny a medicíny katastrof. Cílem testu bylo zjistit, jak zdravotničtí záchranáři znají rozsah svých kompetencí.

3.2. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili lékaři a zdravotničtí záchranáři pracující na výjezdových místech ZZS Jihočeského kraje. Dotazníky byly rozdány v období června a července roku 2009 na výjezdových místech České Budějovice, Písek, Milevsko, Český Krumlov a Suchdol nad Lužnicí. Z celkového počtu 100 rozdaných dotazníků jich respondenti vyplnili 58. Návratnost tedy byla 58 %. Pro neúplnost bylo nutné 9 dotazníků vyřadit. Z celkového počtu 49 správně vyplněných dotazníků jich bylo 10 vyplněno lékaři a 39 zdravotnickými záchranáři.

4. VÝSLEDKY

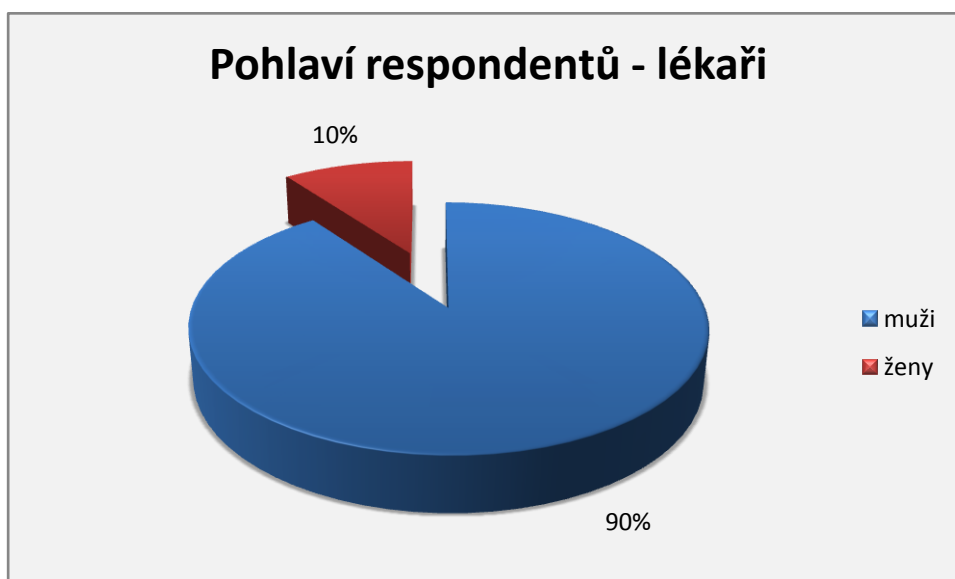
Graf 1



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

Z celkového počtu správně vyplněných dotazníků tvoří zdravotničtí záchranáři 80 % a lékaři 20 %.

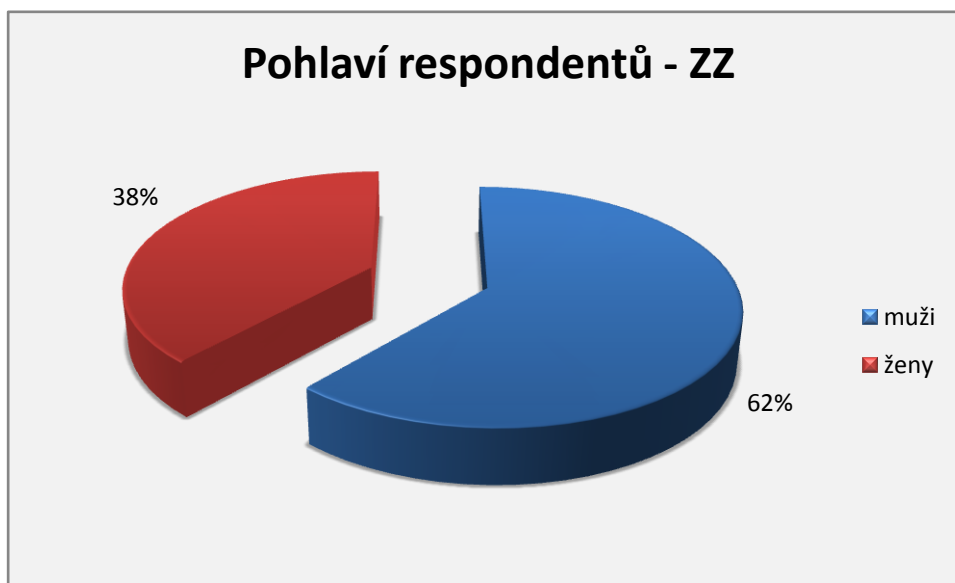
Graf 2



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

Pokud se zaměříme na pohlaví respondentů-lékařů, zjistíme, že 10 % výzkumného vzorku tvoří ženy, 90 % muži.

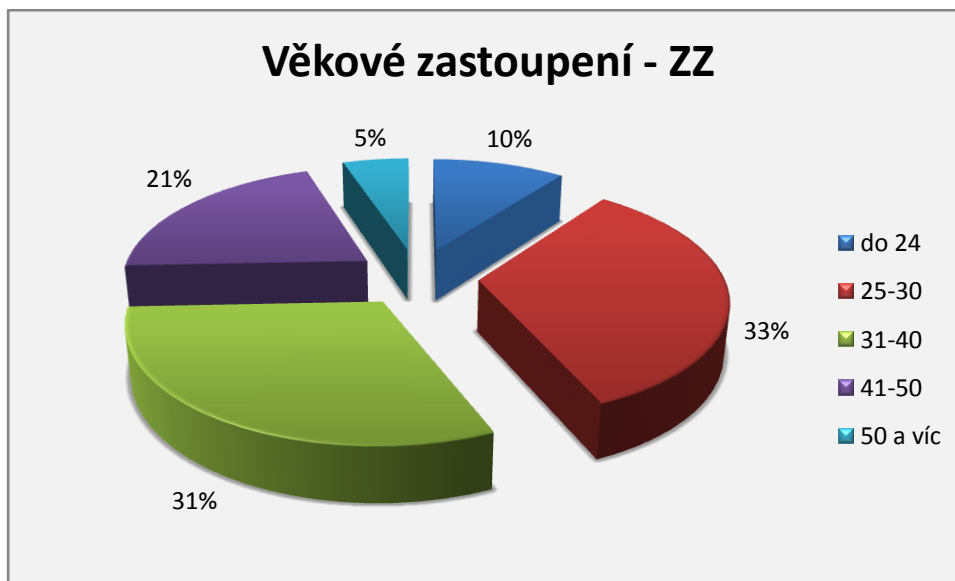
Graf 3



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

Pokud hodnotíme pohlaví respondentů-zdravotnických záchranářů, zjistíme, že 38 % tvoří ženy a 62 % muži. Podobně jako v případě lékařů, i mezi zdravotnickými záchranáři dominují - z hlediska pohlaví - muži.

Graf 4



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

V případě hodnocení věku zdravotnických záchranářů z výzkumu vyplynulo, že největší zastoupení má věková kategorie 25 až 30 let, tvoří 33 %. Druhá nejpočetnější skupina zastoupena z 31 % tvoří věková kategorie od 31 do 40 let. Tyto dvě věkové skupiny jsou zastoupeny téměř rovnoměrně. Následuje kategorie od 41 do 50 let (21 %), do 24 let (10 %), nejméně zastoupena je kategorie 50 a více let, tvoří pouhých 5 % výzkumného souboru.

Graf 5



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

U lékařů je situace odlišná - tento fakt je dán mj. i délkou potřebného vzdělání pro výkon lékařské profese. Nejvíce je zastoupena věková kategorie 41 až 50 let (60 %), 40 % lékařů je ve věku od 31 let do 40 let. Jiná kategorie zastoupena není.

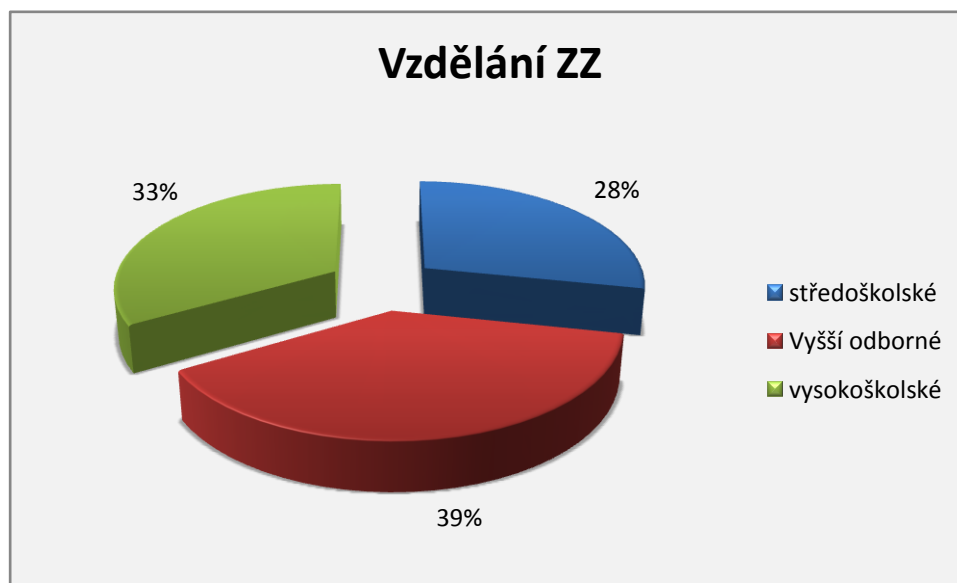
Graf 6



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

Všichni lékaři mají vysokoškolské vzdělání, které je minimálním předpokladem pro výkon profese lékaře.

