



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Indikovanost výjezdů zdravotnické záchranné služby

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **SPECIALIZACE VE
ZDRAVOTNICTVÍ**

Autor: Daniela Aiznerová

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Picková

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Indikovanost výjezdů zdravotnické záchranné služby jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 6.5.2021

.....

podpis

Poděkování

Ráda bych touto cestou chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Pavlíně Pickové za odborné vedení, připomínky a cenné rady, které mi poskytovala. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří se podíleli na výzkumném šetření, za jejich čas a ochotu podělit se o své zkušenosti a názory.

Indikovanost výjezdů zdravotnické záchranné služby

Abstrakt

Bakalářská práce byla zaměřena na bližší porozumění problematice indikovanosti výjezdů zdravotnické záchranné služby (ZZS) a to z pohledu zdravotnických operačních středisek. Problematika indikace výjezdů zdravotnické záchranné služby je jedním ze stále řešených a aktuálních témat v přednemocniční neodkladné péči. Činnosti výjezdových posádek stejně jako činnosti zdravotnického operačního střediska (ZOS) jsou dány zákonem 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, avšak stále častěji dochází k hovorům na tísňovou linku, jejichž určení pro zdravotnickou záchrannou službu je sporné.

Práce tedy mapuje znalost indikačního seznamu dispečery a jejich přístup ke klasifikaci událostí. Zároveň se zabývá řešením neindikovaných volání a zneužíváním ZZS. Cílem výzkumu bylo mimo jiné porovnání postupů a znalostí mezi dvěma kraji. Výzkum probíhal na ZOS Jihočeského kraje a na ZOS Plzeňského kraje. Byl zvolen kvalitativní typ výzkumu polostrukturovanými rozhovory. Vzorek respondentů tvořilo 8 dispečerů zdravotnického operačního střediska, tedy osob přímo zodpovědných za příjem výzev a koordinaci posádek. Otázky rozhovoru jsou zaměřeny jak na příjem tísňové výzvy, tak na operační řízení. Především se zaměřují na naléhavosti N3 a N4, kde se nejčastěji setkáváme s ne úplně jednoznačnými indikacemi. Zabývá se také poměrem využití formalizovaného a intuitivního postupu při rozhodování dispečerů. A v neposlední řadě dispečery konfrontují s pojmem zneužívání ZZS a řešením neindikovaných volání.

Rozhovory poskytly informaci o široké škále přístupů k dispečerské práci, ale v zásadních bodech většinou docházelo ke shodě názorů. Z výsledků vyplývá, že dispečeri jsou postupů a legislativy ZZS znalí, nicméně i přes uplatnění převážně formalizovaného přístupu ke klasifikacím je potřeba jednat i částečně intuitivně, jelikož žádné volání není nikdy stejné jako případ předpisový. Větší je pak snaha definovat pojmy neindikované volání a zneužívání ZZS, které však každý z dispečerů vnímá individuálně, stejně jako je vnímá každý záchranář, který s nimi přijde do styku. Tyto pojmy často vyvolávají velké emoce mezi dispečery ZOS a záchranáři. Nicméně jak vyplývá z výsledků ani tento problém nemá jen jeden úhel pohledu, ale má jich hned několik a všechny je třeba brát v potaz při jeho řešení.

Klíčová slova

dispečer; indikace; tísňová výzva; zdravotnické operační středisko; zdravotnická záchranná služba

Indications of Emergency Medical Services Responding

Abstract

The bachelor's thesis is focused on a closer understanding of the issue of indications of emergency medical service (EMS) departures through the perspective of medical emergency dispatch centers. The issue of indications of emergency medical service departures is one of the still addressed and current topics in the pre-hospital emergency care. The activities of outreach crews as well as the activities of the dispatch centers are governed by Act 374/2011 Coll., however non-emergent, calls to the emergency line are becoming more and more frequent.

The thesis maps the knowledge of the indication list of individual dispatchers and the attitude of dispatchers towards the indications itself. At the same time, it deals with the solution of unindicated calls and also the abuse of emergency services. The aim of the work is to compare the knowledge and procedures of dispatchers of both regions. The research took place at the Medical Emergency Dispatch Center of the South Bohemian Region in České Budějovice and at the Medical Emergency Dispatch Center of the Pilsen Region in Pilsen. The aim of the research was, among other things, to compare approach to indication issue between both regions. The research method chosen was a qualitative type of research that allows deeper examination of the topic. Research was executed by semi-structured interviews. The sample of respondents consisted of 8 dispatchers of the medical operations center i.e., people directly responsible for receiving calls and coordinating crews. The interview questions are focused on both the reception of the emergency call and the operational management. Above all, they focus on the urgencies N3 and N4, ones where we most often encounter not entirely unambiguous indications. It also addresses the relationship between the use of formalized and intuitive procedures in operators' decisions. Last but not least operators are confronted with the notion of EMS abuse and the solution of unindicated calls.

The interviews provided information on a wide range of approaches to dispatching work but there was often agreement on key points. The results show that dispatchers are familiar with emergency procedures and legislation, however, despite the application of a largely formalized approach to classifications, it is necessary to act partly intuitively, as no call is ever the same as a regulatory case. There is a greater effort to define the terms unindicated calling and abuse of emergency medical services, which, however, are perceived individually by each of the dispatchers, as well as perceived by every rescuer who comes into contact with them. These

concepts often evoke great emotions among dispatchers and rescuers. However, as the results show, even this problem does not have only one point of view, but it has several of them and all of them must be taken into account when solving it.

Key words

Emergency medical services; Medical emergency dispatch center; Dispatcher; Emergency call; Indication; Classification

Obsah

Úvod.....	11
1 Současný stav	12
1.1 Zdravotnická záchranná služba ČR	12
1.1.1 Historický vývoj zdravotnické záchranné služby	13
1.1.2 Činnosti zdravotnické záchranné služby.....	14
1.1.3 Organizační schéma zdravotnické záchranné služby.....	15
1.1.3.1 Ředitelství.....	15
1.1.3.2 Operační středisko.....	15
1.1.3.3 Školící a výcvikové středisko.....	16
1.1.3.4 Pracoviště krizové připravenosti	16
1.1.3.5 Výjezdové skupiny	16
1.2 Zdravotnické operační středisko.....	19
1.2.1 Historie vzniku krajských zdravotnických operačních středisek.....	19
1.2.2 Činnosti zdravotnického operačního střediska	20
1.2.3 Legislativa zdravotnického operačního střediska	21
1.3. Náplň práce operátora zdravotnického operačního střediska	22
1.3.1 Klasifikace událostí.....	23
1.3.1.1 Klasifikační systémy	24
1.3.2 Stupně naléhavosti	24
1.4 Možnosti postupu operátora při řešení tísňové výzvy	25
1.4.1 Intuitivní.....	26
1.4.2 Formalizovaný	26
1.5 Alternativní řešení tísňové výzvy	26
1.5.1 Praktický lékař	27
1.5.2 Převozové sanity	27
1.5.3 Lékařská služba první pomoci	27

1.5.4	Poskytování informací o obvyklém postupu.....	28
1.5.5	Nízkoprahový urgentní příjem.....	28
1.5.6	Specializované ambulance.....	29
1.5.7	First responder.....	29
1.5.8	Horská a vodní záchranná služba.....	30
2	Cíle práce a výzkumné otázky.....	31
2.1	Cíle práce.....	31
2.2	Výzkumné otázky.....	31
3	Metodika.....	32
3.1	Použitá metoda a technika sběru dat.....	32
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	32
4	Výsledky.....	34
4.1	Sociodemografické údaje.....	34
4.2	Kategorizace výsledků.....	35
4.2.1	Kategorie 1: Účel indikačního/klasifikačního seznamu.....	36
4.2.2	Kategorie 2: Jiné prostředky pro stanovení naléhavosti.....	37
4.2.3	Kategorie 3: Odpovědnost za správnost seznamu a změny v něm prováděné.....	38
4.2.4	Kategorie 4: Vlastní návrh změn.....	39
4.2.5	Kategorie 5: Stupně naléhavosti a jejich rozdíly.....	40
4.2.6	Kategorie 6: Naléhavost u indikace dušnosti.....	42
4.2.7	Kategorie 7: Naléhavost indikace DN.....	43
4.2.8	Kategorie 8: Naléhavost u osoby sražené dopravním prostředkem v rychlosti nad 35 km/h.....	44
4.2.9	Kategorie 9: Naléhavost N4.....	45
4.2.10	Kategorie 10: Zneužití ZZS.....	46
4.2.11	Kategorie 11: Postup u neindikovaných případů.....	47
4.2.12	Kategorie 12: Školení v problematice neindikovaných volání a následné řešení neindikovaných volání.....	48

4.2.13	Kategorie 13: Kontrola postupu dispečerů a důsledky nevyslání posádky u neindikovaného stavu.....	49
4.2.14	Kategorie 14: Nejčastější neindikovaná volání.....	51
4.2.15	Kategorie 15: Návrhy na řešení neindikovaných výjezdů	52
5	Diskuse.....	54
6	Závěr.....	58
7	Použitá literatura.....	60
8	Seznam příloh	65
9	Seznam tabulek.....	70
10	Použité zkratky	71

Úvod

Téma této bakalářské práce bylo zvoleno záměrně. Důvodem byl můj zájem o tuto problematiku. Problematikou indikací jsem se začala více zabývat po absolvování první praxe, kde jsem se setkala s mnohými příklady ne zcela odpovídajících indikací a z toho plynoucí nesprávně vyslanou posádku a naléhavost. Zároveň se zdá, že záchranná služba je volána stále častěji, ačkoliv ne vždy je to opravdu nutné. Asi nejširším spektrem jsou pak výjezdy N3, které se stále častěji stávají pouhým prostředkem pro dopravu do nemocnice. Také stálý nedostatek lékařů v souhrně s přibývajícím výjezdy vede k častějším výjezdům posádek RZP i na výjezdy určené RLP či systému RV, kvůli jejich momentální nedostupnosti, a tak jsou i na zdravotnické záchranáře kladeny čím dál větší kompetenční nároky. Otázkou tedy zůstává, jak vlastně můžeme nakládat se stavy, které nejsou pro výjezd záchranné služby indikovány, tak aby záchranná služba nebyla přetěžována.

V teoretické části práce se proto zabýváme definováním přednemocniční neodkladné péče jako takové, její historii a vývoji. Blíže se pak zaměřujeme na práci dispečerů zdravotnických operačních středisek, způsob, jakým zpracovávají tísňové výzvy a jakou legislativou se řídí.

V empirické části pak pomocí výzkumu ověřujeme získané informace z teoretické části. Byl proveden kvalitativní výzkum technikou polostrukturovaného rozhovoru. Respondenty bylo 5 dispečerů Zdravotnického operačního střediska Jihočeského kraje a 3 dispečerů Zdravotnického operačního střediska Plzeňského kraje. Pomocí 19 výzkumných otázek jsme se snažily naplnit výzkumné cíle. Cílem bakalářské práce bylo zmapovat znalosti indikačního seznamu a porovnat znalosti dispečerů obou krajů, zároveň také zmapování přístupu k neindikovaným stavům a porovnání přístupu mezi kraji. V bakalářské práci jsou pak přiblíženy postupy dispečerů ZOS, vymezeny rozdíly ve znalostech klasifikací a názorech dispečerů na indikovanost tísňových volání. Výsledky byly pro lepší orientaci rozděleny do 15 kategorií. Všechny stanovené cíle se tímto způsobem podařilo splnit.

Předpokládáme, že výstupy bakalářské práce mohou posloužit jako podpůrný studijní materiál pro studenty oboru zdravotnický záchranář přibližující práci dispečera ZOS i jako podklad ke zkvalitnění práce jednotlivých dispečerů. Cílem práce je též zvýšit povědomí společnosti o tom, jak je v současné době využívána ZZS.

1 Současný stav

V současné době je zdravotnická záchranná služba (ZZS) jednou ze základních složek takzvaného integrovaného záchranného systému (IZS). Tyto složky zajišťují nepřetržitou pohotovost pro příjem a vyhodnocování tísňových výzev, ohlašování mimořádných událostí, na jejichž základě se starají o neodkladný zásah v místě události. Těmito základními složkami jsou Hasičský záchranný sbor České republiky, jednotky požární ochrany zařazené do plánu plošného pokrytí kraje jednotkami požární ochrany, Policie České republiky (PČR) a právě zdravotnická záchranná služba. Jejich síly a prostředky jsou rovnoměrně rozprostřeny po celém území České republiky, tak aby bylo dosaženo co nejlepší dostupnosti jejich služeb (Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů). IZS slouží ke koordinaci záchranných a likvidačních prací při mimořádných událostech, tak aby bylo naplněno ústavní právo každého občana na pomoc při ohrožení života či zdraví. (Hanuška, et al., 2010). Indikovanost výjezdů je tak jednou ze základních otázek ZZS. Z podstaty věci ZZS, zde vždy byla pro ty, jejichž zdraví či život je v ohrožení, současně však nelze říci, že by záchranná služba opravdu vyjížděla jen k těmto případům. Nezřídka se stává, že záchranáři jsou povoláni na místo, kde nejsou vlastně potřeba a situace mohla být vyřešena jiným způsobem. Zdravotnická záchranná služba celosvětově zaznamenává velký vzestup počtu netísňových volání. Kongres EMS v Kodani v květnu 2017 označil tento jev jako hlavní výzvu, jíž moderní systémy přednemocniční neodkladné péče čelí. (Stránská et. al., 2017).

1.1 Zdravotnická záchranná služba ČR

ZZS je definována zákonem č. 374/2011 Sb., o Zdravotnické záchranné službě jako forma poskytování zdravotnické péče, která je reakcí na tísňové volání, ať už na národním čísle 155 nebo pomocí jednotného evropského čísla tísňového volání 112. V rámci ZZS je poskytována přednemocniční neodkladná péče (PNP). PNP je péče poskytovaná osobám přímo na místě vzniku závažného postižení zdraví či přímého ohrožení života, jimž by bez odborné pomoci hrozilo prohloubení stavu či smrt, a během přepravy k cílovému poskytovateli zdravotní péče. Tím je pak nejbližší dostupný poskytovatel akutní lůžkové péče, který je schopen zajistit pokračování poskytování zdravotní péče pacientovi (Remeš & Trnovská, 2013).

V České republice, stejně jako téměř všude jinde ve světě funguje systém zdravotnické pomoci sloužící osobám ve stavu, který vyžaduje okamžitý zásah. Symbolem zdravotnické záchranné služby je po dlouhá léta hvězda života, jejíž výklad plně charakterizuje práci této organizace. Každý z paprsků reprezentuje jednu ze šesti funkcí záchranného řetězce, který je základem péče o pacienta v rámci přednemocniční neodkladné péče. Tedy rozpoznání stavu, oznámení události na tísňovou linku, výjezd ZZS, péče na místě, péče během transportu a předání k definitivní péči (Dobiáš et. al., 2012).

1.1.1 Historický vývoj zdravotnické záchranné služby

Snahy o ošetřování nemocných, těžce raněných a umírajících jsou známy již od nepaměti. Ovšem záchranná služba jako taková se začala formovat až o mnoho let později. Počátky přednemocniční neodkladné péče jsou spojeny s armádami, při nichž vznikaly první lazarety, využívalo se zde zdravotnických nosítek a improvizovaně vytvořených sanitních vozů, docházelo také ke třídění osob vyžadujících okamžité ošetření, později také použití vrtulníků pro rychlý transport a záchranu lidského života. To všechno byly historické momenty, jež právě na nejrůznějších bojištích utvářely moderní podobu zdravotnické záchranné služby. (Dobiáš et.al., 2012). Nejdéle provozovanou záchrannou službou v ČR a zároveň nejstarší organizací svého druhu v Evropě byla ta na území hlavního města Prahy fungující od roku 1857. Jednalo se o Pražský dobrovolný sbor ochranný tvořený 36 dobrovolníky, zdravotníky se všeobecným zaměřením. Cílem tohoto sboru bylo „*ochrániti, co jest ochrany hodno, zachrániti v každém druhu nebezpečí jak životy lidské, tak i majetek spoluobčanů dobrovolně, neohroženě a nezištně*“ (Vilášek et. al., 2014). V roce 1928 je již v hlavním městě v provozu 26 sanitních vozů, vybavených sirénou, základními léky, obvazy a chirurgickými nástroji (Šuman-Hreblay, 2011). Od r. 1960 byla záchranná služba vykonávána lékaři anesteziologie-resuscitace a chirurgie v rámci jejich práce v nemocnici, a tak na těchto nemocničních odděleních byl vždy určen lékař, který po kontaktování operátorky vyjel společně se sestrou na místo sanitním vozem. Záchranná služba se od nemocnic osamostatnila v roce 1993 a na našem území začalo vytváření jednotlivých územních středisek, zprvu organizovaných po okresech, později od 1.1.2004 vzniká současných 14 samostatných krajských záchranných služeb viz. Příloha č. 2. Tato střediska zřizována krajskými úřady tak odpovídají za PNP poskytovanou v rámci kraje. Na druhou stranu na území Slovenské republiky současně poskytují PNP dvě samostatné složky – soukromé společnosti a státní příspěvkové organizace, obě centrálně řízeny jednotným

Operačním střediskem ZZS Slovenské republiky, které je zřizováno Ministerstvem vnitra SR, což vedlo ke zlepšení pokrytí a větší dostupnosti PNP v Slovenské republice (Remeš & Trnovská, 2013). Nicméně i na našem území došlo k doplnění ZZS o tři nestátní poskytovatele PNP, a to Záchranou službou Asociace samaritánů České republiky, Trans Hospital a DZS Přeštice, které však poskytují péči právě v součinnosti s konkrétními krajskými středisky ZZS (E-ZAK, 2017).

1.1.2 Činnosti zdravotnické záchranné služby

Podle zákona č. 374/2011 Sb., o Zdravotnické záchranné službě, by měla ZZS poskytovat nepřetržitý kvalifikovaný bezodkladný příjem tísňových volání, ať už na národní číslo 155 či volání předaných jinou složkou IZS (zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě). Následně musí ZZS tato volání prostřednictvím zdravotnického operačního střediska vyhodnotit a rozhodnout o nejvhodnějším řešení situace, popřípadě rovnou zahájit telefonicky asistovanou první pomoc (TAPP) nebo telefonicky asistovanou neodkladnou resuscitaci (TANR) do příjezdu posádky ZZS. V rámci operačního řízení ZZS také řeší rozhodnutí o přesměrování výjezdových skupin, řízení a organizaci přednemocniční neodkladné péče na místě události a spolupráci s velitelem zásahu a následnou spolupráci s cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče (Remeš & Trnovská, 2013).

Součástí činností je pak hlavně vyšetření pacienta a poskytnutí adekvátní zdravotní péče, včetně případných neodkladných výkonů k obnovení nebo stabilizaci základních životních funkcí pacienta a poskytování soustavné péče během jeho přepravy do cílového zdravotnického zařízení. Na místě hromadného postižení osob či mimořádné události pak plní úkol třídění osob postižených na zdraví podle odborných hledisek urgentní medicíny. V neposlední řadě také zajišťují přepravu pacienta či přepravu tkání a orgánů k transplantaci letadlem, hrozí-li nebezpečí z prodlení a nelze-li přepravu zajistit jinak (Remeš & Trnovská, 2013). Od poslední reformy zákona o poskytování PNP, tedy zákona č. 374 z roku 2011 o zdravotnické záchranné službě, by pacienti měli mít přístup k péči do 20 minut od převzetí výzvy k výjezdu posádkou. Do té doby byl dojezdový čas nastaven na 15 minut, což se však ukázalo jako nedosažitelné zvláště pak pro odlehlé oblasti (Alexa et. al. 2015).

1.1.3 Organizační schéma zdravotnické záchranné služby

Zdravotnická záchranná služba je organizována na krajské rovině. Jedná se o příspěvkovou organizaci, jejímž zřizovatelem je kraj. Činnost ZZS je tedy financována z prostředků kraje, zdravotních pojišťoven a sponzorských darů. ZZS kraje má fungovat tak, aby byl zajištěn její provoz samostatně a bez závislosti na jiných subjektech. Každý kraj má tedy vždy vlastní ředitelství, operační středisko, středisko pro výcvik, pracoviště krizové připravenosti a samozřejmě jednotlivé základny s výjezdovými skupinami (Uhýrková & Bílková, 2016).

1.1.3.1 Ředitelství

Ředitelství ZZS zajišťuje řízení PNP v rámci svého kraje. Snaží se o zajištění kvalitního a bezpečného poskytování PNP. Sestává z jednotlivých úseků, které mají na starost např. personální a ekonomické zabezpečení, operační řízení, provozně technické řízení, právní služby. Přímým poskytováním PNP se pak zabývá úsek léčebné péče. Ten je tvořen pracovištěm léčebné péče, pracovištěm krizové připravenosti, pracovištěm ZOS, pracovištěm ošetrovatelské péče, které řídí, vede a kontroluje náměstek léčebné péče (Uhýrková & Bílková, 2016).

1.1.3.2 Operační středisko

Zdravotnické operační středisko má na starost nepřetržitou koordinaci činnosti jednotlivých výjezdových skupin a současně zajišťuje součinnost všech prvků PNP na území kraje. Klíčovou roli při tom sehrávají dispečeri střediska a ti řeší jednotlivá tísňová volání, poskytují telefonickou podporu volajícím, komunikují s posádkami a zajišťují vzájemnou komunikaci mezi jednotlivými prvky PNP (E-ZAK, 2017). Významnou roli tak sehrává komunikační a informační podpora systémů ZZS kraje. Komunikace posádek se střediskem je zajišťovaná vlastními rádiovými sítěmi a pro součinnostní spojení v rámci IZS slouží digitální síť PEGAS (HZSČR, 2020).

1.1.3.3 Školící a výcvikové středisko

Nedílnou součástí každé ZZS je školící středisko, které je zřízováno dle zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě a má za cíl zajišťovat dostatečnou připravenost organizace pro poskytování PNP, připravenost v oblasti mimořádných událostí, zároveň pomáhá jednotlivým pracovníkům a pracovním týmům získávat potřebné znalosti a dovednosti vždy s ohledem na aktuální poznatky v oblasti urgentní medicíny a poskytování zdravotní péče (ZZSHMP, 2018).

1.1.3.4 Pracoviště krizové připravenosti

Dalším důležitým článkem je pracoviště krizové připravenosti. Bývá často součástí ředitelství ZZS. Jeho úkolem je plánovací činnost ve zdravotně bezpečnostním systému kraje a státu, především s ohledem na havarijní plánování. V čele pracoviště je vždy krizový manager, který zastává funkci styčného bezpečnostního zaměstnance. Vytváří traumatologický plán kraje, ve kterém jsou obsažena veškerá opatření a postupy pro zajišťování PNP při mimořádných událostech s hromadným postižením osob, dále sestavuje také plán krizové připravenosti pro situace, kdy je vyhlášen jeden z krizových stavů. V neposlední řadě toto pracoviště také disponuje dostatečným materiálem pro výše uvedené situace. Výjezdové skupiny tak mají k dispozici nejrůznější prostředky, které jsou využitelné právě v situacích s hromadným postižením osob. Např. speciální ochranné pomůcky, prostředky na třídění postižených osob, tj. pásky a karty, které určí pořadí ošetření na místě a prioritu transportu do zdravotnického zařízení, speciální moduly jako např. Golem či Atego atd. Při pracovišti krizové připravenosti působí též koordinátoři psychosociální intervenční služby, kteří pomáhají řešit nadlimitně psychicky zatěžující události u všech zaměstnanců (ZZSHMP, 2018).

1.1.3.5 Výjezdové skupiny

Výjezdové skupiny přímo zajišťují poskytování PNP. K dispozici jsou různé výjezdové skupiny, sestavené tak, aby mohla být poskytnuta adekvátní zdravotní péče. Záchraná služba funguje v našich podmínkách na pozicích lékaře, zdravotnického záchranáře a řidiče. Ti jsou uspořádáni do různých výjezdových skupin, dle potřeb jednotlivých výjezdových základů. Na

základě zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě disponuje ZZS několika typy výjezdových skupin.

Rychlá zdravotnická pomoc (RZP) je posádka, kdy v sanitním voze je zdravotnický záchranář a řidič-záchranář. Taková posádka řeší většinu výjezdů, které nevyžadují zásah lékaře. Zdravotnický záchranář a jeho činnost v rámci posádky RZP je dána ukončeným studiem v oboru zdravotnický záchranář nebo sestra pro intenzivní péči se způsobilostí k výkonu povolání bez odborného dohledu. Absence lékaře v týmu ovšem omezuje kompetence zdravotníka v oblasti aplikace léků a některých terapeutických postupů. Kompetence zdravotnických záchranářů jsou upravovány ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných pracovníků, v § 17. Zároveň § 109 zavádí nový typ specializačního vzdělání pro NLZP tzv. zdravotnický záchranář se specializovanou způsobilostí pro urgentní medicínu. Toto vzdělání navazuje na získání odborné způsobilosti k výkonu povolání zdravotnického záchranáře a rozšiřuje kompetence záchranáře. Studium je ukončeno atestační zkouškou a zahrnuje 560 hodin praktického a teoretického studia (Remeš & Trnovská, 2013). Řidič či řidič – záchranář má práci upravenou vyhláškou č. 55/2011 Sb. Řidiči ZZS zabezpečují primárně odborný transport pacientů v rámci přednemocniční neodkladné péče, podílí se na kontrole a manipulaci a uložení léčivých přípravků, uložení zdravotnických prostředků a přístrojů, dále na dezinfekci a na zajištění dostatečné operativní zásoby sanitního vozu, v případě potřeby také obsluhují radiokomunikační prostředky. Další činnosti jsou prováděny pod odborným dohledem lékaře či jiného zdravotnického pracovníka, jenž nepotřebuje při poskytování PNP dohled. K výkonu profese je potřeba absolvování kvalifikačního kurzu řidiče vozidla ZZS sestávajícího z 600 hodin teoretického a praktického studia. Podmínkou pro zařazení do studia je ukončené středoškolské vzdělání, dobrý zdravotní stav a řidičské oprávnění skupiny C1 (ZZSHMP, 2017). Řidič záchranář je poměrně nový pojem, jde vždy o vystudovaného záchranáře, který má tedy i všechny jeho kompetence, zároveň má řidičský průkaz skupiny C1, může tedy řídit sanitní vůz. Řidiči záchranáři, tedy mohou střídat pozice řidiče a záchranáře. Tento systém však není jednotný pro celou republiku. (Český rozhlas ČB, 2017).

Dalším typem výjezdové skupiny je rychlá lékařská pomoc (RLP), kdy v sanitním voze je zdravotnický záchranář, řidič či řidič-záchranář a lékař. Tato posádka je kvalifikovaná zasahovat samostatně u všech případech. Vzhledem k nedostatečnému množství lékařů v PNP je toto složení posádky méně časté. Lékař je nedílnou součástí ZZS, měl by být tím, který řeší nejzávažnější případy a má kompetence pro specializované výkony a pro podávání širokého

spektra farmak. Lékařskou pozici na záchranné službě může samostatně vykonávat urgentní lékař, anesteziolog, intenzivista, chirurg, internista, kardiolog, neurolog, traumatolog, dětský lékař, praktický lékař nebo praktický lékař pro děti a dorost se specializovanou způsobilostí. V současné době je specializační obor urgentní medicína zařazen mezi obory nástavbové (tzn. certifikovaný kurz). Tento kurz lze tedy absolvovat až po získání způsobilosti v jednom ze základních oborů a je odborně zajišťován Institutem postgraduálního vzdělání ve zdravotnictví. Lékař je součástí posádek ZZS, kromě České republiky i ve většině evropských zemí. Ale v USA, Kanadě a v některých zemích Evropy (např. Velká Británie a Ukrajina) je zcela běžný systém paramediků (záchranářů). Lékaři zde pak pracují na urgentních příjmech nemocnic a záchranáři je mohou kontaktovat v případě nutné konzultace (Remeš & Trnovská, 2013).

Velmi často se také objevuje pojem Rendez-vous (RV), kdy posádku osobního vozu tvoří lékař a řidič-záchranář. Toto vozidlo slouží pouze pro přepravu zdravotnických pracovníků na místo události, nikoliv však pro transport pacienta do cílového zařízení. Pokud je nutné pacienta transportovat, je tak učiněno pomocí skupiny RZP. Lékař může na základě vyhodnocení pacientova stavu doprovázet pacienta během transportu. Ovšem při transportu pacienta pouze posádkou RZP se RV s lékařem stává okamžitě dostupnou pro další tísňovou výzvu (Modrá Hvězda Života, 2014).

Posledním typem posádky je Letecká záchranná služba (LZS). Složení posádky závisí na zřizovateli této služby. Zatímco nestátní provozovatelé zpravidla využívají tříčlenné posádky ve složení pilot, záchranář, lékař, která může být ještě doplněna o čtvrtého člena (obvykle hasič – lezec nebo člen Horské služby), PČR a Armáda České republiky (AČR) létají stabilně se čtyřčlennými posádkami (dva piloti, lékař, záchranář). U AČR případně posádku doplňuje ještě palubní technik – vysazovač. (Franěk, 2019a). Hlavním cílem nasazení LZS je maximální zkrácení přednemocniční fáze léčby, nicméně se jedná o velmi nákladnou položku a měla by tedy být používána pouze v indikovaných případech. ZOS tedy musí být schopné na základě vyhodnocení mechanismu úrazu a dalších dostupných informací (viz. Příloha č. 3) indikovat vzlet vrtulníku bez jakékoliv prodlevy (Truhlář et. al., 2013).

1.2 Zdravotnické operační středisko

Zdravotnické operační středisko je centrálním mozkiem ZZS. Hlavní náplní práce ZOS je přijímání a odborné vyhodnocování tísňových výzev na národní lince 155, tedy právě klasifikace a indikace výjezdu, dále potom poskytování telefonické odborné pomoci během tísňového volání, poskytování koordinační podpory výjezdovým skupinám a v neposlední řadě také zajištění součinnosti při mimořádných událostech v rámci IZS v souladu s platnou legislativou. (ZZSHMP, 2015)

1.2.1 Historie vzniku krajských zdravotnických operačních středisek

Dnešní podoba operačních středisek vznikala po dobu několika let postupným slučováním jednotlivých oblastních středisek. O dispečinku jsou první zmínky ve dvacátých letech dvacátého století, tehdy šlo však pouze o jednu samostatnou telefonní linku. V roce 1952 pak vzniká první radiofonní síť, která zajišťuje komunikaci výjezdových skupin s operačním střediskem. Postupně tak přibývalo jednotlivých operačních stanovišť a vyvíjely se možnosti spojení. (ZZSHMP, 2015). Nicméně s nárůstem počtu tísňových volání byla potřeba reforma. Od února roku 2012, kdy byl dokončen proces centralizace, funguje vždy jedno krajské středisko, které zodpovídá za příjem výzev linky 155 v rámci kraje. Zároveň přišla změna metodiky zpracování tísňového volání, možnost vyslat k zásahu nejbližší výjezdovou posádku, bez ohledu na spádová území jednotlivých výjezdových stanovišť, došlo také ke zkrácení dojezdových časů, lepšímu operativnímu řešení zásahů u mimořádných událostí a zkvalitnění organizace transportu pacientů do center specializované péče. S postupně zlepšující se technikou, přichází jednotná radiofonní i počítačová síť, GPS navigace sanitních vozů propojená s operačním střediskem. Tato technika poskytuje operačnímu středisku přehled o posádkách a výjezdových skupinách a umožňuje také vzájemný přenos dat. Pomocí zobrazení aktuální polohy sanitních vozidel na mapě mohou operátoři navigovat posádky přesně na místo zásahu (ZZSJČK, 2014).

1.2.2 Činnosti zdravotnického operačního střediska

Krajské zdravotnické operační středisko přijímá výzvy a koordinuje výjezdy záchranné služby v rámci kraje, zároveň spolupracuje s ostatními složkami IZS a jejich operačními středisky. Mezi hlavní činnosti operátorů tedy patří příjem a vyhodnocení tísňových volání, dále pak vydávání pokynů a poskytování telefonické asistence výjezdovým skupinám, zároveň komunikují s poskytovateli cílové zdravotnické péče. Dále pak asistují volajícímu při poskytování první pomoci a jsou proškoleni pro poskytování telefonicky asistované resuscitace. V neposlední řadě také koordinují přepravu pacientů mezi poskytovateli zdravotních služeb. (Remeš & Trnovská, 2013). „Průměrný hovor operátora na lince 155 trvá necelé dvě minuty. Během této krátké chvíle musí zjistit, jaká událost se stala, kde a kdy k ní došlo, zhodnotit závažnost stavu pacienta, popř. kolik postižených se na místě nachází.“ (ZZSJČK, 2011).

Příjem tísňové výzvy call-takerem na zdravotnickém operačním středisku (ZOS) by se měl sestávat ze sběru důležitých informací, jako je to, co se přesně stalo, v jakém stavu se postižený nachází a co nejpřesnější lokalizace volajícího. Podle těchto informací se snaží klasifikovat stav události. Tato klasifikace je nutná k určení rozsahu události, potřebné odbornosti posádky a naléhavosti (viz. Příloha č.5). Stanovení diagnózy však není cílem příjmu tísňové linky (Franěk, 2018).