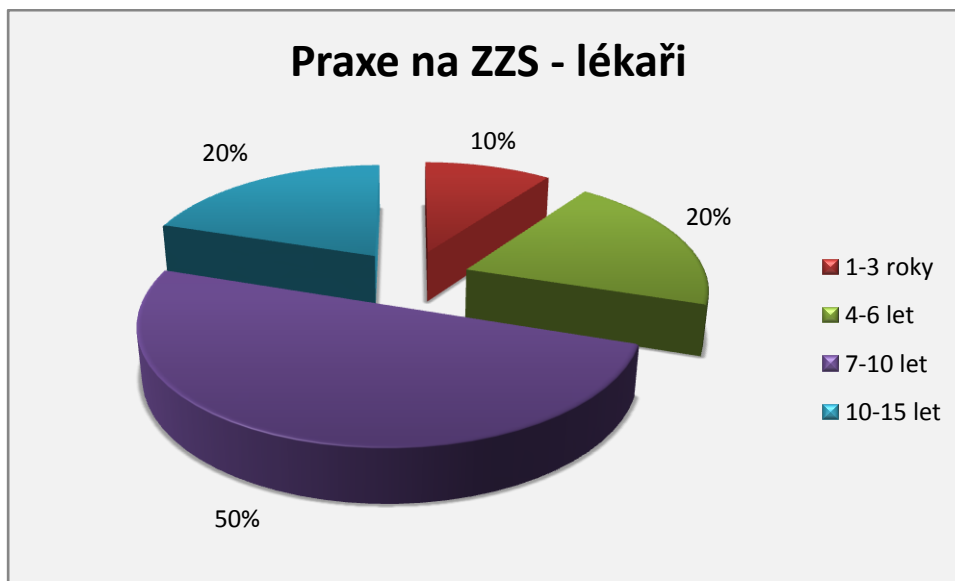
Graf 7



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

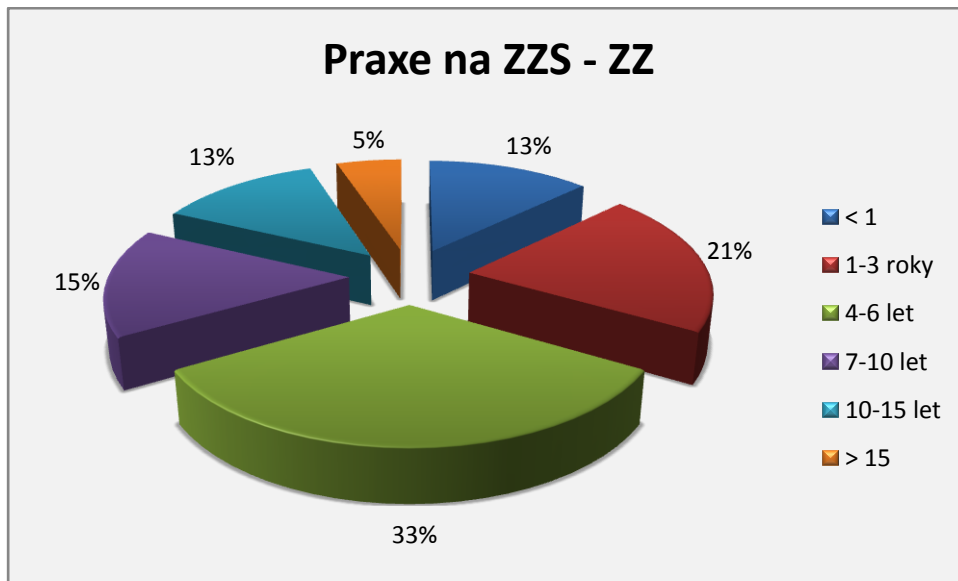
Na výjezdových místech ZZS JčK má z výzkumného vzorku středoškolské vzdělání 28 % zdravotnických záchranářů. Vyšší odbornou školu vystudovalo 39 % zdravotnických záchranářů. Bakalářské studium na vysoké škole absolvovalo 33 % zdravotnických záchranářů. Z výzkumu tedy vyplynulo, že necelé 3/4 všech záchranářů mají vyšší vzdělání než středoškolské.

Graf 8



Pokud hodnotíme délku praxe na ZZS u lékařů, zjistíme, že největší zastoupení má kategorie od 7 do 10 let (50 %). Následuje kategorie 4 až 6 let a kategorie 10 až 15 let, obě skupiny jsou zastoupeny 20 %. Zbývajících 10 % tvoří lékaři pracující na ZZS více jak 1 rok, maximálně však 3 roky.

Graf 9



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

Na výjezdových místech ZZS JČK pracuje méně než 1 rok 13 % zdravotnických záchranářů. Po dobu 1 až 3 let zde pracuje 21 %. V rozmezí 4 až 6 let to je 33 %. V délce 7 - 10 let praxi na ZZS vykonává 15 % záchranářů. V rozmezí 10 až 15 let to je 13 %. Více než 15 let na ZZS pracuje 5% zdravotnických záchranářů. Z výzkumu je tedy zřejmé, že největší zastoupení má kategorie s rozsahem praxe od 4 do 6 let, tvoří 33 %, což je 1/3 vzorku zastoupená zdravotnickými záchranáři.

Graf 10



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

Výše uvedené grafické znázornění vyjadřuje názory lékařů k otázce zvyšování kompetencí ZZ v závislosti na délce pracovního poměru u ZZS. Pro variantu zvyšování kompetencí, podle délky odpracovaných let, se vyjádřilo 30 % lékařů. S touto variantou nesouhlasí 70 % dotazovaných lékařů.

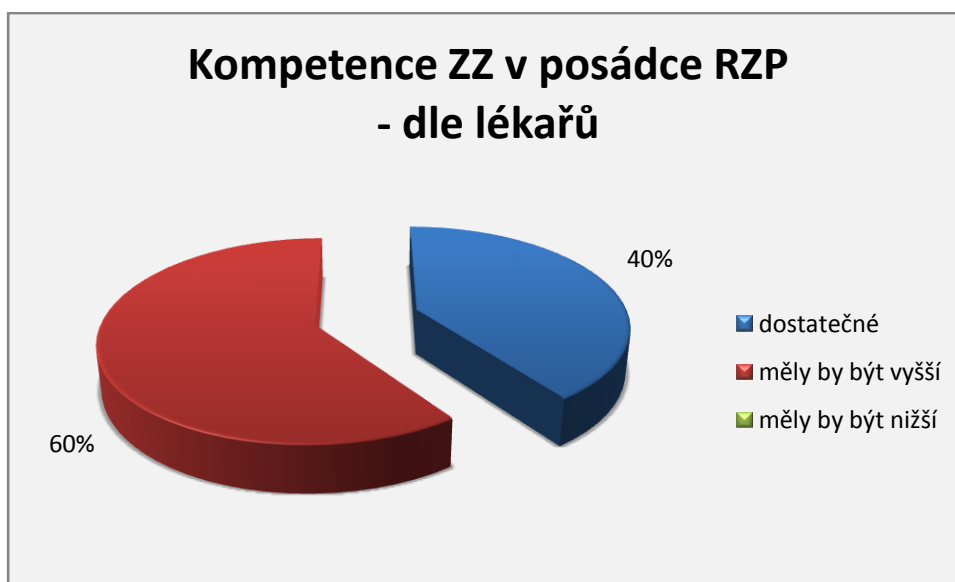
Graf 11



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

U stejné otázky, jako v předchozím grafu se kladně vyjádřilo 38 % zdravotnických záchranářů. Nesouhlas se zvyšováním kompetencí, v závislosti na délce odsloužených let, vyjádřilo 62 % zdravotnických záchranářů.

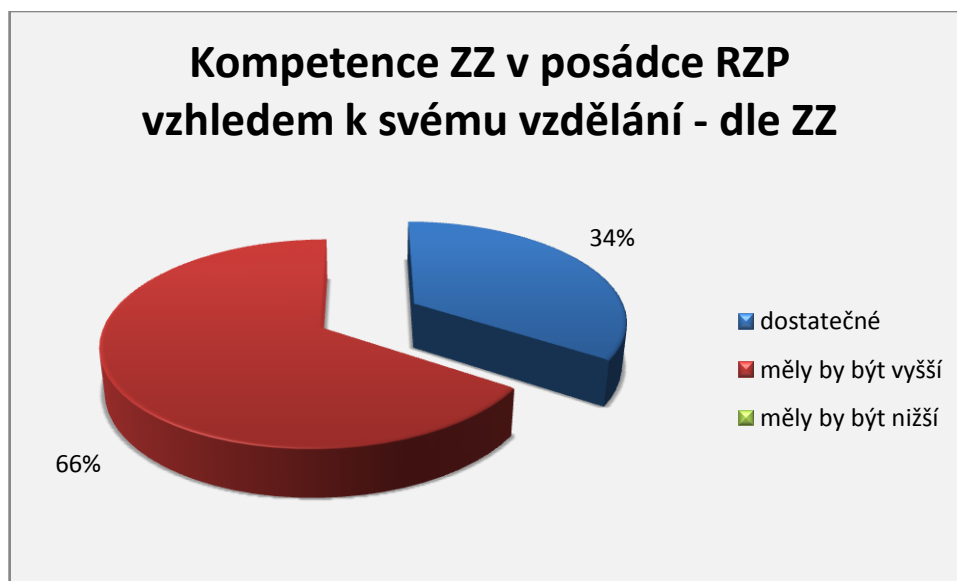
Graf 12



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

V uvedeného grafu je zřejmé, že kompetence ZZ v posádce RZP považuje 40 % lékařů za dostatečné. Vyšší kompetence by měly být podle 60 % lékařů. Žádný lékař si nemyslí, že by měly být kompetence nižší.