Již během hovoru dochází ke zpracování informací a vyslání posádky, tak aby nedocházelo k prodlení (ZZSJČK, 2013). Call-taker poté volajícímu podává případně další informace a dle situace i instrukce k počínání do příjezdu výjezdové skupiny. Instrukce volajícímu jsou přínosné a v mnoha případech mohou zachránit lidský život při situacích jako je akutní infarkt myokardu, dušení, porod či masivní krvácení. Zároveň můžeme volajícího upozornit na potencionální nebezpečí pro jeho osobu např. u úrazů elektrickým proudem či pacienta např. u epileptického záchvatu (Wise & Edemekong, 2019).

Úkolem operačního řízení je přiřadit k jednotlivým událostem nejvhodnější výjezdovou skupinu nebo zvolit případně jiný postup jejich řešení. To je úkolem hlavního dispečera. Zásadní při rozhodování je i požadavek na zachování neustálé co nejlepší dostupnosti přednemocniční neodkladné péče, zároveň se snaží takticky plánovat a předvídat vývoj situace. Dispečer by neměl připustit, aby posádky nebyly připraveny na náhlé a neočekávané situace. To znamená, že má-li například volnou pouze posádku RLP nicméně klasifikace ukazuje na vyslání posádky RZP, avšak s možným krátkodobým odkladem, posádku nevysílá a vyčká na

návrat posádky RZP, která je v tomto případě indikována. Operační řízení by se tedy dalo shrnout jako činnost směřující k co nejlepšímu rozmístění zdrojů při co nejlepším zachování dostupnosti péče pro nově příchozí tísňová volání. A v neposlední řadě působí jako spojka mezi posádkou a cílovými poskytovateli péče, zajišťuje jim také informační podporu a organizuje součinnost členů IZS. (Franěk, 2013).

1.2.3 Legislativa zdravotnického operačního střediska

Jako každá jiná činnost je i činnost ZZS upravována legislativně. Co se týká činností operátorů, jež byly zmíněny výše, ty jsou upravovány vyhláškou Ministerstva zdravotnictví 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků. Jednou z těchto činností je také určování stupně naléhavosti události. Rozdělení těchto klasifikací určuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě. Trestně právní odpovědnost je vyjádřena v zákoně č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku, ve znění pozdějších předpisů. § 150 uvádí: „*Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta. Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.*“ Pokud by tedy došlo k úmrtí či újmě na zdraví, z důvodu nevyslání posádky kvůli předpokladu nižšího či úplného popření ohrožení zdraví, tak by se jednalo o trestný čin – usmrcení či ublížení na zdraví. Operátorů se však týká také pracovně právní odpovědnost. Nejčastější pochybení pak vyplývá z nedodržení vnitřních směrnic. V tom okamžiku jde podle zákoníku práce 262/2006 Sb., o porušení povinností vůči zaměstnavateli a ten vyvozuje důsledky (sankce, zákaz činnosti). Dalším právním předpisem důležitým pro práci operátora je povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků vyjádřená v zákoně 372/2011 Sb, o zdravotních službách. Ohrožení operátora vyplývá z nedodržení mlčenlivosti, což může znamenat trestný čin podle § 180 trestního zákoníku – neoprávněné nakládání s osobními údaji (Franěk, 2013)

1.3. Náplň práce operátora zdravotnického operačního střediska

Základním stavebním kamenem každého ZOS jsou operátoři, ti stojí na počátku každého výjezdu záchranné služby. Musí být schopni zvládat řadu činností zahrnující komunikaci s volajícím a současnou analýzu získaných informací, zhodnocení dostupných možností řešení situace a zajištění optimální pomoci. Měli by zároveň být schopni volající aktivně vést k provádění život zachraňujících výkonů při bezprostředním ohrožení života. Musí být osobou, která trpělivě vyslechne a poradí volajícímu. Na druhou stranu však pracují v časové tísní a často pouze s omezenými informacemi. A jejich rozhodnutí pak výrazně ovlivňuje další osudy postižených osob. Psychická náročnost této profese je tedy značná (Franěk, 2013).

Dle zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě vyplývají pro operátora tyto povinnosti. Jde o vyhodnocování stupně naléhavosti tísňového volání, rozhodování o nejvhodnějším okamžitém řešení tísňové výzvy podle zdravotního stavu pacienta, rozhodování o vyslání výjezdové skupiny, rozhodování o přesměrování výjezdové skupiny a operační řízení výjezdových skupin. Úkolem operátora je tedy co nejefektivněji vyhodnotit informace získané z tísňového volání, aby zjistil, zda a jakou posádku je třeba na místo vyslat a s jakou prioritou (Bohm & Kurland, 2018). Pro výkon profese je nutné dosažené vzdělání v oboru zdravotnický záchranář, způsobilý k výkonu povolání bez odborného dohledu, sestra pro intenzivní péči způsobilá k výkonu povolání bez odborného dohledu, popř. všeobecná sestra způsobilá k výkonu povolání bez odborného dohledu s absolvovaným certifikovaným kurzem „Operační řízení přednemocniční neodkladné péče“. Zároveň by každé ZOS mělo mít k dispozici lékaře (urgentní lékař, anesteziolog, intenzivista, chirurg, internista, kardiolog, neurolog, traumatolog, dětský lékař, praktický lékař nebo praktický lékař pro děti a dorost se specializovanou způsobilostí), který bude dostupný pro radu a pomoc prostřednictvím telefonu nebo elektronicky, v případě vyžádání fyzické přítomnosti na pracovišti do 20 minut (Remeš & Trnovská, 2013).

„V každé směně je nezbytný určitý počet operátorů vzhledem k počtu linek pro příjem tísňového volání (minimální počet operátorů ve směně jsou dva.)

- dva operátoři ve směně, pokud jsou zřízeny tři linky pro příjem tísňového volání;
- tři operátoři ve směně, pokud jsou zřízeny čtyři linky pro příjem tísňového volání;
- čtyři operátoři ve směně, pokud je zřízeno šest linek pro příjem tísňového volání;

- šest operátorů ve směně, pokud je zřízeno sedm linek pro příjem tísňového volání;
- sedm operátorů ve směně, pokud je zřízeno osm linek pro příjem tísňového volání”

(Remeš & Trnovská, 2013)

1.3.1 Klasifikace událostí

Klasifikace události je jakousi první fází zpracování tísňové výzvy call-takerem, ten se snaží identifikovat daný zdravotní problém, s nímž se na něj volající obrací a na základě této klasifikace rozhodnout o dalším řešení situace. Jde tedy hlavně o zjištění a popsání stavu pacienta, zjištění případného úrazového děje a rozsahu události tak, aby bylo možné výzvu dále adekvátně zpracovat (Franěk, 2013). Stanovení klasifikace je klíčové, nicméně velmi obtížné, jelikož nesprávně vyhodnocený případ může znamenat i smrt pacienta. Obzvláště v případech, kdy se jedná o stavy, které je nutné rychle rozpoznat a řešit. Patří sem stavy jako je náhlá zástava oběhu, příznaky akutního infarktu myokardu, závažná dušnost, příznaky cévní mozkové příhody a závažná traumata. Tyto stavy definovali autoři projektu European Emergency Data jako tzv. First Hour Quintet (FHQ). Jde tedy o stavy, jež vyžadují odpovídající péči v rámci tzv. zlaté hodiny (Fischer, et al., 2011). Nejde o oficiální klasifikaci, ale i přesto je koncept FHQ řadou autorit citován a přijímán jako nejlepší dostupná obecná definice událostí vyžadujících poskytnutí prioritní PNP (Franěk, 2012). Vždy je tedy potřeba co nejpřesněji určit klasifikaci, neboť přeindikování vede k nesprávnému využití a blokování výjezdových skupin a na druhou stranu podindikování může prodlevou v dostupnosti péče negativně ovlivnit pacientovo zdraví a život (Dami et. al., 2015, Hoikka, et al., 2016).

Stanovení klasifikace a naléhavosti je velmi důležité i pro bezpečnost posádky ZZS a ostatních účastníků silničního provozu. Dle naléhavosti by se měla řídit jízda sanitního vozu. V případech, kdy je ohrožen lidský život, tedy v naléhavějších případech vyhodnocených naléhavostí N1 či N2, je řidič oprávněn užívat světelná a výstražná znamení a není omezen rychlostním limitem, samozřejmě musí jet na únosné hraně bezpečnosti a neohrozit tak ostatní účastníky provozu. U naléhavostí N3, pak smí překročit povolenou rychlost o 30 km/h. Naléhavost N4 je plně podřízena dodržování předepsané rychlosti a nesmí u ní být použita zvuková, ani světelná výstražná znamení. Návrat posádky na základnu odpovídá naléhavosti N4 a řídí se tedy stejnými pravidly. Výjimka může být udělena po informování ZOS, pokud by byla návratem podle dopravních předpisů byla ohrožena dostupnost ZZS (Slabý, 2018).

Dále je nutno zmínit pojmy primární a sekundární výjezd. Primární výjezdy jsou vždy prioritou pro ZZS a na sekundárních převozech pacientů mezi nemocničními zařízeními se podílí asi jen ve 4 % (ÚZIS ČR, 2016) a výzva může předcházet transport řádově ve dnech, pokud nejde o neodkladný neboli urgentní sekundární transport, který většinou zajišťuje LZS.

1.3.1.1 Klasifikační systémy

Co se týká klasifikací existují dva základní přístupy. Criteria Based Dispatch (CBD) a Advanced Medical Priority Dispatch System (AMPDS). CBD je systém využívaný ve většině evropských zemí. Tento systém využívá hlavně intuitivní přístup, tedy využívá zkušenosti, znalosti a dovednosti daného operátora a stanovení klasifikace nechává na základě jeho racionality. Jedná se o poměrně rychlý a efektivní způsob vyhodnocování výzev. Ale míra lidského faktoru je zde podstatně vyšší, a tak neposkytuje takovou míru právní ochrany v případě mylného vyhodnocení operátorem jako v systému AMPDS. Na druhou stranu AMPDS, systém využívaný v anglo-amerických zemích, je systém založený spíše na protokolech, které provádí operátora při rozhovoru s volajícím. Tento systém nabízí operátorům vysokou právní ochranu, drží-li se striktně protokolů, nicméně za cenu flexibility reakcí. Tyto systémy mají podobnost s přístupem intuitivním (CBD) nebo formalizovaným (AMPDS). Nicméně se jedná pouze o postupy, kterak klasifikovat událost, nikoliv, jak má být dále řešena. Proto se nedají označit za shodné. (Franěk, 2013)

1.3.2 Stupně naléhavosti

Naléhavost je stanovována především k udržení volných zdrojů pro případ neočekávaných událostí, a proto, aby byly dané situace řešeny adekvátně, tedy tak že závažné případy mají přednost před těmi s nižším rizikem zhoršení stavu kvůli prodlení. Zároveň slouží k určení, zda mají být použity výstražné signály a jakou rychlostí se bude ZZS na místo přesouvat z důvodu snížení nehodovosti sanitních vozů. (Franěk, 2013). Posádka vyslaná ZOS k zásahu na základě tísňové výzvy může být před dosažením místa zásahu, přesměrována k jinému zásahu, pokud indikace k zásahu bude naléhavější. To upravuje zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě § 3, body a-e. Zajištění původního zásahu vyřeší ZOS jiným způsobem. ZOS nemůže v průběhu transportu pacienta aktivovat tuto výjezdovou skupinu k zásahu na základě

další tísňové výzvy. Posádka může být aktivována ZOS k dalšímu zásahu po předání pacienta ve ZZ (zákon č. 374/2011 Sb., o ZZS). V našich podmínkách se tedy většinou pracuje se 3–4 stupni naléhavosti (viz. Příloha č.5). Nejvyšší prioritu má vždy naléhavost N1. Prvnímu stupni naléhavosti odpovídají život přímo ohrožující stavy jako jsou např. NZO, dušení, masivní krvácení, velké popáleniny atd. - na místo je vždy vyslána nejbližší posádka, pokud možno s lékařem (ať už formou vyslání RLP, či RV+RZP). Zde nachází své místo i first responderi viz. podkapitola. Jednotlivé naléhavosti jsou pak ve vyhlášce 240/2012 Sb. kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě, takto:

- N1 v případech, kdy došlo k selhání nebo bezprostředně hrozí selhání základních životních funkcí nebo o mimořádnou událost s hromadným postižením osob
- N2 v případě, kde pravděpodobně hrozí selhání základních životních funkcí
- N3 v případech, kdy bezprostředně nehrozí selhání základních životních funkcí, ale stav vyžaduje poskytnutí zdravotnické záchranné služby
- N4 nejde-li o případy vypsání výše, pokud operátor zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska rozhodne o vyslání výjezdové skupiny

(Vyhláška 240/2012 Sb. kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě, Sbíрка předpisů České republiky, strana 3226)

1.4 Možnosti postupu operátora při řešení tísňové výzvy

Práce operátora je značně náročná a zodpovědná, mimo to počty tísňových volání jsou čím dál tím větší a je potřeba volit efektivní přístup pro řešení různých situací, se kterými se operátor může setkat. Od jeho úsudku se pak odvíjí celá kaskáda poskytnutí pomoci v rámci ZZS. Ačkoliv nejčastěji postupují podle zjednodušeného schématu viz. Příloha č. 4. mohou se přístupy jednotlivých dispečerů odlišovat. Existují dvě možnosti přístupu ke zpracování volání, a to intuitivní a formalizovaný přístup. Každý z těchto přístupů má své klady a zápory, proto je často dochází ke kombinaci těchto přístupů pro co největší zefektivnění poskytované pomoci (Čepická, 2013).

1.4.1 Intuitivní

V našem geopolitickém prostoru zatím převládá intuitivní přístup ke klasifikacím. Tento přístup je založen především na zkušenostech dispečera a na jeho odborném názoru. (Šeblová & Knor, 2013). To přináší pružnost reakcí zvláště na nezvyklé výzvy, může být zároveň i velmi efektivní, bohužel může být často velmi ovlivněn subjektivitou dispečera. Ze statistického hlediska se efektivita tohoto přístupu jeví jako velmi rozptýlený jev. Opravdu vždy záleží na konkrétním případě a konkrétním call-takerovi. Další nevýhodou tohoto přístupu je také to, že rozhodnutí dispečerů jsou snadno napadnutelná, jelikož nemají formalizovaný postup. Výrazným problémem intuitivního přístupu jsou výzvy, které dispečer vyhodnotí jako „typické“. Např. pokud jde o volání z restauračního zařízení v noční hodinu, může ze strany call-takera dojít k podcenění situace a následnému špatnému vyhodnocení situace (Franěk, 2013).

1.4.2 Formalizovaný

Formalizovaný přístup přináší určité sjednocení postupů jednotlivých pracovníků operačních středisek. Pracuje s formalizovanými protokoly, které vedou operátora v průběhu celého hovoru, na jejich základě je pak stanovena indikace. Nicméně je vždy potřeba, aby si pod klasifikací stavu např.: kolaps představili spolupracující call – taker a dispečer stejný stav. Jde i o určitou prevenci případného pochybení, jelikož se snaží sjednotit postup všech dispečerů. Dodržováním standardů se chrání zaměstnanci před forenzními následky. Existují různé stupně formalizace – od obecné až po vysoce specializovanou (Franěk, 2013).

1.5 Alternativní řešení tísňové výzvy

Záchranná služba celosvětově zaznamenává velký vzestup počtu „netísňových“ volání. Kongres EMS v Kodani v květnu 2017 označil tento jev jako hlavní výzvu, již moderní systémy PNP čelí (Stránská et. al., 2017). Otázkou tedy zůstává, jak vlastně můžeme nakládat se stavy, které nejsou pro výjezd záchranné služby indikovány. Dosti často je to důsledkem selhání primární péče o pacienta, kdy pacient nevidí jinou možnost než zavolání záchranné služby.

1.5.1 Praktický lékař

Jednou z možností operátora je v neakutním případě doporučení návštěvy PL (praktického lékaře). Praktický lékař zajišťuje běžnou primární péči o pacienta. Fungují v soukromých ordinacích a jejich pracovní doba je dána ordinačními hodinami. Praktický lékař léčí akutní a chronická onemocnění, poskytuje preventivní péči, zajišťuje základní vyšetření a vzdělává lidi v oblasti zdraví. Kontakt s klientem je charakteru dlouhodobého, někdy i celoživotního. Na doporučení praktického lékaře by se pacient měl dostávat k sekundární (specializované) péči.