Graf 13



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

Pokud hodnotíme rozsah kompetencí z pohledu ZZ, zjistíme, že 34 % zdravotnických záchranářů je považuje za dostatečné. Vyšší kompetence by měly být podle 66 % zdravotnických záchranářů. Nikdo ze zúčastněných si nemyslí, že by měly být kompetence nižší.

Graf 14



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

Graf 14 jasně ukazuje, že zvyšování kompetencí ZZ v následujících letech považuje za pravděpodobné 100 % lékařů.

Graf 15



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

Z následujícího grafu však vyplývá, že při zvýšení kompetencí ZZ, je současné získávání odborné způsobilosti k výkonu povolání zdravotnického záchranáře nedostatečné pro 90 % lékařů. Zatímco 10 % lékařů si myslí, že současné získávání odborné způsobilosti je dostačující pro navýšení kompetencí ZZ.

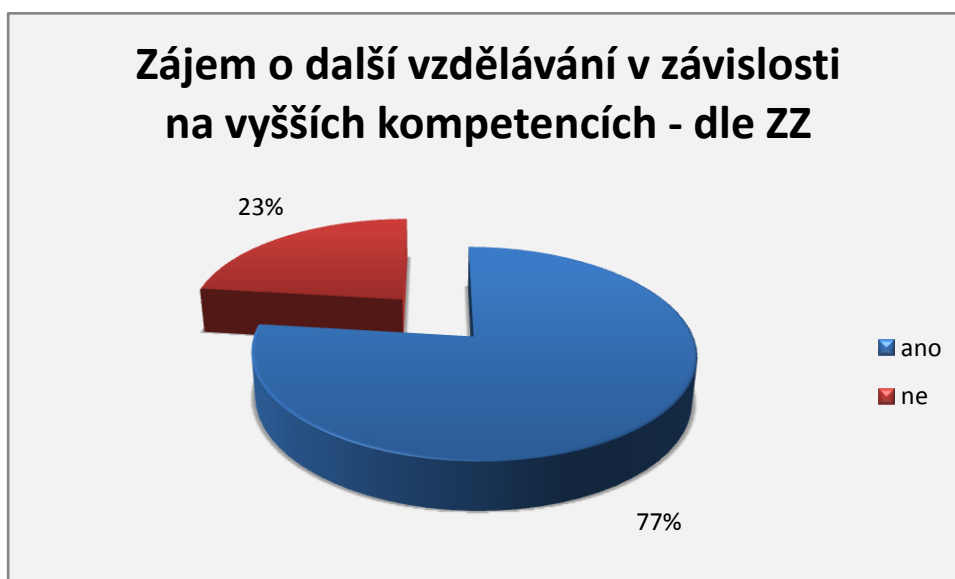
Graf 16



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

V případě zvýšení kompetencí, vidí jako nutnost dalšího vzdělání v diferenciální diagnostice 92 % zdravotnických záchranářů. Zbýlých 8 % procent si myslí, že znalosti v diferenciální diagnostice mají dostatečné.

Graf 17



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

Graf č. 17 ilustruje, do jaké míry jsou ZZ ochotni se vzdělávat, jestliže by to znamenalo navýšení kompetencí. Možnost získat vyšší kompetence dalším vzděláváním, by využilo 77 % zdravotnických záchranářů. Naopak 23 % zájem o další vzdělávání, které by jim přineslo vyšší kompetence, nemá.

Graf 18



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

Graf č. 18 ilustruje stanovisko zdravotnických záchranářů k míře překračování svých kompetencí během výkonu služby. Své kompetence překračuje 38 % ZZ, což je více jak 1/3 výzkumného vzorku tvořená zdravotnickými záchranáři. Zbýlých 62 % své kompetence nepřekračuje.

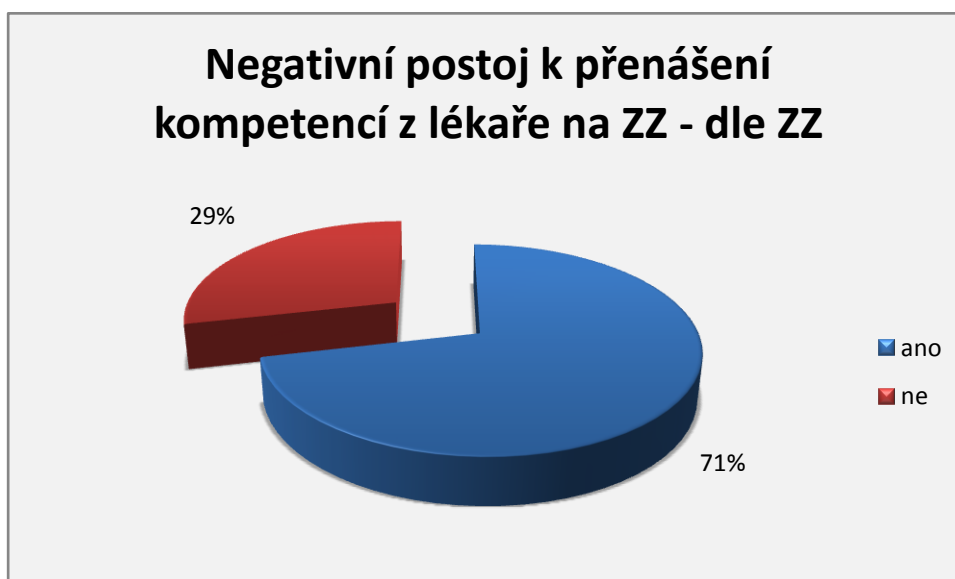
Graf 19



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

S požadavkem lékaře, na provedení výkonu nad rámec kompetencí ZZ se setkala 54 % dotazovaných zdravotnických záchranářů. Téměř polovina respondentů, 48 %, se s tímto požadavkem dosud neseťkalo.

Graf 20



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

Podle grafu 20 se z 54 % záchranářů, kteří se setkali s požadavkem lékaře na provedení výkonu nad rámec kompetencí ZZ, 71 % vyjádřilo, že jim vadí, když na ně lékaři přenášejí své kompetence. Přenášení kompetencí z lékaře na záchranáře nevadí 29 %.

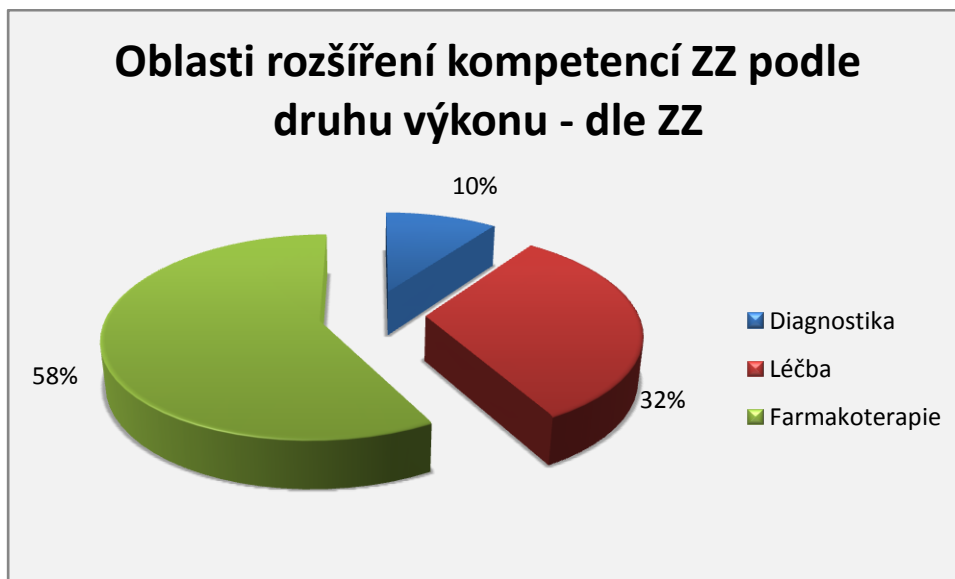
Graf 21



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

Graf č. 21 procentuelně znázorňuje úroveň znalostí respondentů-zdravotnických záchranářů v oblasti svých kompetencí. Pro účely výzkumu byla úroveň znalosti kompetencí rozdělena do 4 kategorií. „Výbornou znalost“ mají ti zdravotničtí záchranáři, kteří získali minimálně 10 bodů z 11 možných, tvoří 21 % výzkumného vzorku. „Dobrou znalost“ mají ti, kteří získali v bodovém hodnocení minimálně 8 bodů z 11, tvoří 69 % výzkumného vzorku. „Špatnou znalost“ prokázali zdravotničtí záchranáři, kteří absolvovali test s počtem méně jak 8 bodů, tato skupina je zastoupena 10 %. Neznalost neprokázal žádný z respondentů. Neznalostí byl hodnocen bodový zisk menší než 4 body.

Graf 22



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

V grafu č. 22 jsou procentuelně vyjádřeny oblasti, ze kterých byly nejčastěji zmiňovány výkony, které by zdravotničtí záchranáři požadující vyšší kompetence, zařadili mezi kompetence ZZ bez indikace lékaře. Nejvíce, a to 58 % výkonů, se týká farmakoterapie. Jde zejména o aplikaci analgetik. Výkony týkající se léčby se podílí 32 %. Nejčastěji skloňovaným výkonem bylo zajištění dýchacích cest pomocí orotracheální intubace. Oblast diagnostiky je zastoupena 10 %, zde byla nejvíce uváděna možnost nechat pacienta na místě na základě stanovené diagnózy.

Graf 23



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

V grafu č. 23 je vidět procentuelní zastoupení odpovědí na stejné téma jako v předchozím grafu, tentokrát z pohledu lékařů. Stejně jako u záchranářů se nejvíce výkonů, 67 %, týče oblasti farmakoterapie. Jedná se o různorodou škálu aplikací farmak při jednotlivých úkonech poskytování PNP. Výkony týkající se léčby se podílí 33 %, nejvíce byla zmíněna možnost zajištění dýchacích cest pomocí orotracheální intubace. Z oblasti diagnostiky nikdo z dotázaných respondentů - lékařů nevybral výkon, který by mohl patřit mezi kompetence ZZ bez indikace lékaře. Do výsledků jsou zahrnuti pouze lékaři, kteří jsou toho názoru, že by kompetence ZZ měli být vyšší.

Graf 24



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

Jedna z otázek uvedených v dotazníku se konkrétně týkala intubace a to ve smyslu její důležitosti při prosazování vyšších kompetencí. Z výše uvedeného grafu vyplývá, že 15 % zdravotnických záchranářů si myslí, že by intubace měla být nejdůležitějším výkonem v prosazování rozšíření kompetencí ZZ. Celých 85 % respondentů - záchranářů nepovažuje možnost intubovat za výkon, který by měl být hlavním pilířem v otázce rozšiřování kompetencí.

Graf 25



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

Graf č. 25 znázorňuje, do jaké míry jsou respondenti ochotni nést vyšší právní riziko při současném rozšíření svých kompetencí. Větší právní odpovědnost při rozšíření kompetencí by přijalo 46 % dotazovaných. Naopak vyšší právní odpovědnost při rozšíření kompetencí odmítá 54 % zdravotnických záchranářů.

Graf 26



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

Výše uvedený graf č. 26 uvádí postoj lékařů k možnému poskytování veškeré přednemocniční péče na zdravotnické záchranné službě bez jejich účasti. 20 % respondentů-lékařů se vyjádřilo pozitivně, do budoucna si dokáží představit poskytování PNP bez jejich účasti. 80 % lékařů se vyjádřilo negativně.

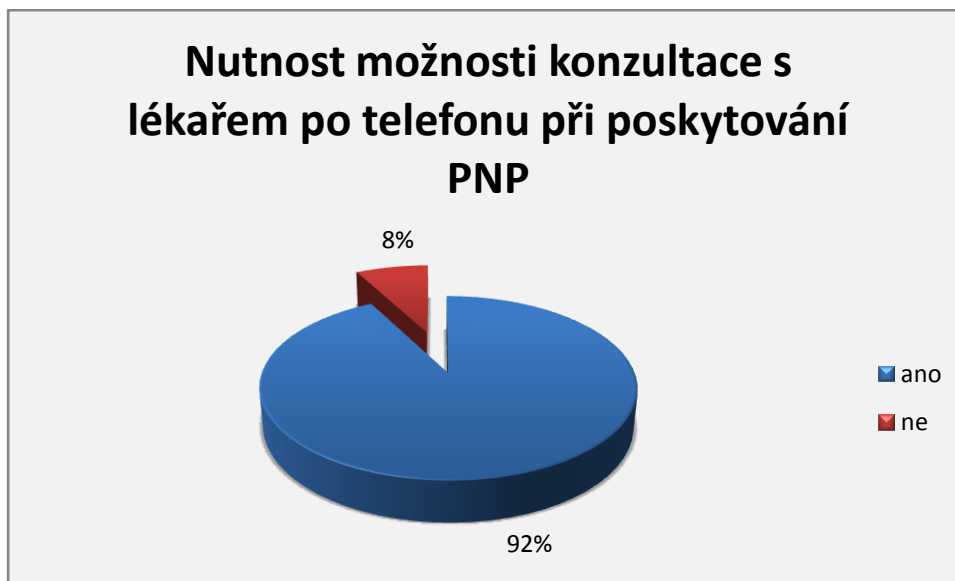
Graf 27



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

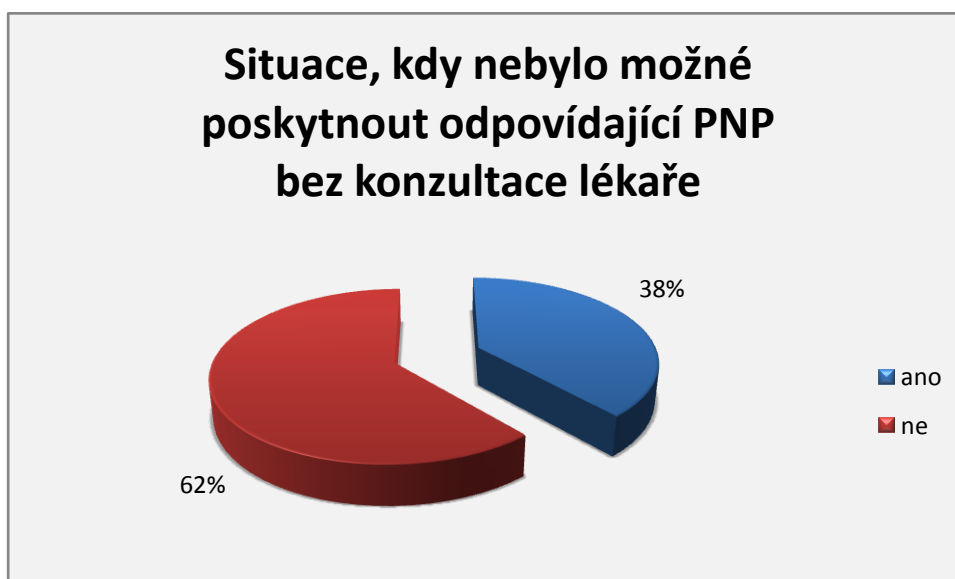
V grafu č. 27 je znázorněn postoj zdravotnických záchranářů k možnému poskytování veškeré přednemocniční péče na zdravotnické záchranné službě bez účasti lékaře. 31% zdravotnických záchranářů se domnívá, že je možné v budoucnu poskytovat PNP zdravotnickou záchrannou službou bez účasti lékaře. Celých 69 % je proti této možnosti.

Graf 28



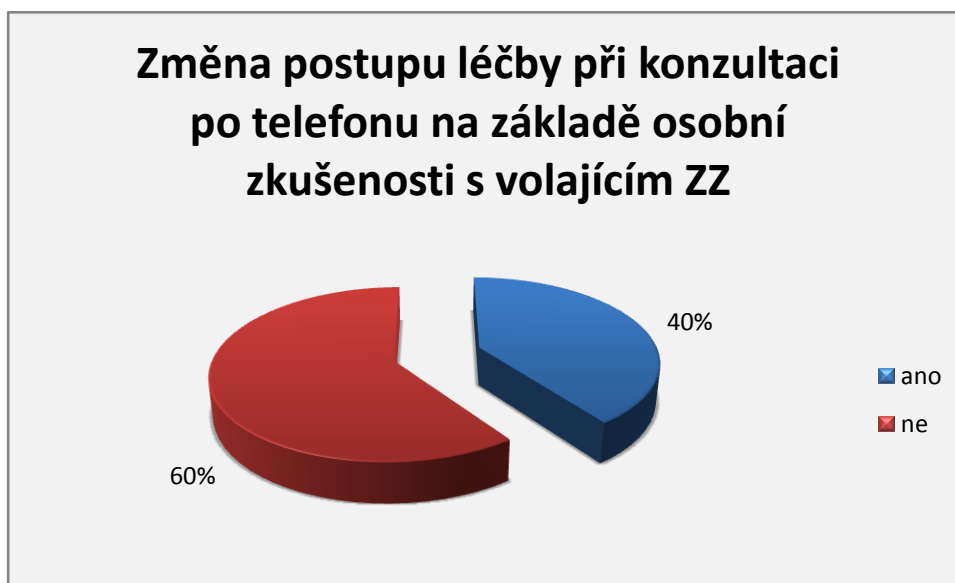
Výše uvedený graf je zaměřen na postoj ZZ k možnosti telefonické konzultace s lékařem při poskytování PNP. Pro možnost konzultace s lékařem po telefonu se vyjádřilo 92 %. Zbýlých 8 % tuto možnost nepovažuje za nutnou.