1.5.2 Převozové sanity

Další možností pak může být využití dopravní sanity. Doprava raněných, nemocných a rodiček (DRNR) či dopravní zdravotnická služba (DZS) je služba zajišťována výjezdovou skupinou tvořenou řidičem ve voze převozové sanity. Mimo převozy mezi nemocničními zařízeními lze využívat vozy DRNR i při hromadných neštěstích jako transportní prostředky. Neslouží však jako plnohodnotná náhrada běžné sanity, jelikož nedisponuje dostatečným lékařským materiálem ani dostatečným personálním zabezpečením. Má pouze základní vybavení. Nosítka, infarktové křeslo a obvykle ještě jedno pevné křeslo. Další výbavu mohou tvořit fixační dlahy, odsávačka, O₂, AED, porodnický balíček, ale zcela chybí jakákoliv farmaka. (Vyhláška 296/2012 Sb., o požadavcích na vybavení poskytovatele zdravotnické dopravní služby, poskytovatele zdravotnické záchranné služby a poskytovatele přepravy pacientů neodkladné péče dopravními prostředky a o požadavcích na tyto dopravní prostředky)

1.5.3 Lékařská služba první pomoci

LSPP poskytuje ambulantní péči občanům v případě náhlé změny zdravotního stavu, zhoršení průběhu onemocnění, které nastalo v době mimo pravidelný provoz ambulantních zařízení. (NZIP,2021). Jedná se o veřejnou pohotovostní zdravotnickou službu, která je poskytována všem občanům mimo pracovní dobu praktických lékařů a ambulancí. Neslouží tedy pro běžné preventivní prohlídky a vyšetření, které lze realizovat v normálním denním provozu zdravotnických zařízení. Zároveň poskytuje péči i neregistrovaným pojištěncům, nepojištěným,

neplnícím zákonného pojištění, např. bezdomovcům, cizincům, ale i pojištěncům s akutní příhodou, kteří jsou mimo dosah svého praktického lékaře např. turistům (Levko et. al., 2017).

1.5.4 Poskytování informací o obvyklém postupu

Jednou z cest, jak řešit netísňová volání je zavedení spektra situací, které mohou operátoři řešit samostatně a bez nutnosti vyslat posádku ZZS. Call-taker danou situaci řeší konzultací, která má za cíl přeměrování volajícího z pohotovostního do standardního režimu zdravotní péče, tedy k praktickému lékaři nebo ambulatnímu specialistovi nebo pomocí rady zajistí překlenutí doby, než tato péče bude dostupná. Operátoři zdravotnických tísňových linek jsou zdravotníci, kteří jsou v poskytování vhodných rad a doporučení i rámcově oprávněni na základě §17 odst. o) vyhlášky 55/2011 Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků „*zdravotnický záchranář je oprávněn... provádět telefonní instruktáž k poskytování první pomoci a poskytovat další potřebné rady za použití vhodného psychologického přístupu*“. (vyhláška 55/2011 Sb, o činnostech zdravotnických pracovníků). Volající samozřejmě musí být v průběhu hovoru vyzván, aby co nejdříve kontaktoval svého praktického lékaře a pokud by do té doby došlo k jakýmkoliv pochybnostem o vývoji stavu, opět kontaktoval linku 155. (Stránská et. al., 2017)

1.5.5 Nízkoprahový urgentní příjem

Urgentní příjem je pracoviště s nepřetržitým provozem zajišťující poskytování intenzivní akutní lůžkové péče a specializované ambulantní péče pacientům s náhle vzniklým závažným postižením zdraví a pacientům v přímém ohrožení života (Věstník MZČR, 2015). „*Je místem prolínání přednemocniční a nemocniční péče a vzájemná spolupráce na tomto poli dále zvyšuje kvalitu péče o pacienty.*“ (ZZSJČK, 2018 b). Úkolem urgentního příjmu je vyšetření pacienta, stabilizace jeho životních funkcí v případě nutnosti, prvotní ošetření a rozlišení potřeby nutné hospitalizace – tedy předání pacienta na oddělení intenzivní péče (operační sál, ARO, JIP) nebo na standardní lůžko, anebo v případě zvládnutí akutního stavu hospitalizaci nevyžadujícího, směrování pacienta do domácí péče, s možným doporučením k návštěvě praktického lékaře či ambulantního specialisty. Na urgentním příjmu je potřeba lékařů se specializovanou způsobilostí, ideálně v oboru urgentní medicína. Musí zvládat většinu akutních stavů sami, ale v případě potřeby mají k dispozici i specialisty jednotlivých oborů – konziliáře. V takových

případech se jedná o multioborovou spolupráci. (Věstník MZČR, 2015). Nízkoprahé urgentní příjmy fungují jako triage centra, kam pacienti sami přicházejí a za pomoci zdravotnických pracovníků je jim přiřazeno pořadí v jakém budou ošetřeni. Samozřejmě na tyto urgentní příjmy přijíždějí i posádky ZZS, které se s vyšší naléhavostí dostávají dříve na řadu a doba čekání se tak u neurgentních stavů prodlužuje.

1.5.6 Specializované ambulance

Specializované ambulance zajišťují péči v rámci jednoho oboru. Mohou být soukromé nebo zřizovány jako součást nemocničních komplexů. Zde jsou lékaři a sestry vázáni příslušným nemocničním oddělením. Lidé sem docházejí na doporučení lékaře, ZOS, nebo jsou přiváženi ZZS, nicméně by se sem měli dostat jen ti pacienti, kteří svým postižením a naléhavostí spadají pod příslušnou ambulanci. Tyto ambulance disponují vlastní vyšetřovací technikou, mají přístup k centrálním laboratořím a je možné provést skrze ně hospitalizaci pacienta. Lékař se po vyšetření pacienta rozhoduje, zda bude pacient hospitalizován nebo bude provedena intervence s následným propuštěním.

1.5.7 First responder

I přes stále se rozrůstající pokrytí území posádkami zdravotnické záchranné služby a s tím souvisejícím zkracováním časů dojezdu posádky na místo zůstává prvních pár minut pacient s náhlou zástavou oběhu nedosažitelný pro profesionální pomoc. Zvláště pak těchto pár minut je pro takového pacienta klíčových a zásadně ovlivňují jeho šance na přežití. Byť je velká snaha o osvětu, počet laiků schopných provádět účinnou kardiopulmonální resuscitaci je stále nedostatečný. A i když je u pacienta prováděna telefonicky asistovaná resuscitace není to stoprocentní recept na úspěch, pokud není prováděna správně. Z tohoto důvodu byl do praxe zaveden další systémový prvek. First responderi jsou příslušníky z řad složek integrovaného záchranného systému, kteří jsou speciálně vyškoleni a vybaveni k poskytování neodkladné pomoci před příjezdem profesionální pomoci. „*Hovoříme tak o plánované první pomoci na vyžádání, first responderi tedy fungují jako předsunutá jednotka schopná poskytnout klíčové resuscitační úkony před příjezdem zdravotnické záchranné služby.*” (ZZSJČK, 2018a). Běžně takto fungují členové Hasičského záchranného sboru, PČR, městských policií a další osoby

např. záchranáři a policisté mimo službu nebo další vybraní dobrovolníci, vybavení speciální mobilní aplikací (Franěk, 2019b). Nicméně tato možnost zcela nenahradí výjezd ZZS, pouze usnadní poskytnutí pomoci tam kde je potřeba.

1.5.8 Horská a vodní záchranná služba

Stejně jako předchozí bod nejde tak úplně o alternativu výjezdu ZZS, ale spíše o usnadnění a zefektivnění poskytované pomoci. V odlehlých a náročných terénech, kde není možné rozmisťovat síly a prostředky ZZS, je první pomoc zajišťována smluvně. Je poskytována poučenými laiky nacházejícími se v dané oblasti (horská služba, vodní záchranná služba). Ti často disponují speciálními prostředky pro transport pacienta ve specifických podmínkách, na druhou stranu mají dosti omezené zdravotnické vybavení a jsou tedy schopni samostatně vyřešit pouze méně závažné případy. Tato služba tedy také plně nenahrazuje výjezd posádky ZZS, pouze urychluje přístup pacienta ke kvalifikované pomoci.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat znalosti indikačního seznamu dispečerů Zdravotnické záchranné služby Jihočeského a Plzeňského kraje.

Cíl 2: Porovnat znalosti indikačního seznamu dispečerů Zdravotnické záchranné služby Jihočeského a Plzeňského kraje.

Cíl 3: Zmapovat postup dispečerů při řešení neindikovaných stavů Zdravotnické záchranné služby Jihočeského a Plzeňského kraje.

Cíl 4: Porovnat postup dispečerů při řešení neindikovaných stavů Zdravotnické záchranné služby Jihočeského a Plzeňského kraje.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č.1: Jsou dispečeréi obou krajů znalí indikačního seznamu pro stanovení naléhavosti výjezdů?

Výzkumná otázka č.2: Jaké jsou rozdíly v indikačním seznamu dispečerů obou krajů?

Výzkumná otázka č.3: Jak postupují dispečeréi u neindikovaných stavů Zdravotnické záchranné služby Jihočeského a Plzeňského kraje?

Výzkumná otázka č.4: Jaké jsou rozdíly v postupu dispečerů u neindikovaných stavů Zdravotnické záchranné služby Jihočeského a Plzeňského kraje?

3 Metodika

3.1 Použitá metoda a technika sběru dat

Bakalářská práce je členěna na dvě části. V teoretické části práce byly popsány důležité pojmy vztahující se k druhé, praktické části. Teoretická část byla zpracována formou literární rešerše. Zabývá se účelem ZZS a činnostmi ZOS z hlediska dostupné české a zahraniční literatury. V praktické části byla využita kvalitativní výzkumná strategie, metodu dotazování a techniku polostrukturovaného rozhovoru. Výzkum byl realizován na zdravotnickém operačním středisku JČK v Českých Budějovicích a na zdravotnickém operačním středisku PK v Plzni. Všichni dispečerůi souhlasili s provedením rozhovoru a byli seznámeni s tím, že rozhovor bude anonymní. Zvuková stopa rozhovoru byla zaznamenána na mobilní telefon. Nahrávky byly následně smazány po přepsání do textové podoby. S nahráváním pod touto podmínkou všichni dotazovaní souhlasili. V rozhovorech jsme se zabývaly dvěma základními tématy. A to znalostí indikačního/klasifikačního seznamu jednotlivých dispečerů ZOS JČK a ZOS PK. Druhým tématem pak bylo řešení neindikovaných stavů dispečery ZOS JČK a ZOS PK. Dispečerům bylo položeno celkem 19 otázek. Rozhovory byly zaznamenávány prostřednictvím mobilního telefonu a následně byly přepsány do písemné podoby. Dále byla vymezena pouze data vztahující se k cílům a výzkumným otázkám práce. Pomocí kvalitativní analýzy dat, byla zpracovaná získaná data prostřednictvím otevřeného kódování. Pro zpracování výsledků zjištěných pomocí polostrukturovaných rozhovorů bylo využito kódování a kategorizace dat. Získané informace byla následně pro zřehlednění zanesena do tabulek.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum byl proveden na ZOS JČK, sídlem v Českých Budějovicích a na ZOS PK v Plzni. Rozhovory proběhly osobně s 5 dispečery ZOS JČK a na operačním středisku PK s dalšími 3 dispečery skrze telefonní hovor. Výzkumný soubor tedy tvořilo celkem 8 zaměstnanců ZOS JČK (v tabulce označení modře) a ZOS PK (v tabulce označení zeleně). Dotazovaní respondenti zastávají funkci příjmu tísňového volání (call – taking) a koordinace posádek (operační řízení), popř. obojí. Dokáží tedy dostatečně odpovědět na zvolené výzkumné otázky. Výzkum probíhal v srpnu 2020 a dubnu 2021. Na ZOS JČK byla zaslána žádost o sběr dat

a o poskytnutí rozhovoru, po úpravě otázek i schválena. Nicméně sběr dat byl umožněn až v rámci srpna 2020. Rozhovor byl poté veden s pěti přítomnými dispečery Zdravotnického operačního střediska Jihočeského kraje ochotnými poskytnout rozhovor. Ke schválení výzkumu na ZOS PK došlo až v dubnu 2021. Rozhovory poté proběhly v souvislosti s pandemií SARS-COV 2 telefonicky pouze se třemi dispečery, kteří byli ochotni poskytnout rozhovor.

4 Výsledky

Tato kapitola obsahuje prezentaci výsledků výzkumu realizovaného s dispečery operačních středisek ZZS krajů Jihočeského a Plzeňského.

4.1 Sociodemografické údaje

Tabulka 1: Sociodemografické údaje

Označení respondenta	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Pozice	Praxe na ZOS	Pracoviště
R1	žena	49	SZŠ + ARIP	call-taker	3 roky	ZOS JČK
R2	muž	46	SZŠ+ZZ (DiS)	call-taker	2 roky	ZOS JČK
R3	žena	45	SZŠ + ARIP	call-taker i operátor	3 roky	ZOS JČK
R4	muž	42	SZŠ + ARIP	řídící operátor	16 let	ZOS JČK
R5	muž	38	ZZ (DiS)	call-taker i operátor	11 let	ZOS JČK
R6	žena	38	VS (DiS) + Ošetřovatelství (Bc.) + ARIP	call-taker	5 let	ZOS PK
R7	žena	28	ZZ (Bc.)	operátor	5 let	ZOS PK
R8	muž	37	ZZ (DiS.)	call-taker	13 let	ZOS PK

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Tabulka 1 zaznamenává sociodemografické údaje respondentů. Barevně jsou odlišena jednotlivá střediska (JČK modře a PK zeleně), pro přehlednost i dále v textu. Mezi respondenty není převažující poměr pohlaví. Stejněměrně jsou zastoupeni muži i ženy. Věk respondentů je v rozmezí od 28 let do 49 let. Délka praxe na ZOS se u jednotlivých respondentů lišila, v rozmezí od 2 do 16 let, je tedy patrné že jsou zde tedy zastoupeni jak noví, tak i dlouholetí

zaměstnanci operačního střediska. Nejkratší dobu je na ZOS zaměstnán R2 a nejdéle je zaměstnán R4. Respondenti měli nejčastěji střední zdravotnické vzdělání (SZŠ) s následným specializačním studiem pro intenzivní péči (ARIP). Dalším zastoupeným oborem byl zdravotnický záchranář, který respondenti vystudovali buď na vysoké škole s titulem bakalář (Bc.), nebo na vyšší odborné škole s titulem diplomovaný specialista (DiS).

4.2 Kategorizace výsledků

Tabulka 2: Seznam výzkumných kategorií

Kategorie 1	Účel indikačního/klasifikačního seznamu
Kategorie 2	Jiné prostředky pro stanovení naléhavosti
Kategorie 3	Odpovědnost za správnost seznamu a změny v něm prováděné
Kategorie 4	Vlastní návrh změn
Kategorie 5	Stupně naléhavosti a jejich rozdíly
Kategorie 6	Naléhavost u indikace dušnosti
Kategorie 7	Naléhavost indikace DN
Kategorie 8	Naléhavost u osoby sražené dopravním prostředkem v rychlosti nad 35 km/h
Kategorie 9	Naléhavost N4
Kategorie 10	Zneužití ZZS (počet případů)
Kategorie 11	Postup u neindikovaných případů (možnosti a volený postup)
Kategorie 12	Školení v problematice neindikovaných volání a následné řešení neindikovaných volání
Kategorie 13	Kontrola postupu dispečerů a důsledky nevyslání posádky u neindikovaného stavu

Kategorie 14	Nejčastější neindikovaná volání
Kategorie 15	Řešení neindikovaných výjezdů

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

V tabulce 2 jsou znázorněny jednotlivé kategorie na základě získaných dat z provedených rozhovorů. Každá kategorie je poté popsána dle získaných odpovědí. K výzkumným otázkám 1 a 2, řešícím znalost indikačního seznamu a klasifikací se vztahují kategorie 1-9. Výzkumným otázkám 3 a 4, zkoumajícím přístup a postup v případě neindikovaných volání, se věnují v kategoriích 10-15.

4.2.1 Kategorie 1: Účel indikačního/klasifikačního seznamu

Tabulka 3: Účel indikačního/klasifikačního seznamu

Respondent (R)	Účel indikačního/klasifikačního seznamu
R1	Upřesnění druhu události
R2	upřesňuje informace posádkám
R3	rozlišení případů, upřesňuje informace posádkám
R4	upřesňuje informace posádkám
R5	Ke klasifikaci události, k adekvátnímu vyslání sil a prostředků
R6	neznám pojem klasifikační/indikační seznam
R7	upřesnění druhu události
R8	ke klasifikaci události

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Tabulka 3 přináší pohled na to jakým způsobem dochází ke klasifikaci událostí. V úvodu rozhovoru byla respondentům položena tato otázka: „**K čemu slouží ZOS klasifikační seznam?**“ Z celkového počtu 8 respondentů 7 odpovědělo, že slouží k upřesnění druhu události

posádkám, R5 poté konkrétněji uvádí, že slouží ke klasifikaci události a tomu odpovídajícímu vyslání sil a prostředků. R6 pak uvádí, že pojem klasifikační seznam nezná. Na účelu klasifikačního seznamu se respondenti shodli, a to že jeho účelem je usnadnění správného rozhodnutí o naléhavosti s jakou bude vyslána posádka k zásahu. Zároveň uvádí, že tyto klasifikace pak slouží jako první informace pro posádku, jenž je na místo vyslána.

4.2.2 Kategorie 2: Jiné prostředky pro stanovení naléhavosti

Tabulka 4: Jiné prostředky pro stanovení naléhavosti

Respondent (R)	Jiné prostředky pro stanovení naléhavosti
R1	Vlastní zkušenost, nicméně vázání směrnicemi
R2	NE
R3	NE
R4	NE
R5	NE
R6	Dispečerský program
R7	Vlastní zkušenost
R8	Vlastní zkušenost

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Tabulka 4 se pak věnuje otázce „**Využíváte i jiných prostředků pro stanovení naléhavosti?**“ Co se týká využití jiných prostředků pro stanovení naléhavosti převládá odpověď shodná s R5 „*Jedeme podle klasifikačního seznamu, který je jakousi přílohou směrnice.*“ Podobně se vyjádřil i R3 „*Ne, pouze podle klasifikace, musíme podle směrnic. Případně tam můžeme něco dopsat, ale bez klasifikace nás to nepustí.*“ S R3 koresponduje i odpověď R7. Nicméně jistou míru vlastního úsudku udává R1 „*Vycházíme i ze zkušeností, z vlastního odhadu, nicméně jsme v tomto směru neustále vzdělávání a vázání směrnicemi.*“ R6 komentuje, že výraz indikační seznam jí není znám, nicméně využívají formalizovaný přístup ke klasifikacím a využívají tzv.

pavouka, tedy soubor provázaných oblastí, příznaků a naléhavostí „*Postupně se proklikáme k odpovídající klasifikaci a naléhavosti.*“ R8 pak odpovídá shodně s R6. Většina respondentů tedy při stanovení naléhavosti využívá formalizovaný přístup, jenž jde ruku v ruce s využíváním počítačového programu Dispečer, ale často svůj přístup doplní vlastními zkušenostmi. Z výzkumu tedy vyplývá, že se systém v ČR opírá o formalizovaný systém, který dispečerům přináší právní oporu, ale velmi často je doplněn systémem intuitivním, který jim umožňuje reagovat na základě zkušeností.

4.2.3 Kategorie 3: Odpovědnost za správnost seznamu a změny v něm prováděné

Tabulka 5: Odpovědnost za správnost seznamu a změny v něm prováděné

Respondent (R)	Odpovědnost za správnost seznamu	Změny prováděné v seznamu
R1	Vedoucí lékař ZOS	Lze, přes vedoucího lékaře ZOS
R2	Vedoucí lékař ZOS	Lze, přes vedoucího lékaře ZOS
R3	Vedoucí lékař ZOS	Po konzultaci s vedoucím lékařem ZOS
R4	Vedoucí lékař ZOS	Po konzultaci s vedoucím lékařem ZOS
R5	Vedoucí lékař ZOS	Lze, přes vedoucího lékaře ZOS a náměstka pro oš. péči
R6	Metodik ZOS, vedoucí lékař	Ano, na základě vyhodnocení práce a připomínek call-takerů, zpětné vazby z výjezdů
R7	Metodik ZOS	Ano, na základě přání a stížností či v případě nutnosti při aktualizaci
R8	Metodik ZOS, vedoucí lékař	Ano, na základě poznatků call-takerů

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Tabulka 5 přináší informace k otázkám „*Kdo odpovídá za správnost tohoto seznamu?*“ a zda „*Jsou v klasifikačním seznamu prováděny nějaké změny a na základě čeho se tak děje?*“ Zde

jsem dostala vcelku jednoznačnou odpověď. Dle všech respondentů je za správnost tohoto seznamu zodpovědný vedoucí lékař odpovídající záchranky, popř. metodik ZOS. Co se tedy týká změn v klasifikačním seznamu odpovědi korespondují s odpověďmi na předchozí otázku. A tedy že např dle R2 „Změny možné jsou. Mohou být na naše návrhy, po odsouhlasení vedením.“ Shodně se vyjadřuje i R4 „Tak můžou tam být prováděny drobné změny, na základě praxe. Vedoucí lékař samozřejmě poslouchá naše námítky a pak sám vyhodnotí, zda je třeba něco měnit. Ale myslím, že teď je to dáno docela dobře.“ R5 proces změn specifikuje takto „Občas se to mění. Můžeme navrhnout změny a ty může provádět po dohodě s vedoucím lékařem náměstek ošetrovatelské péče.“ Klasifikační seznam tedy podléhá kontrole vedoucího lékaře a náměstka pro ošetrovatelskou péči a může být upravován právě i po konzultaci s dispečery, kteří dodávají poznatky z praxe. Dle R6 probíhají změny na základě vyhodnocování práce a připomínek calltakerů, zpětné vazby z výjezdů. R8 na naše návrhy. R7 na základě přání a stížností či v případě nutnosti při aktualizaci.

4.2.4 Kategorie 4: Vlastní návrh změn

Tabulka 6: Vlastní návrh změn

Respondent (R)	Vlastní návrh změn
R1	NE
R2	NE
R3	NE
R4	NE
R5	Možnost vyslání RZP v naléhavosti N2 na zastavitelné krvácení
R6	NE
R7	NE
R8	NE

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Tabulka 6 se věnuje následujícímu dotazu „*Změnili byste něco na stávajícím klasifikačním seznamu?*” zde z výzkumu vyplívá, že se stávajícím klasifikačním seznamem jsou spokojeni téměř všichni respondenti. Pouze respondent 5 říká „*Konkrétně bych změnil to, že mi tam chybí možnost poslat na trauma, např. na krvácení, zastavitelné krvácení, poslat posádku RZP v naléhavosti N2, protože vlastně když to dám na N3 a bude třeba říznutej rozbruskou do ruky, tak klasicky, a náš klasifikační systém to vlastně udává jako N3, protože to jde zastavit, ale tím pádem to tam může třeba i tu hodinu čekat, protože je to N3. Jenže já po telefonu nemůžu poznat, jak moc dobře to ty lidi zastavili. Nebo to teda dám na N2, ale pak mi tam sháněj doktora, což je úplně zbytečný, protože ten tam stejně nic dělat nebude. Vlastně takhle to teď máme u CMP, aby se to nedalo odložit.*” Z výzkumu tedy vyplívá, že dispečeri jsou se stávajícím klasifikačním určením ve svém kraji spokojeni až na drobné výjimky. Je však pravděpodobné, že pokud budou mít nějaké připomínky budou je náležitě adresovat. Otázkou pak zůstává, zda jsou se stávajícím nastavením spokojeni i výjezdové posádky a jakou mírou se mohou také ony podílet na těchto změnách.

4.2.5 Kategorie 5: Stupně naléhavosti a jejich rozdíly

Tabulka 7: Stupně naléhavosti a jejich rozdíly

Respondent (R)	Stupně naléhavosti	Jejich rozdíly
R1	3-4	Liší se podle toho, jak jsou akutní
R2	4	Liší se podle toho, jak jsou akutní
R3	4	Rozdíl v neodkladnosti – Superakutní stavy, akutní stavy a stavy které se mohou odložit.
R4	4 plus dynamické	V kritériích pro vyslání posádek

R5	4, pracujeme se třemi	V prioritě vyslání pomoci, rychlostním limitem a odložitelností
R6	4	Jsou dány zákonem o ZZS
R7	4	Jsou dány zákonem o ZZS
R8	4	Rozlišeny zákonem

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

V tabulce 7 se již věnuji ověřování znalostí dispečerů stran klasifikačního seznamu. Základní otázkou bylo „*Kolik stupňů (naléhavosti) rozpoznává klasifikační seznam a v čem se jednotlivé stupně od sebe liší?*“ Zde všichni respondenti odpověděli podobně tedy např. R1 „*Naléhavosti máme 3,4. Liší se podle toho, jak jsou akutní.*“ Podobně se vyjadřuje i R2. O rozdělení z hlediska akutnosti případu se vyjadřuje i R3 „*Tak ty naléhavosti má 4. A právě v té neodkladnosti se liší. Superakutní stavy, akutní stavy a stavy které se mohou odložit.*“ Zde pak logicky vyvstává otázka, zda stavy odložitelné ještě mají být řešeny skze ZZS. R4 k tomu říká „*No máme teda stupně naléhavosti N1 až N4 a liší se to samozřejmě podle kritérií těch výjezdů. Tak já nevím, N1 výjezdy jsou superakutní, kam ten doktor prostě musí vždycky jet, N2 jsou také na doktora, ale kritéria jsou jiná. To jsou samozřejmě také akutní stavy, ale v rámci některých výjezdů je možno vyslat i posádku bez doktora. Ale to už jsou tzv. dynamické. Máme teda vlastně ty stupně 4 plus ještě ty dynamický, takový mezistupeň.*“ A R5 se k tomu vyjadřuje takto. „*No tak naléhavosti jsou dány zákonem, ty jsou 4. My máme v tom seznamu myslím jen ty 3, pracujeme se třemi. Dle zákona by měly být ty N4, ty, které jezdí záchranná služba s nejvíc odkladnou prioritou. Podle mě se liší v prioritě vyslání té pomoci, poté je tam u některých stupňů nutnost vyslat na místo lékaře, popř vyslat nejbližší či nejvhodnější posádku. Potom se to liší také z pohledu, jak rychle může ta záchranka jet a z pohledu odložitelnosti*“ R6, R7, R8 se shodují že jsou naléhavosti 4 a jejich specifikace jsou dány zákonem o ZZS. V této kategorii tedy zjišťujeme, že respondenti jsou v otázce naléhavosti dostatečně orientováni a mají jasno v čem jsou jednotlivé kategorie odlišné. Jedná se o jakousi základní znalost dispečerů a je třeba aby každý dispečer byl schopen tyto stupně identifikovat a uměl je správně využívat.

4.2.6 Kategorie 6: Naléhavost u indikace dušnosti

Tabulka 8: Naléhavost u indikace dušnosti

Respondent (R)	Naléhavost u indikace dušnosti
R1	Všechny 3
R2	Všechny 3
R3	Všechny 3
R4	Všechny 3
R5	Všechny 3
R6	Všechny 3
R7	Všechny 3
R8	Všechny 3

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Tabulka 8 již řeší konkrétní stavy, zde např. dušnost. K otázce „**K jaké naléhavosti může být zařazena dušnost?**“ se respondenti vyjádřili takto. Všichni se shodují že dušnost lze zařadit mezi 3 nejčastěji využívané stupně a to N1-N3. R1 říká „*Dušnost může být zařazena ke všem třem naléhavostem.*“ R3 a R4 upřesňují že „*Do N1 zařadíme dušnost akutní, astmatický záchvat, kdy ten člověk jen sípe, nemůže dodechnout, nemůže říct ani větu a hrozí tam, že upadne do bezvědomí.*“ R4 navíc dodává že „*Aspirace nebo akutně vzniklá dušnost u alergických reakcí. To už je vyloženě stav, kdy je člověk fyzicky ohrožen.*“ R5, R6, R7, R8 shodně odpovídají že dušnost lze dle daných okolností zařadit mezi všechny tři naléhavosti. Z odpovědí tedy vyplývá, že dušnost může být klasifikována velmi variabilně, proto je vždy potřeba dobře zhodnotit situaci a co nejlépe vytěžit hovor s volajícím. Správně bylo zmíněno, že pokud postižený nemůže kvůli dušnosti říci ani větu, dispečer počítá s možným náhle vzniklým bezvědomím, a tedy raději volí naléhavost N1. Faktorů rozhodujících o akutnosti dušnosti je mnoho a je tedy důležité, aby byla výzva řádně vytěžena, zvláště proto aby se zamezilo podindikování stavu.

4.2.7 Kategorie 7: Naléhavost indikace DN

Tabulka 9: Naléhavost indikace DN

Respondent (R)	Naléhavost indikace DN
R1	Všechny 3
R2	Všechny 3
R3	Všechny 3
R4	Všechny 3
R5	Všechny 3
R6	N1, N2
R7	N1-N4
R8	Všechny 3

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Tabulka 9 mapuje otázku na určení naléhavosti u dopravních nehod. „**K jaké naléhavosti řadíte DN?**“. Shodně s předchozí otázkou téměř všichni odpovídají že DN lze zařadit ke všem naléhavostem, záleží, co se na místě děje. R1 a R2 a R4, R7 uvádí, že k naléhavosti N1 by zařadili přítomné bezvědomí či zaklínění ve vozu. R3 a R8 k tomu přidávají ještě případy s masivním krvácením či amputací. R5 se vyjadřuje takto „*Aby to bylo nějak komplexní, tak na N1 by tam mohlo být zaklínění, katapultáž z vozidla, sražení chodce či cyklisty. Vlastně prostě triage pozitivní. Dál pak kritická dušnost, polytrauma v souvislosti s tím vysokoenergetickým poraněním, to je takové nejpodstatnější na tu N1.*“ R6 se raději snaží nepodcenit stav po DN, proto většinou volí N2 či N1. I zde se dozvídáme, že na stav, jakým je dopravní nehoda, může systém ZOS nahlížet různě, vždy záleží na okolnostech a na důkladnosti odběru výzvy. Dopravní nehody jako takové zahrnují širokou škálu scénářů a nelze je tak snadno zjednodušit. Zde dispečerům asi nejvíce chybí možnost vidět, co se na místě děje a zjišťují rozsah postižení pouze podle slov volajícího. Dispečer tedy musí především získat co největší přehled o tom, kde se událost stala, kolik je zraněných. Je třeba se doptat na konkrétní poranění, mechanismus úrazu, které by vyžadovaly např. součinnost s LZS, v rámci triage positivity. Zároveň respondenti udávají, že tyto stavy mimo jiné také zahrnují koordinaci s ostatními složkami IZS.

4.2.8 Kategorie 8: Naléhavost u osoby sražené dopravním prostředkem v rychlosti nad 35 km/h

Tabulka 10: Naléhavost u osoby sražené dopravním prostředkem v rychlosti nad 35 km/h

Respondent (R)	Naléhavost u osoby sražené dopravním prostředkem v rychlosti nad 35 km/h
R1	Minimálně N2
R2	N2
R3	Většinou N1
R4	N2
R5	N1
R6	N2 či N1
R7	N2 či N1
R8	N2 či N1

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Tabulka 10 se věnuje otázce poměrně související s otázkou předchozí a tedy „**Jaká bude naléhavost u osoby sražené dopravním prostředkem v rychlosti nad 35 km/h?**“ Zde opět docházíme k poměrně shodě názorů. A tedy že zde by většina respondentů volila minimálně naléhavost N2. R1 tvrdí že záleží, zda jde o dítě či osobu dospělou, ale určitě minimálně N2. R3 by zvolil naléhavost N1, ale říká, že záleží na okolnostech „*Jestli třeba ten člověk vstane a tvrdí že mu nic není, tak to ne, ale většinou N1.*“ R7 by situaci vždy řešila vysláním posádky s lékařem v naléhavosti N1, N2. R5 volí možnost N1, jelikož se podle něj jedná o triage pozitivitu. S tímto tvrzením bychom také souhlasily. Statisticky mohou mít dopravní nehody o zmíněné rychlosti a vyšší velmi často velké následky, byť na sobě účastníci nehody zprvu nic zvláštního nepociťují. Tyto stavy by tedy neměly být podceňovány a vždy by měl pacienta raději vyšetřit lékař.

4.2.9 Kategorie 9: Naléhavost N4

Tabulka 11: Naléhavost N4

Respondent (R)	Naléhavost N4
R1	Technické jízdy
R2	Technické jízdy
R3	Technické jízdy
R4	Technické jízdy, sekundární transport
R5	Technické jízdy
R6	Plánovaná péče, potíže s PMK, lehké úrazy, CZS
R7	neodvádějící PMK, staré a drobné úrazy
R8	potíže s PMK, lehké úrazy, CZS

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Tabulka 11 řeší události v naléhavosti N4. Otázka tedy zněla „Co řadíte k naléhavosti N4?“. U jihočeských dispečerů převládá jednoznačná odpověď, že technické jízdy. Dále pak zmiňují sekundární transport. R4 odpověď rozvádí takto *N4 to jsou většinou záležitosti, které my tady ani moc nevyužíváme. Jde většinou o technické jízdy a už mě teď asi nenapadá nic. Kdysi tam bylo ještě ohledání, ale to je teď N3. Takže ty technický jízdy, a ty teda bez majáků. Pak vlastně ještě sekundární transport.* Plzeňští záchranáři pak uvádějí hlavně některé sekundární transporty, potíže s permanentními močovými katetry (PMK), drobné úrazy či celkové zhoršení stavu (CZS). Z výzkumu vyplývá, že naléhavost N4 je čím dál tím méně využívána, možná z důvodu příliš velké odkladnosti. Nicméně zde je vidět, že plzeňští dispečeré je využívají o poznání častěji, právě ke stavům, které lze odložit. Kdežto jihočeští dispečeré je využívají pro tzv. technické jízdy. Myslím, že mezi odpověďmi ještě chybí zmínka o součinnosti s PČR.