Graf 29



Z grafu vyplývá, že se 38 % z dotazovaných zdravotnických záchranářů během svého výkonu povolání dostalo do situace, kdy nebyli schopni poskytnout odpovídající PNP bez konzultace lékaře. Během výjezdu se ze situací, kdy by nebyli schopni poskytnout odpovídající PNP bez konzultace lékaře, nesetkalo 62 % zdravotnických záchranářů.

Graf 30



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

Z grafu č. 30 je patrné, že 40 % lékařů připouští možnost změny svých postupů, při konzultaci po telefonu, ohledně léčby a farmakoterapie, podle osobních zkušeností s volajícím ZZ. Naproti tomu u 60 % lékařů zůstávají postupy neměnné, ať volajícího záchranáře osobně zná či nikoliv.

Graf 31



Zdroj výzkumu: vlastní výzkum

Graf č. 31 znázorňuje vyjádření zdravotnických záchranářů k otázce okamžité dostupnosti lékaře při žádosti o telefonickou konzultaci. Pozitivní zkušenost má 62 % respondentů - záchranářů. Ostatních 38 % uvádí časovou prodlevu při žádosti o konzultaci po telefonu.

5. DISKUZE

Profese zdravotnického záchranáře se stále více dostává do podvědomí obyvatel našeho státu. Přicházejí se záchranáři do styku osobně či prostřednictvím médií. Počet výjezdů posádek rychlé zdravotnické pomoci neustále roste, např. u ZZS JčK v roce 2005 měli posádky RZP 11 325 primárních výjezdů (23), v roce 2008 to už bylo 22 314 primárních výjezdů (24). Z tohoto důvodu je nutné, aby zdravotničtí záchranáři byli profesně dostatečně připraveni k výkonu svého povolání. Zároveň je nutné, aby záchranáři měli jistotu, které výkony mohou využít v situacích, kdy je třeba poskytnout přednemocniční neodkladnou péči a to jak z hlediska zdravotnického, tak právního.

Z grafu 1 vyplývá podíl respondentů z výzkumného vzorku podle pracovního zařazení u ZZS. Z 80 % se výzkumu zúčastnili zdravotničtí záchranáři a z 20 % lékaři. V roce 2008 pracovalo na ZZS JčK 37 lékařů a 219 středně zdravotnických pracovníků (17). Porovnáme - li tuto skutečnost s výsledkem grafu 1, zjistíme, že výzkumný vzorek prakticky odpovídá skutečnému rozdělení lékařů a záchranářů na ZZS JčK.

Grafy 2 a 3 rozdělují respondenty podle pohlaví. U lékařů jsou dominantně zastoupeni muži (90 %). Ženy tvořily pouze 10 %. Rozdělení u záchranářů není tak jednoznačné pro jedno pohlaví a nepotvrzují tak současný názor diskriminace žen na pozici zdravotnického záchranáře. Ženy byly zastoupeny 38 %, muži 62 %.

Grafy 4 a 5 znázorňují věkové rozhraní lékařů a záchranářů z výzkumného vzorku. Lékaři byli zastoupeni pouze ve dvou kategoriích a to od 31 do 40 let (40 %) a ve věku 41 - 50 let (60 %). Tento výsledek je logický, když uvážíme minimální délku potřebného vzdělání pro výkon lékařské profese. V případě hodnocení věku zdravotnických záchranářů z výzkumu vyplynulo, že nejmenší zastoupení má věková kategorie 50 a více let, tvoří pouhých 5 % výzkumného souboru. Druhá nejméně početná skupina je do 24 let (10 %), Následuje kategorie od 41 do 50 let (21 %), druhou nejpočetnější skupinu z 31 % tvoří věková kategorie od 31 do 40 let, nejvíce zastoupena je kategorie 25 až 30 let, tvoří 33 %. Výsledky výzkumu ukazují, že od věku 50 let se počet lidí, vykonávající povolání zdravotnického záchranáře, výrazně snižuje.

Vzdělání u lékařů a záchranářů nám ilustrují grafy 6 a 7. Zatímco u lékařů je pro výkon lékařského povolání potřebné vysokoškolské vzdělání, pracovat na pozici zdravotnického záchranáře lze se středoškolským, vyšším odborným či vysokoškolským vzděláním. V současné době je možnost studovat obor Zdravotnický záchranář pouze dvěma posledními variantami. Na výjezdových místech ZZS JčK má z výzkumného vzorku středoškolské vzdělání 28 % zdravotnických záchranářů. Vyšší odbornou školu vystudovalo 39 % zdravotnických záchranářů. Bakalářské studium na vysoké škole absolvovalo 33 % zdravotnických záchranářů. Do budoucna se dá očekávat zvýšení počtu vysokoškolských absolventů a to především z důvodu nově se otevírajících navazujících magisterských programů.

V grafech 8 až 11 jsou graficky znázorněny odpovědi na otázky týkající se praxe a zvyšování kompetencí ZZ v závislosti na délce praxe u ZZS. U praxe lékařů zjistíme, že největší zastoupení má kategorie od 7 do 10 let (50 %). Následuje kategorie 4 až 6 let a kategorie 10 až 15 let, obě skupiny jsou zastoupeny 20 %. Zbývajících 10 % tvoří lékaři pracující na ZZS více jak 1 rok, maximálně však 3 roky. Pro zvyšování kompetencí ZZ v závislosti na délce praxe se vyjádřilo 70 % lékařů proti a 30 % pro. Z výzkumu vyplynulo, že by lékaři tuto variantu více schvalovali, kdyby se jednalo o individuální přístup a ne o pravidlo "čím déle, tím více". Na výjezdových místech ZZS JčK pracuje méně než 1 rok 13 % zdravotnických záchranářů. Po dobu 1 až 3 let zde pracuje 21 %. V rozmezí 4 až 6 let to je 33 %. V délce 7 - 10 let praxi na ZZS vykonává 15 % záchranářů. V rozmezí 10 až 15 let to je 13 %. Více než 15 let na ZZS pracuje 5% zdravotnických záchranářů. U záchranářů se pro variantu zvyšování kompetencí ZZ v závislosti na délce praxe u ZZS vyjádřilo 38 %, 62 % zastává názor opačný. Tato statistika bude zřejmě zkreslena v porovnání se skutečností, jelikož se výzkumu zúčastnily 2/3 záchranářů s praxí šest a méně let.

Grafy 12 až 17 hodnotí současné kompetence a možnost jejich zvýšení v závislosti na vzdělání ZZ. Z všeobecného hlediska považuje 66 % respondentů - zdravotnických záchranářů současné kompetence, vzhledem ke svému vzdělání, za nedostačující. To znamená, že celé 2/3 záchranářů je se současným stavem

nespokojeno. Ostatní záchranáři (34%) by současné kompetence neměnili. Zajímavé je, že kdyby se zvýšení kompetencí týkalo konkrétně oblasti diagnostiky, 92 % záchranářů připouští nutnost dalšího vzdělávání v diferenciální diagnostice. Toto si lze vysvětlit tím, že záchranáři stojí spíše o výkony z oblasti samotné léčby a farmakologie, jak potvrzuje graf č. 22. V případě, že by bylo možné získat vyšší kompetence dalším vzděláním, využilo by tuto možnost 77 % záchranářů. Z tohoto výsledku vyplývá, že i někteří záchranáři, kteří považují své kompetence vzhledem ke svému vzdělání za dostatečné, by možnost dalšího vzdělávání využili pro získání vyšších kompetencí. Překvapivé je, že více než polovina záchranářů (54%) není ochotna nést vyšší právní odpovědnost v závislosti na vyšších kompetencích. Dle mého názoru je přitom logické navýšení právní odpovědnosti při rozšíření kompetencí, jelikož kde je větší zodpovědnost, tam je i větší odpovědnost.

Všichni lékaři z výzkumného souboru považují za pravděpodobné zvyšování kompetencí v příštích letech. MUDr. Vladimír Dvořák z oblastního střediska Písek to považuje dokonce za nutné v případě, že chceme mít funkční záchranný systém. Už jenom díky neochotě lékařů pracovat na ZZS či zvyšujícímu se počtu výjezdů posádek RZP, se dá s tímto názorem souhlasit. Do diskuze lze přispět i článkem, který byl publikovaný v regionálním deníku. Článek "Záchranka lékaře neláká, prý je moc náročná" je přiložen jako příloha č. 2. O zvyšování kompetencí ZZ se dá uvažovat i proto, že překračování kompetencí během své služby připouští 62 % dotazovaných záchranářů. S požadavkem lékaře na provedení výkonu nad rámec kompetencí se setkalo 46 % záchranářů, z nichž 71 % takové přenášení kompetencí vnímá negativně. Podporuje to i počet lékařů (60%), kteří si myslí, že by kompetence zdravotnického záchranáře v posádce RZP měly být vyšší. Oproti záchranářům je ale 90 % lékařů přesvědčeno o tom, že současné vzdělání je nedostatečné pro zvyšování kompetencí.