4.2.10 Kategorie 10: Zneužití ZZS

Tabulka 12: Zneužití ZZS (počet případů)

Respondent (R)	Dochází ke zneužívání?	Zneužití ZZS (počet případů)
R1	Ano	1/10 případů
R2	Spíše ne	-/-
R3	Ano	3/10 případů
R4	Ano	Těžko odhadnout, ale hodně
R5	Ano	15-20 % případů
R6	Ano	5/10
R7	Ano	5/10
R8	Ano	2/10

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Tabulka 12 vykazuje odpovědi na otázku „*Je ZZS zneužívána? (Kolik z 10 výjezdů je neindikováno)?*“ K tématu zneužívání/nadužívání záchranné služby se dispečeri vyjadřují různě. Dle R2 je pojem zneužívání přehnaný „*Ono to většinou není ani zneužití. To se těžko definuje, byť si třeba někdy myslíme, že může být. To může být třeba kdy lidi přecenujou ten svůj stav a oni si můžou myslet, že jim je opravdu špatně.*“ R1 si myslí, že je tak 1/10 výjezdů zneužitím ZZS. R3 odhaduje, že toto číslo je vyšší a to že 3 z 10 výjezdů nepatří záchranné službě. R4 vysvětluje „*ZZS je zneužívána poměrně silně. Nicméně takhle po telefonu je dost těžké odhadnout závažnost stavu. Takže těch odřeknutých volání je minimum. Samozřejmě lidi si rádi přikreslují, takže se prostě jezdí dost často.*“ Podobně svůj názor vyjadřuje i R5 „*Zneužívána ano, mám pocit, že je zneužívána, ale nelze hodnotit kolik. Třeba bavíme se o případu, kdy já jako call-taker uznám že tu záhranku chce s tím, že říká něco, co není pravda. Což může být třeba 15-20 % případů. Pak se můžeme bavit o tom, že si myslím, že třeba na kotník zlomenej, by nemusela jet záhranka, ale ona jede, protože prostě není nikdo jinej, kdo by tam jel. Ale to není zneužití, ale je to systém prostě, tam se akorát může cítit zneužitéj ten záhranář, co tam jede.*“ R6 a R7 vidí ZZS jako zneužívanou a udávají dokonce polovinu případů jako neindikovaných pro ZZS. Názor R8 pak koresponduje s názorem R5. Většina

dispečerů tedy dle výzkumu vnímá ZZS jako zneužívanou, nicméně konkrétní názory na to, jak moc, už se různí. Všichni se ale shodují, že pojem zneužívání ZZS je velmi široce vnímán a každý si pod ním může představit zcela odlišné věci. Tato otázka by pravděpodobně vyžadovala hlubší zkoumání a pravděpodobně nejen na úrovni zdravotnických operačních středisek.

4.2.11 Kategorie 11: Postup u neindikovaných případů

Tabulka 13: Postup u neindikovaných případů

Respondent (R)	Možný postup u neindikovaných případů	Nejčastěji volený postup
R1	Doporučení návštěvy PL, ambulance	navštívit/kontaktovat PL
R2	PL, vlastní doprava či DZS, poskytnutí rady	navštívit/kontaktovat PL či rada volajícímu
R3	PL, vlastní doprava či DZS	DZS
R4	Radou volajícímu	Radou volajícímu
R5	PL, vlastní doprava či DZS	Doporučení využití vlastní dopravy či využití DZS
R6	odmítnout z důvodu neindikovanosti, poučit o jiných variantách, poslat převozovou sanitu	odmítnout z důvodu neindikovanosti, poučit o jiných variantách, poslat převozovou sanitu
R7	předat DZS či radu volajícímu	hodně variabilní, dle situace
R8	poučit o jiných variantách, poslat převozovou sanitu	poučit o jiných variantách, poslat převozovou sanitu

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Tabulka 13 se zabývá otázkami „*Jaké jsou tedy vaše možnosti postupu v těchto případech?*” a „*Jaký postup nejčastěji volíte Vy?*”. Většina respondentů z Jihočeského kraje zmiňuje jako možnost postupu v těchto případech nasměrování pacientů k návštěvě k PL, popř. dostupné ambulance, méně často pak telefonickou radu či využití DZS. V plzeňském kraji se také snaží dle situace poučit o volajících jiných variantách a na základě toho odmítnout pro neindikovanost, či stav řeší vysláním převozové sanity či poskytnutím rady. Odpovědi na otázku, který způsob volí jednotliví dispečeri nejčastěji ZOS JČK uvádí, že se snaží ověřit, zda se snažili navštívit/kontaktovat svého PL a případně je směřovat tam. ZOS PK pak udává spíše využití DZS či poskytnutí rady.

4.2.12 Kategorie 12: Školení v problematice neindikovaných volání a následné řešení neindikovaných volání

Tabulka 14: Školení v problematice neindikovaných volání a následné řešení neindikovaných volání

Respondent (R)	Školení v problematice neindikovaných volání	Následná dohra
R1	NE	Neřeší se
R2	NE	Neřeší se
R3	NE	Neřeší se
R4	NE	Neřeší se
R5	NE	Neřeší se
R6	NE	řeší jen stížnost nebo podezření na zanedbání
R7	NE	neřeší se
R8	NE	jen u stížností

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Tabulka 14 zodpovídá následující otázky „*Jste v této problematice nějak školeni?*“ Všichni respondenti se shodují, že konkrétně v problematice neindikovaných stavů nijak školeni nejsou, nicméně jsou každoročně několikrát školeni, tak aby poskytovali adekvátní pomoc v rámci svého zaměstnání obecně. Připouštějí, že bez celoživotního vzdělávání by jejich práce nebyla možná. V otázce „*Řeší někdo z vedení tato volání, případně jak?*“ převládá odpověď negativní nebo nejasná, jelikož se s takovým případem osobně nesetkali. Většina pak dodává, že se řeší pouze případy, kdy vzejde stížnost nebo podezření na zanedbání. Nutno dodat, že respondenti si za svými rozhodnutími stojí, jelikož se vždy snaží jednat v zájmu zdraví a života pacienta tzn. lege artis a dle dané legislativy.

4.2.13 Kategorie 13: Kontrola postupu dispečerů a důsledky nevyslání posádky u neindikovaného stavu

Tabulka 15: Kontrola postupu dispečerů a důsledky nevyslání posádky u neindikovaného stavu

Respondent (R)	Kontrola postupu dispečerů	Důsledky nevyslání posádky u neindikovaného stavu
R1	Řídící operátor, vedoucí ZOS	Raději nechci vědět
R2	Nadřízený	Žádné
R3	Vedoucí ZOS, N1 a N2 i vedoucí lékař ZOS	Při stížnosti řešeno po stránce nadřízený podřízený
R4	Nadřízený	žádné
R5	Řídící operátor, vedoucí ZOS, vedoucí lékař	Žádné, pokud byl neindikován
R6	metodik ZOS, vedoucí ZOS	žádné, pokud je vše lege artis

R7	metodik ZOS	konflikt, zhoršení stavu, když se dané obtíže neřeší dlouho
R8	Vedoucí ZOS	Pokud šlo o postup lege artis, tak nejsou

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Tabulka 15 přináší odpovědi na otázky „**Kdo kontroluje přijetí výzvy a váš následný postup?**“ vypovídaly o tom, že přímou kontrolu nad přijetím výzvy má pouze dispečer, popř. přítomný řídicí operátor, který však nemá možnost slyšet druhou stranu. Nicméně o zpětnou kontrolu se v případech pochybení starají nadřízení, a to zejména vedoucí či metodik ZOS a v určitých případech i vedoucí lékař. R1 „*Tak buď to náš řídicí (operátor) tady, anebo pak vedoucí ZOS, který to poslouchá pak zpětně.*” K tomu však opět dochází na základě případných stížností. R4 dodává „*Většinou ty hovory, kde úplně nesouhlasí ten náběr s konečnou diagnózou a s NACA umístěním, takže ty jsou spíš odposlouchávané.* R5 shrnuje situaci takto *Neřekl bych, že přijetí výzvy někdo kontroluje, minimálně ne v reálném čase, za to si zodpovídá ten call-taker, nicméně ty hovory jsou monitorovány, takže posleze mohou být analyzovány vedoucíma.*” Získáváme tedy potvrzení toho, že dispečerské povolání je hlavně o tom, že je třeba se v kritických chvílích samostatně rozhodovat, jelikož jde často o cenný čas. Základním atributem každého dispečera je tedy určitá zodpovědnost za svá rozhodnutí. Následovala otázka „**Jaké důsledky plynou z nevyhlášení posádky u těchto případů?**“ Na tu pak dispečeré odpovídají různě. R2, R4, R5, R6, R8 to vidí tak, že pokud se jednalo o neindikované volání a jednalo se o postup lege artis, tak by neměl být vyvozen žádný důsledek. R3 a R7 zmiňují s tímto rozhodnutím často skloňované stížnosti. R3 „*Pokud je nějaká stížnost, tak se to řeší zpětným odposlechem toho telefonátu. To s pak řeší po strážce nadřízený, podřízený. Jestli tam jsou nějaké pochybnosti, ale jinak pokud se ty lidi smíří s nějakou tou radou, tak pak nevolaj nebo když se něco děje tak pak zavolají a pak se jede.*” R7 připouští že může ojediněle docházet ke konfliktům, pokud následně dojde ke zhoršení stavu, zvláště pak u potíží, jež byly dlouho neřešené. Odpovědi na tuto otázku vychází z míry využívání postupu nevyhlášení posádky ZZS. Zdá se, že ZOS PK se setkává s touto eventualitou častěji. Na ZOS JČK se většinou snaží situaci vyřešit co možná nejšetrněji vůči pacientovi. Pokud však dojde k nevyhlášení posádky všichni dispečeré se snaží volajícího poučit, že pokud by měl o svém stavu pochybnost, tak aby volání opakoval.

4.2.14 Kategorie 14: Nejčastější neindikovaná volání

Tabulka 16 Nejčastější neindikovaná volání

Respondent (R)	Nejčastější neindikovaná volání
R1	Teploty
R2	Bolesti zad, průjmy, teploty
R3	Bolesti končetin, virózy, zajištění převozu např. na převaz operačních ran
R4	Teploty, nachlazení
R5	Onkologické, chronické bolesti, cévky, veškeré chronické stavy s odkládaným řešením
R6	stavy po užití návyk. látek, casus socialis, lehké úrazy a bolesti
R7	nevolnost, nachlazení, teploty, bolesti břicha
R8	casus socialis, bolesti a drobné úrazy

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Tabulka 16 zkoumá „**Jaké neindikované výjezdy jsou podle Vás nejčastější?**“. Zde se názory dle očekávání různí, jelikož si každý dispečer pod pojmem neindikovaný výjezd představuje trochu něco jiného. Asi nejčastěji zde však zaznívají teploty řešené až cestou ZZS. R1 zmiňuje „*Teplůtky. Ted' s tím covidem je to trochu horší, ale většinou jo. Tejden má teploty, ale ve tři ráno si zavolá záchranku.*“ R2 pak „*Třeba bolesti zad, průjmy, teploty. Prostě věci, co by měl člověk řešit s praktickým lékařem.*“ s odpovědí R2 koresponduje i odpověď R4, tedy „*Teploty nebo třeba obyčejný nachlazení, věci, který jsou řešitelné s PL.*“ Podobně to vidí i R7 tedy stavy nevolnosti, nachlazení, teploty či bolesti břicha. R3 vidí jako neindikované stavy dlouhodobé bolesti končetin, virózy, a různé zneužívání ve smyslu zajištění převozu do nemocnice, většinou na převazy operačních ran. R5 se pak k otázce vyjadřuje obsáhleji „*Onkologické, chronické bolesti, ale to je otázka neindikované, když nemají většinou jinou možnost. Ten systém je prostě takto nastavený, nejenom tedy podle zákona o záchraně, takže*

ikdyž to možná nevypadá, že jde o život, tak jde o zdraví a je tam i silná bolest, což neindikované vlastně není. A myslím si, že dost často se to dá vyřešit i jinak než záchrankou a neděje se to, a pak to lidi nechají na půlnoc, a pak volají. Pak jsou to třeba cévky, které teda záchranka může řešit, ale ne že by byla vyložena od toho. Nicméně v kompetencích to je. Napadaj mě prostě veškerý chronický stavy neřešený v době, kdy je dostupná lékařská péče a pohotovost.” R6 a R8 udávají jako nejčastější stavy po užití návyk. látek, casus socialis, lehké úrazy a dlouhodobé bolesti různé etiologie. Z odpovědí by se tedy dalo vyvodit, že problematika neindikovaných volání je složitá už jen z důvodu, že není možno jednoznačně definovat kde přesně je hranice pro označení jako neindikováno. Záleží vždy na povaze volajícího a dispečera.

4.2.15 Kategorie 15: Návrhy na řešení neindikovaných výjezdů

Tabulka 17: Návrhy na řešení neindikovaných výjezdů

Respondent (R)	Návrhy na řešení neindikovaných výjezdů
R1	Kontroly pojišťovnou
R2	Změna zákona, vliv médií, kontrola pojišťovnou
R3	Nový zákon o ZZS
R4	Nevidím
R5	Lepší infrastruktura dopravních sanitek ve spojení s fungujícími urgentními příjmy, mobilní lékařská pohotovost
R6	osvěta, právní zastání, tedy jasněji daný rámec indikovanosti, zpoplatnění ZZS
R7	Není řešitelné
R8	Osvěta či zpoplatnění ZZS

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

V tabulce 17 se dostáváme k poslední otázce rozhovoru. „**Co vidíte jako možné řešení neindikovaných výjezdů?**“ Zde jsme dostali širokou škálu odpovědí nicméně většina respondentů se k možnosti takových změn vyjádřila značně skepticky. Např. R4 a R7 jsou toho názoru, že tato problematika ani řešitelná není. R1 říká „*Ono těžko po tom telefonu se to dá odhadnout, jo. To je fakt jako hrozně těžký. My jsme se třeba bavili o tom, kdyby to třeba kontrolovala pojišťovna. Ale víceméně víme, že by to vlastně nikdo neproplatil. Třeba kdyby se to platilo, a pak by se to řešilo cestou pojišťovny a pak by se to člověku třeba vrátilo.*” R2 dodává „*To je hodně složitý. To by se muselo řešit hodně komplexně. A myslím si, že by to mělo začít změnou zákona, pak taky skrze média a pojišťovny.*” R3 vidí možnost ve změně zákona o ZZS. R5 pak přichází s názorem „*No tak je to drahý asi, ale to je otázka. Samozřejmě, kdyby byla síť dopravních sanitek plus fungující urgentní příjmy v těch nemocnicích. Z důvodu toho, že já, když tu sanitku mám a budu chtít toho pacienta někam odvézt, tak já po tom telefonu těžko poznám, jestli jede na plicní, na internu, na nervový, na infekci, prostě ho nevyšetřím po telefonu a já tu dopravu samozřejmě musím napsat někam, na nějaký to oddělení. S tím je pak problém. Takže když by byl prostě řidič nebo třeba dva, aby se třeba lépe zvládnul ten transport a pak se ten člověk odvezl na ten urgentní příjem a tam už by si řekli, aha tak my už si ho tady prostě bereme. Ale v době, kdy já prostě vlastně ani nevím, kam ho mám poslat a pošlu ho blbě, tak tam je z toho problém. A pak vlastně druhá varianta, která fungovala dobře, tak byli jezdící lékaři, vlastně pohotovost a ta to řešila dobře.*” R6 a R8 pak vesměs navrhuji obdobná řešení, a to osvětu skrze média a veřejnost, větší právní zastání ve smyslu jasněji daného rámce indikovanosti či zpoplatnění ZZS.

5 Diskuse

Záměrem práce bylo zmapování znalostí indikačního seznamu dispečery ZOS a srovnání řešení neindikovaných případů v rámci operačního střediska JČK v Českých Budějovicích a operačního střediska PK v Plzni.

V prvních čtyřech kategoriích jsme se věnovaly indikačnímu/klasifikačnímu seznamu. Zde jsme podle očekávání došli k závěru, že je jakousi pomůckou k určení klasifikace a naléhavosti a že může sloužit k upřesnění události výjezdovým skupinám. Jiné prostředky pro stanovení naléhavosti mnoho dispečerů nezmiňuje, spíše to že tento seznam je do určité míry převeden do dispečerských programů, které jsou na daných pracovištích využívány. Papírový seznam indikací tedy pro vyhodnocení výzvy využíván není. Přitom organizačně provozní řád zdravotnického operačního střediska obsahuje zejména pracovní postupy pro vyhodnocování stupně naléhavosti tísňového volání a vysílání výjezdových skupin včetně stanovení jejich složení a počtu, což nikdo z respondentů nezmínil. Odpovědnost za správnost seznamu a změny v něm prováděné pak nese podle respondentů vedoucí lékař či metodik ZOS (ZZS JČK nemá metodika). Jednotliví dispečeri pak mohou po konzultaci s nimi navrhnout dle svých zkušeností případné změny. To se zdá jako adekvátní způsob pro provádění změn vedoucích k optimalizaci řešení tísňových výzev. Nicméně k tomu nedochází tak často, jak jsem předpokládala, a vlastní návrh na změnu vyjádřil pouze jeden z respondentů. Přitom vyhláška 240/2012 Sb., provádějící zákon o ZZS, pod paragrafem 4, odstavci (1), písmene l) uvádí, že by mělo docházet ke zpětnému vyhodnocování postupů operátorů ZOS za účelem zkvalitnění operačního řízení. Mohlo by tedy docházet k častějším úpravám klasifikačního seznamu a jasnějšímu vyhodnocování neindikovaných volání.

V kategoriích 5 až 9 jsme se snažily udělat si obrázek o znalostech dispečerů stran naléhavosti a indikačního seznamu. Dispečeri dle očekávání uvedli správně 4 stupně naléhavosti a většina správně definovala jejich rozdíly. Dalo by se pak nesouhlasit s výroky o odložitelnosti případů, jelikož pokud je stav odkladný, měl by být přece řešen jiným způsobem než právě vysláním posádky ZZS. V dalších otázkách se pak ukázala velká variabilita použití daných naléhavostních stupňů, zvláště pak u indikací, jakými jsou dušnost či dopravní nehoda. Je jasné, že zde je vždy potřeba zjistit kromě základních údajů o lokalizaci i mnoho informací blíže popisujících stav či událost, aby bylo možné na výzvu adekvátně zareagovat. Naléhavost u osoby sražené dopravním prostředkem v rychlosti nad 35 km/h by tedy většina dispečerů řešila minimálně jako naléhavost N2. My bychom se v těchto případech stejně jako R5 klonily

k využití N1, jelikož jde o triage pozitivitu. Poslední otázka zabývající se indikačním seznamem byla směřována na využití naléhavosti N4. Dle jihočeských operátorů se jedná o velmi málo používanou naléhavost, je využívána pouze v případě technických jízd či v rámci sekundárních transportů. Oproti tomu plzeňští operátoři uvádí kromě výše uvedeného i např. potíže s PMK, drobné úrazy či celkové zhoršení stavu, což mě překvapilo, ale to je dáno faktem, že jsem měla přímou zkušenost jen s postupy jihočeské záchranky. Nicméně dle platné legislativy, tedy vyhlášky 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě, by tyto stavy neměly podléhat naléhavosti N4. Teoreticky by pak např. sekundární převoz řešený ZZS na N4 mohl být adekvátně řešený dopravní službou. Zároveň naléhavost N4 by měla být zvolena pouze za situace, že má operátor dostatečnou kapacitu prostředků a neohrozí tím svou základní činnost a dostupnost.

Z rozhovorů s jednotlivými operátory vyplývá, že jsou s indikačním/klasifikačním seznamem dostatečně seznámeni a znají jeho význam pro praxi. Jelikož však systém záchranných služeb není jednotný, tyto seznamy a jejich podoby se tedy drobně liší dle střediska. Odpovědi respondentů se pak také odvíjejí od délky praxe na operačním středisku, jelikož zkušenosti jsou zde vypovídající hodnotou, zároveň také vzdělání a praxe v oboru činí velké rozdíly. Respondenti jsou se stávajícím seznamem spokojeni až na drobné připomínky, které jistě vznesou i směrem k vedení.

Další zkoumanou kapitolou byla neindikovaná volání a zneužívání zdravotnické záchranné služby. Názory na zneužívání ZZS jsou dle očekávání různorodé. Část respondentů jednoznačně vidí ZZS jako často zneužívanou, někteří dokonce udávají, že podle nich dojde ke zneužití až v polovině případů. Na druhou stranu se někteří k tomuto pojmu vyjadřují s určitou nejistotou v tom, co je vlastně považováno za její zneužití. Jeden z respondentů se pak na to konto dokonce vyjadřuje, že se vlastně ani o zneužívání v převážné většině těchto sporných případů nejedná. Názory jednotlivců se zde velmi liší, jelikož každý tuto problematiku vnímá po svém. Na toto téma, stejně jako na mnoho jiných, existuje několik pohledů. Ty se liší právě v opodstatnění nutnosti poskytnutí péče skrze ZZS. Jinak na věc pohlíží pacient, pro kterého je jeho aktuální stav natolik závažný, že mnohdy nevidí jinou možnost řešení. Call-takeři a operátoři ZOS se poté snaží co nejvíce objektivně vyřešit danou situaci, tak aby neohrozili pacienta, ale zároveň nenarušili dostupnost a efektivitu poskytované péče. Pravdou také je, že na dispečery je vyvíjen stále větší tlak. Ať už ve formě stížností volajících či stále častější agresivitou vůči záchranářům i právě vůči dispečerům, kteří rychlou záchrannou službu zajišťují. A tak je často příjem výzvy i tímto aspektem ovlivněn. (Kočárek, 2013). Na třetí

straně stojí samotní záchranáři, kteří pak vzniklý problém řeší. Pro ně je důležité vytěžení základních informací kdy, kde, kdo, co a vyzískání informací, které jsou pro ně zásadní pro řešení daného problému stran materiálu, bezpečnosti, nutnosti součinnosti s dalšími složkami IZS, což usnadní jejich práci na místě zásahu. Rozhodně nemohou po operátorech chtít diagnostiku pacienta, to je již zcela jejich kompetence. Dále pak máme pohled zdravotnických zařízení, které poté poskytují definitivní péči pacientům a která se díky nedostatku odborného personálu cítí zahlcena.

V dalších kategoriích zjišťujeme, jak je možné postupovat u neindikovaných případů a jaké postupy jsou dispečery aktivně využívány. Zde empirická část v poměrné části koresponduje s částí teoretickou. Z rozhovorů mimo jiné vyplývá, že dispečeri opravdu mají snahu o vyřešení stavů neindikovaných pro ZZS jinou cestou. Vždy zmiňují, že se snaží volajícího poučit a doporučit návštěvu praktického lékaře či specializované ambulance, nebo se alespoň snaží s volajícím vyřešit jiný způsob dopravy do nemocnice, ať už svépomocí (rodina, taxi) či využitím DZS. Z výzkumu tedy sice vyplývá, že dochází k četnějším výjezdům k případům, které by se daly řešit relativně bez rizika jiným způsobem. Zároveň však vychází, že momentální nastavení je adekvátní, neboť zabraňuje poškození pacientů, kteří se obracejí na tísňovou linku. I v rámci celosvětového výzkumu se ukazuje, že časný zásah posádky ZZS v místě události může snížit až jeden milion úmrtí a padesát milionů postižení, ke kterým dochází každý rok po celém světě (Hosseini a kol., 2018). Z logiky věci je asi zásadnější zabránit podindikaci stavu a následného poškození pacienta, což potvrzuje i MUDr. Franěk (2013), na druhou stranu ale stále může docházet k situacím, kdy z důvodu blokování ZZS stavy, které mohl a měl vyřešit pacient nebo PL dříve, se nedostane potřebná péče včas tam, kde by opravdu naplňovala definici poskytování PNP. A tedy že jejím účelem je „*zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí*” (z. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě), ne pouhé převezení pacienta do cílového zařízení, což se bohužel poměrně často děje.

V další části zjišťujeme, že postup dispečerů je samozřejmě do jisté míry kontrolovatelný, ať už v reálném čase, ale hlavně zpětně, kde lze díky archivaci hovorů zjistit jakékoliv pochybení a v odůvodněných případech je disciplinárně či soudně řešit. Nicméně zde mi dispečeri potvrdili, že k takovým důsledkům dochází velmi zřídka. Pokud už tedy dispečer vyhodnotí hovor jako neindikovaný pro ZZS, měl by pro to vždy mít dobrý důvod.

Dále jsme se zajímaly o to, jaká nejčastější neindikovaná volání dispečerů zaznamenávají. Zde se mi potvrzují zkušenosti z praxí na ZZS. Jasnou shodou zde byly například uvedeny nijak neřešené teploty a nachlazení, dále pak chronické bolesti. Tedy stavy, které by měly být řešeny v primární péči. V některých případech se opět dalo mluvit až o zneužívání ZZS. Tento problém se v dnešní době těžko definoje a těžko se posuzuje, zda se o opravdu jedná o zneužití. Většinou jde spíše o nevědomost, neznalost ze strany volajících, nicméně rozhodnutí o vyslání posádky je čistě v rukou dispečera ZOS. Dispečerů mají snahu tyto stavy rozlišit a pokud možno vyřešit s volajícím vhodnějším způsobem, než je vyslání ZZS. Nicméně možných scénářů je nesčetné množství a žádný případ není stejný, proto musí být operátor vždy bdělý a neuchylovat se k ukvapeným závěrům. Je třeba pokaždé volajícího vyslechnout a vyzpovídat. Na druhou stranu také zdravotničtí záchranáři zasahující na místě mají možnost rozhodnout o ponechání pacienta na místě, pokud je zjištěno, že nejde o závažný stav nebo dokonce o účelové jednání. I přes tuto skutečnost stejně v nemocnicích končí více než 95 % pacientů, kteří si záchranku zavolali. (Franěk, 2020).

V poslední části výzkumu jsem se zajímaly, zda je podle dispečerů možné problematiku neindikovaných výjezdů nějakým způsobem vyřešit či eliminovat. Jak se dalo očekávat mnoho z nich navrhuje začít s osvětou veřejnosti a médií, nebo zpoplatnění služeb ZZS, popř. změnu v zákoně, která by více specifikovala indikace k výjezdu ZZS. Nicméně všichni respondenti jsou ohledně převedení těchto návrhů do praxe velmi skeptičtí.

Kdybychom měly realizovat výzkum znovu, pravděpodobně bychom se zaměřily na větší výzkumný soubor než jen na dispečery těchto dvou středisek. Možná by bylo dosaženo více překvapivých zjištění. Vhodné by pravděpodobně také bylo rozšířit výzkum formou kvantitativní výzkumné strategie, získat data o tom, jaká volání jsou zařazena hlavně v naláhavostech N3 a N4. Získaly bychom tím více výpovědí k dané problematice. Ideální by také bylo získat zpětnou vazbu od výjezdových skupin. Zároveň by bylo zajímavé zaměřit se na pohled z druhé strany, a to na pohled veřejnosti, tedy potencionálně osob volajících na tísňovou linku., což by mohlo být podnětem pro další možnou výzkumnou aktivitu.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou určování indikací tísňových volání směřovaných na zdravotnická operační střediska. Pro doplnění informací z teoretické části byl proveden kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Pro práci byly stanoveny čtyři cíle. Cíl 1: Zmapovat znalosti indikačního seznamu dispečerů Zdravotnické záchranné služby Jihočeského a Plzeňského kraje. Cíl 2: Porovnat znalosti indikačního seznamu dispečerů Zdravotnické záchranné služby Jihočeského a Plzeňského kraje. Cíl 3: Zmapovat postup dispečerů při řešení neindikovaných stavů Zdravotnické záchranné služby Jihočeského a Plzeňského kraje a Cíl 4: Porovnat postup dispečerů při řešení neindikovaných stavů Zdravotnické záchranné služby Jihočeského a Plzeňského kraje. Na zvolené cíle navazovaly tyto čtyři výzkumné otázky. Výzkumná otázka č. 1: Jsou dispečeré obou krajů znalí indikačního seznamu pro stanovení naléhavosti výjezdů? výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou rozdíly v indikačním seznamu dispečerů obou krajů? Další byla výzkumná otázka č.3: Jak postupují dispečeré u neindikovaných stavů Zdravotnické záchranné služby Jihočeského a Plzeňského kraje? Poslední byla výzkumná otázka č. 4: Jaké jsou rozdíly v postupu dispečerů u neindikovaných stavů Zdravotnické záchranné služby Jihočeského a Plzeňského kraje? Postupně jsme se věnovaly naplnění všech cílů. Cíle práce se povedlo splnit.

Na první výzkumnou otázku, která zněla: Jsou dispečeré obou krajů znalí indikačního/klasifikačního seznamu pro stanovení naléhavosti výjezdů můžeme odpovědět, že dispečeré jsou indikačních postupů a s tím spojené legislativy znalí, jelikož se jedná o stěžejní část jejich práce. Bylo zjištěno, že s tím související nezbytností k výkonu tohoto povolání je stále sebevzdělávání v oblasti poskytování PNP. V zásadních rozhodnutích jsou vázáni vnitřními směnicemi, nicméně každý dispečer udává jistou míru intuitivnosti při zpracování tísňové výzvy. A lze vysledovat pozitivní vývoj spojený s délkou praxe.

Druhá výzkumná otázka porovnává indikační seznamy obou pracovišť. Zde jsme se dozvěděly, že se již nejedná tak úplně o seznam, nicméně o soubor provázaných oblastí zanesených převážně do operátorských programů, které napomáhají ve správném určení klasifikace a naléhavosti. Z dostupných informací bylo zjištěno, že jelikož se vždy jedná o vnitřní předpis pracoviště, mohou se tyto seznamy drobně lišit, nicméně stále se využívá dosti formalizovaný přístup, a tak rozdíly nejsou markantní.

Třetí výzkumná otázka mapovala postup dispečerů ZOS obou krajů při řešení neindikovaných stavů. Respondenti poskytli různorodé pohledy na to, jak se vypořádat s neindikovanými voláními, nicméně se převážně shodovali s možnostmi uvedenými v teoretické části. A tedy to, že je na radu operátora adresována nejprve primární péče, tedy vyčkání na ordinační dobu praktického lékaře, návštěva specializované ambulance. Popř. je k tomuto účelu dojednána zdravotnická dopravní služba. Často také postačí rada o obvyklém postupu. Odmítnutí z důvodu neindikovanosti je tedy spíše ojedinělý jev.

Čtvrtá výzkumná otázka porovnávala postupy obou středisek v otázce neindikovaných výjezdů. Z výzkumu vyplývá, že operátoři obou středisek mají více méně zájem o eliminování neindikovaných výjezdů, nicméně toto je do jisté míry vždy negativně ovlivněno tím, že riskují stížnosti volajících a případný postih. Výsledky ukazují, že aktuální nastavení je v obou případech fungující a jeho hlavním cílem je minimalizace poškození osob, volajících na tísňovou linku, což je vlastně posláním celé ZZS. Zároveň by však většina dispečerů uvítala větší osvětu o využívání a poslání ZZS u veřejnosti.

Indikovanost výjezdů ZZS je poměrně obsáhlé téma, které však není závislé jen na samotných operačních střediscích. Jde o celonárodní problematiku zvyšování zdravotní gramotnosti v péči o zdraví občanů a také o možnosti veřejného zdravotního pojištění směrem k poskytovatelům zdravotní péče a k občanům jako spotřebitelům zdravotní péče. Podle nás by bylo vhodné se zaměřit na péči obvodních lékařů a specialistů směrem k pacientovi a znovuzavedení fungujících LSPP v kompetenci PL a specialistů. Pouze tak lze podle nás částečně změnit situaci v indikovanosti výjezdů ZZS směrem k lepšímu, kdy služeb ZOS budou využívat pouze klienti, kteří naplňují definici PNP. Tato bakalářská práce tak přináší pohled dispečerů na různorodý obsah jejich práce, jejich názory na stále aktuální otázku indikovanosti výjezdů ZZS.