Cesta za vyššími kompetencemi prostřednictvím vzdělání mi připadá jako logický krok. V tomto trendu je připravována novelizace vyhlášky 424/2004 Sb., která stanoví kompetence zdravotníků v nelékařských profesích. Největším přínosem by pro zdravotnické záchranáře mohl být § 97 Záchranář pro urgentní medicínu. Kompetence

(příloha č. 3) stanovené pod tímto paragrafem by v budoucnu mohl vykonávat zdravotnický záchranář po absolvování specializačního studia Rámcového vzdělávacího programu. Bohužel, ale z důvodu nestabilní politické situace a velmi rychlých změn na MZ ČR a z důvodu měnících se priorit nových ministrů, zatím nedošlo k ukončení celého procesu (8).

Výsledky znalostního testu jsou zobrazeny v grafu 21. Zdravotničtí záchranáři z výzkumného souboru prokázali celkem z 90 % dobrou či výbornou znalost současných kompetencí a doporučených postupů vydaných Odbornou společností urgentní medicíny a medicíny katastrof. Výsledek testu přinesl potěšitelný fakt a to ten, že záchranáři z výzkumného vzorku jsou schopni se poměrně dobře orientovat ve svých kompetencích. Při detailnějším rozboru testu se u respondentů ukázala vysoká znalost doporučených postupů, což některým záchranářům, kteří by v samostatném hodnocení znalosti kompetencí podle vyhlášky 424/2004 Sb. dosáhli výsledku "špatná znalost", pomohlo k výsledku "dobrá znalost". Jelikož jsou ale doporučené postupy součástí vnitřních směrnic ZZS JčK a tím pádem součástí kompetencí ZZ na ZZS JčK, hodnotil jsem výsledky jednotně.

Lékařům a zdravotnickým záchranářům, kteří ve výzkumu požadovali vyšší kompetence pro ZZ v RZP, byla položena otázka, které dva výkony by zařadili mezi kompetence ZZ bez indikace lékaře. Výsledky jsem rozdělil do tří oblastí, tak jak je znázorňují grafy 22 a 23. U záchranářů (58%) i lékařů (67%) byly nejčastěji skloňovány výkony z oblasti farmakologie. Jednalo se zejména o aplikaci neopoidních a opoidních analgetik, podávání i. v. medikace u KPCR, dále např. podávání anxiolytik nebo podávání kortikoidů i. v. při poranění páteře. V posledním čísle časopisu Der Notarzt je vedena rozsáhlá diskuze německé společnosti DIVY o používání analgetik ketaminu, midazolamu a morfinu. Lékaři této společnosti se shodují, že by záchranářům mělo být povoleno aplikovat analgetikum midazolam a ketamin v případech, kdy je nutné snižovat bolest, např. když je záchranář jako první u vyprošťování osoby hasiči. Neodmyslitelnou podmínkou jsou znalosti farmakodynamiky a farmakokinetiky těchto

analgetik (6). V případě aplikace morfinu se členové společnosti vyjádřili proti, jelikož se jedná o opiát (7).

Výkony z oblasti léčby byly zmiňovány lékaři v 33%. Téměř shodné procento se objevilo i u záchranářů (32%). Nejčastějším výkonem, který respondenti u této oblasti zmiňovali, bylo zajištění dýchacích cest pomocí orotracheální intubace. Zatímco někteří lidé se snaží intubaci postavit do role č. 1 v otázce zvyšování kompetencí ZZ, z grafu 24 vyplývá, že celých 85 % záchranářů z výzkumného souboru nepovažuje tento výkon za nejdůležitější, co se týče zvyšování kompetencí. Druhým nejčastějším výkonem byla defibrilace. Možnost defibrilovat má zdravotnický záchranář i v současnosti, ale před defibrilací musí pořídit záznam před výbojem a zaznamenat sílu výboje. Překvapující dopady mělo uvolnění protokolu defibrilace paramediky v japonském Sapporu. Zatímco před prvním dubnem 2003 si museli před defibrilací vyžádat záchranáři telefonické "požehnání" lékaře z nemocnice, po tomto datu již mohli defibrilovat samostatně a tudíž dříve. Výsledky srovnávající přežití pacientů se spatřeným kolapsem a zástavou kardiálního původu nalezených s komorou fibrilací v obou skupinách ovšem ukázaly, že "starý" protokol s pozdější defibrilací, a tudíž s několika desítkami sekund pre-resuscitace, vedl k téměř dvojnásobnému přežití (28 % vs. 14% v prvních 30 dnech resp. 26 % vs. 11% po roce) (23). Dalším výkonem bylo např. zajištění intraosseálního vstupu.

V oblasti diagnostiky respondenti - lékaři nedoporučili žádný výkon, který by měl být součástí vyšších kompetencí ZZ v RZP. Výkony v této oblasti zmínilo pouze 10 % respondentů - záchranářů. Celkem to byly tři výkony, ponechání pacienta na místě na základě stanovení diagnózy, negativní revers a diagnóza smrti.

Posledních šest grafů vyjadřuje možnosti zavedení tzv. paramedického systému, což by znamenalo poskytování PNP bez účasti lékaře. Proti této možnosti je jak většina lékařů (80%), tak zdravotnických záchranářů (69%), kteří se zúčastnili výzkumu. MUDr. Vladimír Dvořák, z oblastního střediska Písek, považuje tuto představu za krok zpátky. O nutnosti možnosti konzultace po telefonu je dokonce přesvědčeno 92 %

záchranářů a to i přesto, že se 62 % dotazovaných záchranářů nesetkalo se situací, kdy by nebyli schopni, bez konzultace s lékařem po telefonu, poskytnout odpovídající PNP. Konzultace po telefonu je pro lékaře jednou z možností jak delegovat své pravomoce na záchranáře na místě zásahu. 40 % respondentů - lékařů připouští, že mění své léčebné postupy, na základě osobní zkušenosti s volajícím ZZ. Všeobecně lékaři, při konzultaci po telefonu, raději volí konzervativnější postupy léčby. To že lékař není vždy okamžitě k dispozici při žádosti o konzultaci po telefonu, potvrzuje 38% záchranářů z výzkumného vzorku, což by mohlo znamenat nebezpečnou časovou prodlevu při poskytování PNP u některých případů.

Z výzkumu vyplývá, že i když je pravděpodobné zvyšování kompetencí ZZ, pokus o zavedení paramedického systému by nebyl vhodným řešením, jelikož fungování zdravotnických záchranných služeb v ČR se bez účasti lékařů neobejde.

Při zpracování bakalářské práce jsem se potýkal s nedostatkem odborné literatury zabývající se profesí zdravotnického záchranáře. Dále jsem předpokládal větší návratnost rozdaných dotazníků, jelikož se jednalo o téma, které se bezprostředně týká každého záchranáře.

6. ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo porovnat názory lékařů a záchranářů ke kompetencím zdravotnického záchranáře v posádce rychlé zdravotnické pomoci a zmapovat situaci na jednotlivých pracovištích záchranných služeb v Jihočeském kraji.

Pro účely této práce byly stanoveny 3 hypotézy, které jsem provedeným výzkumem verifikoval nebo falzifikoval. První hypotéza zněla: „Většina zdravotnických záchranářů považuje své kompetence, vzhledem ke svému vzdělání, za nedostačující“. Hypotéza je považována za splněnou v případě, že se více jak polovina dotazovaných respondentů (> 55 %) vyjádřila pro vyšší kompetence. Realizovaným výzkumem bylo zjištěno, že 66 % zdravotnických záchranářů hodnotí rozsah svých kompetencí za nedostatečný – s ohledem ke svému dosaženému vzdělání - a přáli by si jejich navýšení.

Druhá hypotéza zněla: „Většina lékařů považuje kompetence zdravotnického záchranáře za dostačující“. Hypotéza je považována za splněnou za stejných podmínek jako v případě první hypotézy. Tato hypotéza se nepotvrdila, jelikož 60 % lékařů z výzkumného souboru se vyjádřilo pro vyšší kompetence zdravotnických záchranářů. 40 % lékařů je naopak považuje za dostačující.

Třetí hypotéza zněla: „Většina zdravotnických záchranářů má odpovídající odborné znalosti o rozsahu svých kompetencí“. „Odpovídající odborné znalosti“ mají ti záchranáři, kteří dosáhli ve znalostním testu, ověřující znalost vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a znalosti doporučených postupů vydaných Odbornou společností urgentní medicíny a medicíny katastrof, počtu minimálně 8 bodů z 11 možných. Dosažení bodové hranice 8 bodů ilustruje, že respondent v testu dosáhl minimálně 70 % úspěšnosti. Tato hypotéza se potvrdila, neboť tuto hranici úspěšnosti překonalo 90 % dotazovaných zdravotnických záchranářů.

Výsledky práce ukazují, že v otázce zvyšování kompetencí se lékaři se zdravotnickými záchranáři shodují. Velké rozdíly nejsou ani u jednotlivých výkonů, které by mohli být přidány do kompetencí zdravotnického záchranáře. Zřejmě největším problémem bude sjednotit názory na to, jakým způsobem a za jakých podmínek bude možné uvažovat o rozšíření kompetencí zdravotnického záchranáře.

Práce by teoreticky mohla přispět do diskuze o navyšování současných kompetencí ZZ, která je vedena mezi Ministerstvem zdravotnictví ČR a jednotlivými organizacemi, jejichž činnost souvisí s povoláním zdravotnického záchranáře. Informace z této práce by dále mohli využít zájemci o studium oboru zdravotnický záchranář, studenti tohoto oboru či zájemci o povolání zdravotnického záchranáře.

7. SEZNAM LITERATURY

1. DRÁBKOVÁ, Jarmila. *Urgentní medicína se stává medicínou katastrof*. [online]. 18. 9. 2001 [cit. 2009-07-18]. Dostupné z: <http://www.medicina.cz/odborne/clanek.dss?s_id=3829&s_ts=39918,889375>
2. ERTLOVÁ, Františka. MUCHA, Josef a kol. *Přednemocniční neodkladná péče*. 2. přepracované vyd., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 368 s. ISBN 80-7013-379-1
3. HAYAKAWA M. et al. Shortening of cardiopulmonary resuscitation time before the defibrillation worsens the outcome in out-of-hospital VF patients. *Am J Em Med.*, May 2009, 27, č. 4, s. 470-474. ISSN 564-956-147
4. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. *Právní předpisy ZZS* [online]. 2007 [cit. 2009-07-22]. Dostupné z: <www.ipvz.cz/download.aspx?item=1927&právní_předpisy>
5. Jak získat Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu – po přijetí novely Zákona č .96/2004 Sb. Brno: NCO NZO, 2008 [cit. 2009-07-20]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/download/Jak_získat_osvedceni.pdf>
6. JANTZEN. T. Klinische Pharmakologie und Anwendung von Morphin, Ketemin und Midazolamautor. *Der Notarzt*, 2009, roč. 25, č. 1, s.11-16. ISSN 0177 - 2309
7. JANTZEN. T. Klinische Pharmakologie und Anwendung von Morphin, Ketemin und Midazolamautor. *Der Notarzt*, 2009, roč. 25, č. 2, s.37-40. ISSN 0177 - 2309
8. KOMORA ZÁCHRANÁŘŮ ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANNÝCH SLUŽEB ČESKÉ REPUBLIKY. *Novela V- 424/2004 Sb. ve finále* [online]. 18.6.2009 [cit. 2009-07-30]. Dostupné z: <<http://www.komorazachranaru.cz/aktuality.php?aktualita=420>>
9. LÜLLMANN, H. MOHR, K. WEHLING, M. *Farmakologie a toxikologie*, 1. české vyd., Praha: Grada, 2002. 696 s. ISBN 80-7169-976-4
10. POKORNÝ, Jiří. et al. *Urgentní medicína*. 1.vyd. Praha: Galén, 2004. 547 stran. ISBN 80-7262-259-5
11. *Průvodce světem povolání* [online]. 2007 [cit. 2009-07-28]. Dostupné z: <<http://www.occupationsguide.cz/cz/POVOL/povolani.aspx?Par=928.htm>>

12. SVOBODOVÁ, Michaela, *Zdravotnické noviny* [online]. 10.4.2007 [cit. 2009-07-14]. Dostupné z:
<<http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=300803>>
13. ŠIMÁČEK, Vladislav. *Záchranná služba* [online]. D.A.S. magazín, 2003, vol.1, no.2 [cit. 2009-07-14]. Dostupné z:
<http://www.das.cz/cs/site/das_magazin/magazin_2_2003.pdf>
14. ŠTEFAN J., MACH J. *Soudně lékařská a medicínsko - právní problematika v praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 248 + 16 stran černobílé přílohy. ISBN 80-247-0931-7
15. VONDRÁČEK, Lubomír. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1.vydání. Praha: Grada, 2005. 100 s. ISBN 80-247-1198-2
16. VONDRÁČEK, L. VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2003. 68 s. ISBN 80-247-0705-5
17. Vše o kreditním systému. Brno: NCO NZO, 2008 [cit. 2009-07-20]. Dostupné z:
<http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=fc2a7352-324e-4c8e-a946-31c22ffd171d&groupId=10122>
18. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 424/2004 Sb. kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
19. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 434/1992 Sb. o zdravotnické záchranné službě ze dne 28. července 1992
20. WIKIPEDIE - OTEVŘENÁ ECYKLOPEDIIE. *Zdravotnický záchranář* [online]. 2009 [cit. 2009-07-28]. Dostupné z:
<http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotnick%C3%BD_z%C3%A1chran%C3%A1%C5%99>
21. Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních
22. ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA HLAVNÍHO MĚSTA PRAHY. *Historie záchranné služby v Praze* [online]. 2006 [cit. 2009-07-14]. Dostupné z:
<<http://www.zzshmp.cz/zdravotnicka-zachranna-sluzba/historie/>>

23. ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA JIHOČESKÉHO KRAJE.
Výroční zpráva 2005: Přednemocniční nedokladná péče v regionu Českých Budějovic a na území Jihočeského kraje před rokem 1989 a vývoj v letech 1990-2005 [on-line]. 2005 [cit. 2009-07-14]. Dostupné z:
<<http://www.zzsck.cz/dokumenty/vzzsjck2005.pdf>>
24. ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA JIHOČESKÉHO KRAJE.
Výroční zpráva 2008 [on-line]. 2008 [cit. 2009-07-14]. Dostupné z:
<<http://www.zzsck.cz/dokumenty/vzzsjck2008.pdf>>

8. KLÍČOVÁ SLOVA

- Kompetence
- Zdravotnický záchranář
- Zdravotnická záchranná služba
- Přednemocniční neodkladná péče
- Právní předpisy
- Odborná způsobilost
- Rychlá zdravotnická pomoc
- Lékař

9. PŘÍLOHY

1. Dotazník
2. Článek z regionálního deníku
3. Kompetence ZZ pro urgentní medicínu

DOTAZNÍK

Jmenuji se Jan Šusta, jsem student Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kde studuji obor zdravotnický záchranář (dále jen ZZ). Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, jehož cílem je získat Váš názor na současné kompetence zdravotnického záchranáře v posádce RZP.

Dotazník je určen pro ZZ a lékaře pracující na oblastních střediscích zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS). Součástí dotazníku je test, určený pro ZZ, o znalostech současných kompetencí ZZ. Žádám Vás o pravdivé vyplnění níže uvedeného dotazníku. Dotazník je anonymní. Získané informace budou použity pouze pro potřeby mé bakalářské práce na téma „Kompetence ZZ v posádce RZP“.

- 1) Vaše pohlaví?
 - a. muž
 - b. žena

- 2) Kolik je Vám let?
 - a. do 24 let
 - b. 25 – 30 let
 - c. 31 – 40 let
 - d. 41 – 50 let
 - e. 50 a více let

- 3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a. středoškolské
 - b. vyšší odborné
 - c. vysokoškolské
 - d. jiné(doplňte)

- 4) Na jaké pozici pracujete?
 - a. zdravotnický záchranář
 - b. lékař

- 5) Jak dlouho na uvedené pozici pracujete?
 - a. méně než 1 rok
 - b. 1 – 3 léta
 - c. 4 – 6 let
 - d. 7 – 10 let
 - e. 10 – 15 let
 - f. více než 15 let

6) Na jakém oblastním středisku ZZS JČK pracujete?

.....(doplňte)

Jestliže jste odpověděli na ot. č. 4 za b), pokračujte otázkou č. 21
Část dotazníku pro zdravotnické záchranáře:

- 7) Považujete kompetence ZZ v posádce RZP, vzhledem k svému vzdělání?
- a. za dostatečné
 - b. měly by být vyšší
 - c. měly by být nižší
- 8) Domníváte se, že by mělo platit, čím déle na ZZS, tím vyšší kompetence?
- a. ano
 - b. ne
- 9) Měl(a) byste zájem o další sebevzdělávání v případě, že by to znamenalo vyšší kompetence?
- a. ano
 - b. ne
- 10) Překračujete sami, během služby, své kompetence?
- a. ano
 - b. ne
- 11) Požadoval na Vás lékař někdy výkon nad rámec Vašich kompetencí?
- a. ano
 - b. ne

Jestliže jste odpověděli u otázky č. 11 za b) pokračujte otázkou č. 13

- 12) Vadí Vám, že na Vás lékaři přenášejí své kompetence?
- a. ano
 - b. ne
- 13) Dostal(a) jste se do situace, že byste bez konzultace s lékařem, nebyl(a) schopen(na) poskytnout odpovídající PNP?
- a. ano
 - b. ne
- 14) Považujete konzultaci s lékařem po telefonu za nutnou součást poskytování PNP?
- a. ano
 - b. ne

15) Stalo se Vám, že by lékař nebyl okamžitě k dispozici, při žádosti o konzultaci po telefonu?

- a. ano
- b. ne

16) Dokážete si v budoucnu představit veškeré poskytování PNP zdravotnickou záchrannou službou bez účasti lékaře?

- a. ano
- b. ne

17) Jaké dva výkony, které jsou indikovány lékařem, byste především zařadil mezi své kompetence bez indikace lékaře?

.....
(doplňte)

.....
(doplňte)

18) Myslíte si, že by intubace měla být považována za nejdůležitější, v otázce zvýšení kompetencí ZZ?

- a. ano
- b. ne

19) Považujete v případě zvýšení Vašich kompetencí i nutnost dalšího vzdělání v diferenciální diagnostice patologických stavů?