7 Použitá literatura

Citovaná literatura

- 1) ALEXA, J. et. al., 2015, Czech Republic: Health system review. *Health Systems in Transition* [cit.2020-1-2], 17(1), 1-165, ISSN 1817-6127, Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26106825/>
- 2) BOHM, K., KURLAND, L., 2018. The accuracy of medical dispatch - a systematic review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, [cit.2020-5-2], 26, 94, doi:10.1186/s13049-018-0528-8, Dostupné z: <https://sjtrem.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13049-018-0528-8>
- 3) ČEPICKÁ, B., *Operátoři na tísňové lince 155 – rozbor vedení hovorů s volajícími*. Urgentní medicína, [cit.2020-5-2]. 16 (3) str.37, 42, ISSN 1212-1924 Dostupné z: https://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2013_03.pdf
- 4) Český rozhlas České Budějovice, 2017 *Někteří řidiči se bohužel snaží si něco dokazovat, říká řidič sanitky o jízdě městem*, [online] [cit. 2020-3-6]. Dostupné z: <https://budejovice.rozhlas.cz/nekteri-ridici-se-bohuzel-snazi-si-neco-dokazovat-rika-ridic-sanitky-o-jizde-7037029>
- 5) DAMI, F. et. al., 2015. Prehospital triage accuracy in a criteria based dispatch centre. *BMC Emergency Medicine*. [cit.2020-3-4]15, 32. doi:10.1186/s12873-015-0058-x, Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26507648/>
- 6) DOBIÁŠ, V. et. al, 2012. *Prednemocničná urgentná medicína*. 2. vydání. Martin: Osvěta. ISBN 9788080633875
- 7) E-ZAK Systém pro správu veřejných zakázek, 2017, *Rozvoj lidských zdrojů v oblasti krizového řízení ZZS Plzeňského kraje*, [online] [cit. 2020-3-10] Dostupné z: https://ezak.cnpk.cz/document_50471/57725b8cd49bdd1a8-zd-zzs-plzen-opz-priloha-c-3a-popis-soucasneho-stavu-docx
- 8) FISCHER, M et. al., 2011, Comparing emergency medical service systems--a project of the European Emergency Data (EED) Project., *Resuscitation*, [cit. 2020-3-4] 82, 3,

doi: 10.1016/j.resuscitation.2010.11.001. Dostupné z:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21159417/>

- 9) FRANĚK, O., 2020, *Zneužívání záchranné služby – emoce versus fakta*, Zdravotnický deník. [online]. [cit. 2021-4-12]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/blog/zneuzivani-zachranne-sluzby-emoce-versus-fakta/>
- 10) FRANĚK, O., 2012. *Třídění událostí s dominující poruchou dýchání operátorem zdravotnického operačního střediska*. Urgentní medicína, [cit.2019-12-7]. 15 (1) str. 17 ISSN 1212-1924, Dostupné z http://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2012_01.pdf
- 11) FRANĚK, O., 2013. *Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska*. 7. vydání, Praha: Ondřej Franěk, ISBN 978-80-905651-0-4.
- 12) FRANĚK, O., 2019a. *Letecká záchranná služba*. Záchranná služba [online], [cit. 2019-11-29]. Dostupné z: <https://zachrannasluzba.cz/letecka-zachranna-sluzba/>
- 13) FRANĚK, O., 2019b, *Systém ZZS v ČR*, Záchranná služba [online], [cit. 2019-12-27]. Dostupné z: <https://zachrannasluzba.cz/system-zzs-v-cr/>
- 14) HANUŠKA, Z., SKALSKÁ, K., DUBSKÝ, M., 2010. *Integrovaný záchranný systém a požární ochrana . Modul I*. 1. editor Praha: MV - generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR. ISBN 978-80-866405-9-4
- 15) HOIKKA, M., et. al., 2016. Medical priority dispatch codes—comparison with National Early Warning Score. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 24, 142, doi:10.1186/s13049-016-0336y, Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/311353352_Medical_priority_dispatch_codes_-_comparison_with_National_Early_Warning_Score
- 16) HZSČR, 2020, *Řád rádiových komunikací*, Hasičský záchranný sbor České republiky [online] [cit. 2020-3-10]. Dostupné z: <https://www.hzs-cr.cz/soubor/rad-radiovych-komunikaci-1-pdf.aspx>

- 17) KOČÁREK M., 2013, *Přepisy hovorů na operační středisko ZZS UK. Trestat, trestat, trestat! - Komora záchranářů*. [online]. [cit. 2021-4-14]. Dostupné z: <https://www.komorazachranaru.cz/aktualita/prepisy-hovoru-na-operacni-stredisko-zzs-uk-trestat-trestat-trestat>
- 18) LEVKO M., VELEMÍNSKÝ M. Sr., BALOUN I., 2017, *Význam Lékařské služby první pomoci v systému zdravotnických zařízení*, Urgentní medicína [online]. 20(2) [cit. 2019-12-28]. ISSN 1212-1924. Dostupné z: http://urgentnimedcina.cz/casopisy/UM_2017_2.pdf
- 19) Modrá Hvězda Života, 2014, *Kdo za vámi přijede v sanitce?* [online] [cit. 25.12.2019]. Dostupné z: <http://modrahvezdazivota.cz/2019/11/28/kdo-za-vami-prijede-v-sanitce/>
- 20) MZČR – Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2012, Předpis č. 240/2012 Sb., *Vyhláška, kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě*, Sběrka zákonů České republiky. ISSN 1211-1244
- 21) MZČR – Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2012 Předpis č. 296/2012 Sb., *Vyhláška o požadavcích na vybavení poskytovatele zdravotnické dopravní služby, poskytovatele zdravotnické záchranné služby a poskytovatele přepravy pacientů neodkladné péče dopravními prostředky a o požadavcích na tyto dopravní prostředky*. Sběrka zákonů České republiky. ISSN 1211-1244
- 22) MZČR – Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2011 Předpis č. 55/2011 Sb., *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků*, Sběrka zákonů České republiky. ISSN 1211-1244
- 23) NZIP – Národní zdravotnický informační portál, 2020. *Střediska zdravotnické záchranné služby* [online] [cit.2020-10-10] Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/214-strediska-zdravotnicke-zachranne-sluzby>
- 24) NZIP – Národní zdravotnický informační portál, 2021. *Pohotovost* [online] [cit.2021-2-10] Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/228-pohotovost>

- 25) REMEŠ, R., TRNOVSKÁ, S., 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-4530-5
- 26) SLABÝ, M., 2018, *Prezentace Bezpečnost posádek ZZS* [online] [cit. 2019-12-17]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=149981>
- 27) STRÁNSKÁ, M., JANOUCHOVÁ, J., FRANĚK, O., 2017, *Je poskytování informací o obvyklém postupu a alternativní řešení méně závažných zdravotních potíží operátory zdravotnické tísňové linky bezpečné a efektivní?* *Urgentní medicína* [online] 20(2) [cit. 2019-12-28]. ISSN 1212-1924. Dostupné z: http://urgentnimediceina.cz/casopisy/UM_2017_2.pdf
- 28) ŠEBLOVÁ, J. & KNOR, J., et. al., 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. 2.* editor Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-271-0596-0
- 29) ŠUMAN-HREBLAY, M., 2011, *Sanitní vozidla: české a slovenské sanitní automobily, karoserie a nástavby od roku 1907 do současnosti*. Brno: Computer Press., Autosalon (Computer Press). ISBN 978-80-251-3101-5.
- 30) TRUHLÁŘ, A. et.al., 2013. *Indikační kritéria pro nasazení letecké záchranné služby – Doporučený postup ČLS JEP – Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof*, *Urgentní medicína*, [cit.2019-12-7]. 16 (3),str. 36. Dostupné z: http://urgentnimediceina.cz/casopisy/UM_2013_03.pdf
- 31) UHÝRKOVÁ R., BÍLKOVÁ A., 2016 *Vybrané kapitoly z předmětu Záchranářství a medicína katastrof* [online]. [cit. 2020-06-21]. ISBN 978-80- 88058-78-6. Dostupné z: <https://publi.cz/books/370/01.html>
- 32) ÚZIS ČR, 2016, *4.4.1 Počet výjezdů zdravotnické záchranné služby Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky*. Regionální zpravodajství Národního zdravotnického informačního systému [online]. Praha: ÚZIS ČR, [cit. 2019-11-25]. Dostupné z: <http://reporting.uzis.cz/cr>
- 33) MZČR, 2015, *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky č.4*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, ISSN: 1212-1924, Dostupné z: https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik-c-4/2015_10111_3242_11.html

- 34) VILÁŠEK, J., FIALA M., VONDRÁŠEK, D., 2014, *Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století*. Praha: Karolinum, ISBN 978-80-246-2477-8.
- 35) WISE S.L., EDEMEKONG. P., 2019. *Pre-Arrival Instructions*, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; . [online] [cit. 2019-12-27].
Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470543/>
- 36) ČESKO, 2000, Zákon č. 239/2000 Sb., *o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů* Sbírka zákonů České republiky. ISSN 1211-1244
- 37) ČESKO, 2011, Zákon č. 374/2011b Sb., *o zdravotnické záchranné službě* Sbírka zákonů České republiky. ISSN 1211-1244
- 38) ZZS HMP, 2015, *Historie ZOS*. ZZS HMP [online]. Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy [cit. 2019-11-7]. Dostupné z: <https://www.zzshmp.cz/o-zzs-hmp/historie-zos/>
- 39) ZZS HMP, 2017. *Vzdělávání zdravotníků*. [Online] Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy [2019-11-7] Dostupné z: <https://www.zzshmp.cz/vzdelavani-zdravotniku/>
- 40) ZZS HMP, 2018 *Krizová připravenost* [online]. Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy [cit. 2019-12-17]. Dostupné z: <https://www.zzshmp.cz/krizova-pripravenost/>
- 41) ZZS JČK, 2011. *Tísňová linka 155*, Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje. [online] [2019-11-7] Dostupné z: <http://www.zzs-jck.cz/pro-verejnost/tisnova-linka-155/>
- 42) ZZS JČK, 2014. *Krajské zdravotnické operační středisko*, Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje. [online] [cit. 2019-11-3]
Dostupné z: <http://www.zzs-jck.cz/cinnost/krajske-zdravotnicke-operacni-stredisko/>
- 43) ZZS JČK, 2018a. *AED a first responderi*. Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje. [online] [cit. 2019-11-3] Dostupné z: <http://www.zzs-jck.cz/cinnost/aed-a-first-responderi/>
- 44) ZZS JČK, 2018 b, *Výroční zpráva za rok 2018*, [online] [cit.2019-12-7] Dostupné z: <http://www.zzs-jck.cz/uploads/pdf/V%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD%20zpr%C3%A1va%202018%20ZZS%20J%C4%8DK.pdf>

8 Seznam příloh

Příloha 1: Otázky k rozhovorům

Příloha 2: Jednotlivá územní střediska ZZS ČR

Příloha 3: Triage pozitivita

Příloha 4: Schéma zpracování tísňové výzvy

Příloha 5: Stupně naléhavostí

Příloha 1: Otázky k rozhovorům

Demografické údaje
Věk
Pohlaví
Vzdělání
Délka praxe na ZOS
Pozice (call-taker, operátor)
Jednotlivé otázky rozhovoru
1) K čemu slouží ZOS klasifikační seznam?
2) Využíváte i jiných prostředků pro stanovení naléhavosti?
3) Kdo odpovídá za správnost tohoto seznamu?
4) Jsou v klasifikačním seznamu prováděny nějaké změny a na základě čeho se tak děje?
5) Kolik má tento seznam stupňů (naléhavostí) a v čem se jednotlivé stupně liší?
6) K jaké naléhavosti může být zařazena dušnost?
7) K jaké naléhavosti řadíte DN
8) Jaká bude indikace (klasifikace) u osoby sražené dopravním prostředkem, strojem v rychlosti nad 35 km/h?
9) Co řadíte k naléhavosti N4
10) Změnil/a byste něco na stávajícím klasifikačním seznamu?
11) Je ZZS zneužívána? (Kolik z 10 výjezdů je podle Vás neindikovaných?)
12) Jaké jsou tedy vaše možnosti postupu v těchto případech?
13) Jaký postup nejčastěji volíte Vy?
14) Řeší někdo z vedení tato volání, případně jak?
15) Jste v problematice řešení neindikovaných volání nějak školeni?
16) Jaké důsledky plynou z nevyslání posádky u těchto případů?
17) Které neindikované výjezdy pro ZZS jsou nejčastější podle Vás?
18) Kdo kontroluje přijetí výzvy a Váš následný postup?
19) Co vidíte jako možné řešení v problematice neindikovaných výjezdů?

Zdroj: vlastní výzkum, 2020

Příloha 2: Jednotlivá územní střediska ZZS ČR

Jednotlivá územní střediska zdravotnické záchranné služby ČR
Zdravotnická záchranná služba Hlavního města Prahy
Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje
Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje
Zdravotnická záchranná služba Karlovarského kraje
Zdravotnická záchranná služba Kraje Vysočina
Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje
Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje
Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje
Zdravotnická záchranná služba Olomouckého kraje
Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje
Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje
Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje
Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje
Zdravotnická záchranná služba Zlínského kraje

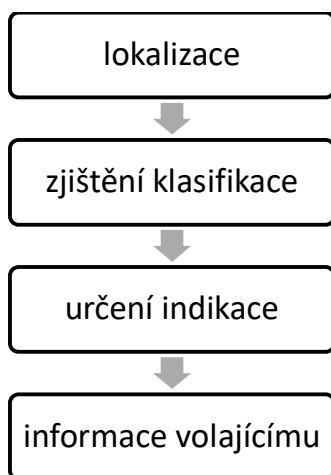
Zdroj: (NZIP, 2020)

Příloha 3: Triage pozitivita

Triáž pozitivní mechanismus poranění a pomocná kritéria	
M. Mechanismus poranění	P. Pomocná kritéria
pád z výše > 6 m	věk <6 let
přejetí dopravním prostředkem	věk > 60 let
sražení vozidlem rychlostí > 35 km/h	závažná kardiopulmonální komorbidita
katapultáž z vozidla	
zaklínění ve vozidle	
smrt spolujezdce	
Triáž pozitivní fyziologická a anatomická kritéria	
F. Fyziologické ukazatele	A. Anatomická poranění
přetrvávající porucha vědomí GCS <13	pronikající kraniocerebrální poranění
TK systolický <90 mmHg	nestabilní hrudní stěna
DF <10 nebo > 29/min	pronikající hrudní poranění
	pronikající břišní poranění
	nestabilní pánevní kruh
	zlomeniny 2 a více dlouhých kostí (humerus, femur, tibie)

Zdroj: (Truhlář et. al., 2013)

Příloha 4: Schéma zpracování tísňové výzvy



Zdroj: (Franěk, 2013)

Příloha 5: Stupně naléhavostí

Naléhavostní stupeň	Popis	Vyslaná posádka	Urgence vyslání posádky
N1	Stavy bezprostředního ohrožení života	First responder + 1-2 nejbližší vhodné posádky	Ihned (rozhodují sekundy)
N2	Nebezpečí selhání životních funkcí	Nejbližší volná posádka	Co nejdříve (rozhodují minuty)
N3	Nepředpokládáme zhoršení vedoucí k selhání ZŽF	Nejvhodnější volná posádka z hlediska taktického rozložení sil a prostředků	Jakmile dojde k uvolnění nejbližší posádky
N4	Neakutní stavy	Nesmí jít o poslední volnou posádku v oblasti	Podle provozní situace, dlouhodobě odložitelné výjezdy

Zdroj: (Franěk, 2013)

9 Seznam tabulek

Tabulka 1 Sociodemografické údaje

Tabulka 2 Seznam výzkumných kategorií

Tabulka 3 Účel indikačního/klasifikačního seznamu

Tabulka 4 Jiné prostředky pro stanovení naléhavosti

Tabulka 5 Odpovědnost za správnost seznamu a změny v něm prováděné

Tabulka 6 Vlastní návrh změn

Tabulka 7 Stupně naléhavosti a jejich rozdíly

Tabulka 8 Naléhavost u indikace dušnosti

Tabulka 9 Naléhavost indikace DN

Tabulka 10 Naléhavost u osoby sražené dopravním prostředkem v rychlosti nad 35 km/h

Tabulka 11 Naléhavost N4

Tabulka 12 Zneužití ZZS (počet případů)

Tabulka 13 Postup u neindikovaných případů (možnosti a volený postup)

Tabulka 14 Školení v problematice neindikovaných volání a následné řešení neindikovaných volání

Tabulka 15 Kontrola postupu dispečerů a důsledky nevyslání posádky u neindikovaného stavu

Tabulka 16 Nejčastější neindikovaná volání

Tabulka 17 Řešení neindikovaných výjezdů

10 Použité zkratky

AČR – Armáda České republiky

AMPDS – Advanced Medical Priority Dispatch System

ARIP – sestra pro intenzivní péči

CBD – Criteria Based Dispatch

DN – dopravní nehoda

DRNR – doprava raněných, nemocných a rodiček

DZS – dopravní zdravotnická služba

FHQ – first hour quintet

IZS – integrovaný záchranný systém

JČK – Jihočeský kraj

KPR – kardiopulmonální resuscitace

KZOS – krajské zdravotnické operační středisko

LSPP – lékařská služba první pomoci

NZO – náhlá zástava oběhu

PČR – Policie České republiky

PK – Plzeňský kraj

PL – praktický lékař

PMK – permanentní močový katetr

PNP – přednemocniční neodkladná péče

RLP – rychlá lékařská pomoc

RV – rendez-vous

RZP – rychlá zdravotnická pomoc

TANR – telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace

TAPP – telefonicky asistovaná první pomoc

ZOS – zdravotnické operační středisko

ZZS – zdravotnická záchranná služba