- a. ano
- b. ne

20) Jste ochotní, při rozšíření vašich kompetencí, nebo v současné době jejich překračování, nést zvýšení riziko občansko-právního a trestního postihu?

- a. ano
- b. ne

Část dotazníku pro lékaře:

21) Kompetence ZZ v posádce RZP jsou

- a. dostatečné
- b. měly by být vyšší
- c. měly by být nižší

- 22) Jste pro zvyšování kompetencí ZZ v závislosti na délce odsloužených let u ZZS?
a. ano
b. ne
- 23) O jaké dva výkony byste především rozšířili kompetence ZZ?
a. žádné
b. (doplňte)
..... (doplňte)
- 24) Myslíte si, že je v budoucnosti pravděpodobné zvyšování kompetencí ZZ?
a. ano
b. ne
- 25) Dokážete si v budoucnu představit veškeré poskytování PNP zdravotnickou záchrannou službou bez účasti lékaře?
a. ano
b. ne
- 26) Myslíte si, že je současné získávání odborné způsobilosti ZZ dostatečné, v případě navýšení kompetencí ZZ?
a. ano
b. ne
- 27) Měníte své postupy, při konzultaci po telefonu, ohledně léčby a farmakoterapie podle osobních zkušeností s volajícím ZZ?
a. ano
b. ne

Znalostní test pro ZZ

U otázek typu A, B, C vždy jen jedna odpověď správně. Otázky VI, VII a VIII se vztahují k doporučeným postupům výboru OS.

- I. Jaký výkon je bez indikace lékaře?
- katetrizace močového měchýře dospělých a dívek nad 10 let
 - odběr biologického materiálu na vyšetření
 - provedení prvního ošetření ran, včetně zástavy krvácení
- II. Jaký výkon je na základě indikace lékaře?
- přejímání, kontrola a uložení léčivých přípravků, manipulace s nimi a jejich dostatečná zásoba
 - zavádění a udržování kyslíkové terapie
 - snímání EKG

- III. Jaký další výkon je bez indikace lékaře?
- podání léčivých přípravků dle zákona č. 79/1997 Sb. a č. 167/1998 Sb.
 - zajištění žilního periferního vstupu
 - zajištění dýchacích cest dostupnými pomůckami
- IV. Jaký další výkon je na základě indikace lékaře?
- zajištění intraosseálního vstupu
 - monitorace a hodnocení vitálních funkcí
 - pomoc při řešení následků hromadných neštěstí v rámci IZS
- V. Jaký další výkon je bez indikace lékaře?
- provádění KPR s použitím ručních křísících vaků
 - první ošetření novorozence po překotném porodu
 - bezpečné vyproštění, polohování, imobilizace a transport pacienta
- VI. Při provádění defibrilace komorové fibrilace elektrickým výbojem v nepřítomnosti lékaře jste povinen (na)?
- pouze pořídit přístrojový záznam srdeční akce před výbojem
 - pořídit přístrojový záznam srdeční akce před výbojem a zaznamenat sílu výboje
 - pouze zaznamenat sílu výboje
- VII. Zajištění dýchacích cest dostupnými pomůckami nezahrnuje?
- kombitubus
 - intubaci
 - laryngeální masku
- VIII. Povolené medikace (doplňte léčiva):
- Podání u naměřené hypoglykemie u pacienta v bezvědomí.
- Podání av čípku u febrilního stavu a při febrilních křečích dětí.
- Zahájení infuzní léčby u středních a velkých krevních ztrát.
- Analgetizace v kapkách po ověření eventuální kontraindikace.

Článek z regionálního deníku

Záchranka lékaře neláká, prý je moc náročná

Publikováno dne: 12.5.2009, Zdroj: Regionální deník

Zdravotnické záchranné službě Zlínského kraje chybí třicet stálých lékařů. Musejí proto složitě nasmlouvat externisty, kteří se ovšem do této těžké práce také nehrnou. Životy tak jezdí zachraňovat lékaři, kteří nemají s touto prací výrazné zkušenosti. Situace navíc nutí stávající personál brát si více služeb, než by bylo záhodno. "Svých lékařů teď máme dvaatřicet a potřebovali bychom dalších třicet. Je to bohužel dlouhodobý stav. Kmenovým lékařům nemáme příliš co nabídnout. Peněz nemáme tolik, aby třeba dostávali dvakrát víc než v nemocnici," poznamenal zástupce ředitele Zdravotnické záchranné služby Zlínského kraje Anton Vaňo. Kvůli nedostatku personálu prý záchranka nemůže adepty nalákat ani na odborné stáže. "Třeba deset dnů ročně jim na ně nemůžeme vyčlenit, když je jich tak málo," nastínil.

Nezkušený doktor = větší dřina pro zbylé členy posádky. Externistů, kteří se průběžně na práci záchranky podílejí, je podle něj asi stovka, ale shánějí se prý čím dál hůř. "Nemají zájem o složitou práci v terénu a ne vždy také mohou, protože je nemocnice neuvolní, nebo musí být k dispozici v soukromých ordinacích pro své pacienty. Tvorba rozpisů směn na to naráží a služby se problematicky obsazují. Pokud slouží externisté, je navíc větší náročnost kladena na kmenové řidiče a záchranáře, kteří jim musí být kvůli zkušenostem o to více k ruce," přiblížil Vaňo.

Kromě lékařů, kteří mají urgentní medicínu přímo jako svůj obor, slouží někdy na záchrance i praktici. "Musejí mít ale atestace ze základních oborů a minimálně nějakou absolvovanou praxi na oddělení ARO," sdělil. Proč ale třeba praktičtí lékaři příliš nevyhledávají možnost služby na záchrance, přiblížil předseda zlínského okresního sdružení lékařů Lubomír Nečas. Jít po službě do práce je podle lékaře velmi náročné. "Profese lékaře u zdravotnické záchranky vyžaduje hlavně rutinní práci. Pokud někdo slouží nárazově, rutinu nemá. Praktik třeba tolik neovládá intubaci, tedy zavedení trubice do dýchacích cest," sdělil Nečas. Sám má ze záchranky i osobní zkušenost. "Také ale s ní nechci jezdit. Člověk musí třeba po víkendové službě jít v pondělí do ordinace za svými pacienty a je to pak hodně náročné. Určitě je navíc pro

pacienta při příjezdu záchranky lépe, když se o něj stará zkušený lékař- záchranář. Jsou cvičení, školení a mají rutinu. Práce může být rychlejší a kvalitnější," poznamenal Nečas.

Nikola Synek, Regionální deník.

Kompetence zdravotnického záchranáře pro urgentní medicínu

(1) Zdravotnický záchranář pro urgentní medicínu vykonává činnosti podle § 17 a dále bez odborného dohledu a indikace poskytuje, organizuje a metodicky řídí vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči a neodkladnou diagnosticko-léčebnou péči na úseku neodkladné péče, anesteziologicko-resuscitační péče a v rámci akutního příjmu.

- a) koordinuje práci členů týmu a hodnotí kvalitu poskytované péče,
- b) provádí výzkum v oblasti neodkladné péče, identifikuje oblasti výzkumné činnosti, realizuje výzkumnou činnost a vytváří podmínky pro aplikaci výsledků výzkumu do praxe v rámci neodkladné péče,
- c) připravuje standardy specializovaných postupů v rozsahu své způsobilosti,
- d) vede specializační vzdělávání v oboru své specializace,
- e) zajišťuje dýchací cesty intubací u pacientů starších 10 let,
- f) provádí kardiopulmonální resuscitaci pomocí přístrojů k automatické srdeční masáži,
- g) provádí katetrizaci močového měchýře dospělých a dívek nad 10 let,
- h) odebírá biologický materiál na vyšetření,
- i) provádí externí kardiostimulaci,
- j) zavádí nasogastrickou sondu a provádí výplach žaludku u pacientů při vědomí a u pacientů v bezvědomí se zajištěnými dýchacími cestami mladších 10 let,
- k) podává léčivé přípravky v rámci kardiopulmonální resuscitace a u stavů bezprostředně ohrožujících život pacienta, v případech stanovených ve standardech,
- l) zajišťuje intraoseální vstup a podává do něj přípravky podle písmene k),
- m) řídí záchranné a likvidační práce při mimořádných událostech ve spolupráci s velitelem zásahu
- n) přijímá, eviduje a vyhodnocuje tísňové výzvy z hlediska závažnosti zdravotního stavu pacienta a podle stupně naléhavosti zabezpečuje odpovídající způsob jejich řešení za použití telekomunikační a sdělovací techniky,
- o) provádí telefonní instruktáž k poskytování laické první pomoci a poskytuje další potřebné rady za použití vhodného psychologického přístupu,

p) aktivuje krizové typové a traumatologické plány při řešení zdravotních následků hromadných neštěstí a katastrof a na svém úseku zabezpečuje jejich realizaci s využitím všech možností integrovaného záchranného systému.

(2) Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře provádí

- a) měření a analýzu vitálních funkcí specializovanými postupy pomocí přístrojové techniky včetně využití invazivních metod,
- b) provádí punkci tenzního pneumotoraxu,
- c) provádí punkci arterií k jednorázovému odběru,
- d) provádí endobronchiální laváže pacientů s tracheální intubací, předchází případným komplikacím, rozpoznává je a podílí se na jejich řešení.