



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra klinických a preklinických oborů

Bakalářská práce

Názory zdravotnických záchranářů na jejich kompetence

Vypracoval: Dominik Klíma

Vedoucí práce: MUDr. Jan Tuček

České Budějovice 2015

Abstrakt

Názvem bakalářské práce je: Názory zdravotnických záchranářů na jejich kompetence. Zabývá se proto problematikou kompetencí, které v současné době zdravotničtí záchranáři mají, ale také jejich názory na možné rozšíření.

V teoretické části práce je definován integrovaný záchranný systém, jehož součástí je také zdravotnická záchranná služba. Je zde nastíněna historie, činnosti a také poskytovatelé ZZS. Dále se zabývá rozdělením a typy výjezdových skupin, technickým a materiálním vybavením vozidel. V neposlední řadě jsou zde zmíněny kompetence, které v současné době má zdravotnický záchranář, a také specializace v urgentní medicíně, kterou se kompetence rozšiřují.

V praktické části práce byla použita kvalitativní metoda výzkumu. Sběr dat byl proveden za pomoci polostandardizovaných rozhovorů s osmi zdravotnickými záchranáři, kteří pracují na Zdravotnické záchranné službě Jihočeského kraje. Součástí výzkumu bylo zmapovat znalost kompetencí v oboru zdravotnického záchranáře a zjistit názory na jejich případné rozšíření. S tím související spolupráce s lékařem na jednotlivých výjezdech. Výzkumný soubor byl podmíněn pouze délkou praxe, kterou si respondenti prošli v rámci svého povolání. Výzkumná otázka byla směřována ke konkrétním možnostem, které by zdravotničtí záchranáři uvítali oproti současným.

Cílem práce bylo zjistit jaký názor mají zdravotničtí záchranáři na současné kompetence v rámci své profese. Dílčím cílem bylo pak, jaké názory mají na rozšíření kompetencí. Ze získaných a zpracovaných rozhovorů vyplynulo, že zdravotničtí záchranáři jsou převážně spokojeni se současnými možnostmi. Rozšíření kompetencí z jejich pohledu by se týkalo takových částí, při kterých hrozí nejmenší riziko ohrožení pacienta či případných komplikací při léčbě v přednemocniční neodkladné péči. Názory na rozšíření kompetencí se opíraly hlavně o větší zodpovědnost, která by v případě rozšíření nastala.

Abstract

The bachelor's thesis name is: Opinions of paramedics about their competencies. The focus is therefore on problematics of competencies which paramedics at present have, and also their views on possible extension.

In theoretical part of the thesis an integrated rescue system, the part of which the emergency medical service also is. The history, activities and also providers of emergency medical service are outlined. Further it deals with distribution and types of rescue groups, and technical and material equipment of vehicles. Finally, competencies are mentioned which at present a paramedic has, and also specialisations in urgent medicine, through which the competencies extend.

In practical part of the thesis a qualitative method of research was used. Data collection was performed with help of semi-standardized interviews with eight paramedics, who work at Medical Rescue Service of Southern Bohemia Region. A part of the research maps knowledge of competencies in the field of paramedic and to find out opinions of their prospective extension. Also cooperation with doctor on each ambulance trip is discussed. The research file was subjected to the length of practise which the respondents went through within their occupation. The research question was directed at particular prospects which paramedics would welcome compared to the current state.

The aim of the thesis was to determine what the opinion of paramedics on their current competencies within their occupation is. A partial aim then was which opinions they hold on extension of their competencies. It was revealed from the obtained and processed interviews that paramedics are mostly content with their current possibilities. An extension of competencies from their point of view would concern such parts at which the least risk of threat to patient, or incidental complications during treatment in prehospital urgent care are posed. Opinions on extension of competencies leaned mainly on bigger responsibility which in case of extensions supervened.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to Zdravotně sociální fakultou – 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 odevzdání 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 výsledky obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 11. srpna 2015

.....

Dominik Klíma

Poděkování

Chtěl bych touto cestou poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce MUDr. Janu Tučkovi za odborné vedení, užitečné rady, názory a hlavně čas, který mi věnoval. Dále bych chtěl poděkovat všem zdravotnickým záchranářům, kteří mi poskytli rozhovory a užitečné informace k psaní práce. V neposlední řadě patří velký dík také mým blízkým a především rodině, za jejich celkovou podporu v průběhu mého studia.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	11
Úvod.....	12
1 SOUČASNÝ STAV	13
1.1 Integrovaný záchranný systém	13
1.1.1 Základní složky integrovaného záchranného systému.....	14
1.1.2 Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů	14
1.2 Zdravotnická záchranná služba.....	16
1.2.1 Historie zdravotnické záchranné služby	16
1.2.2 Činnost zdravotnické záchranné služby.....	17
1.2.3 Poskytovatel zdravotnické záchranné služby	18
1.2.4 Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě	18
1.3 Vybavení vozidel zdravotnické záchranné služby dle legislativy	19
1.3.1 Vozidlo rychlé lékařské pomoci	19
1.3.2 Vozidlo rychlé lékařské pomoci v setkávacím systému	20
1.3.3 Vozidlo rychlé zdravotnické pomoci	21
1.3.4 Vrtulník pro leteckou záchrannou službu	21
1.4 Výjezdové skupiny	22
1.4.1 Rychlá lékařská pomoc	22
1.4.2 Rychlá zdravotnická pomoc.....	22
1.4.3 Rendez-vous.....	22
1.4.4 Letecká záchranná služba	23
1.5 Kompetence zdravotnického záchranáře.....	23
1.5.1 Zdravotnický záchranář	23

1.5.2	Odborná způsobilost zdravotnického záchranáře	24
1.5.3	Registrace zdravotnických pracovníků	25
1.5.4	Ošetrovatelská péče poskytovaná zdravotnickým záchranářem.....	25
1.5.5	Činnosti zdravotnického záchranáře dle legislativních norem	26
1.5.6	Činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí podle § 3 odstavec 1	26
1.5.7	Činnosti zdravotnického záchranáře podle § 17 odstavec 1	27
1.5.8	Činnosti zdravotnického záchranáře podle § 17 odstavec 2	28
1.5.9	Činnosti zdravotnického záchranáře podle § 109	29
	1.6 Urgentní medicína.....	29
1.6.1	Specializace zdravotnického záchranáře v Urgentní medicíně.....	30
2	CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÁ OTÁZKA.....	32
	2.1 Cíl práce.....	32
	2.2 Výzkumná otázka	32
3	METODIKA.....	33
	3.1 Použité metody výzkumu.....	33
	3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	34
4	VÝSLEDKY	35
	4.1 Přepis rozhovorů	35
4.1.1	Respondent č. 1	35
4.1.2	Respondent č. 2.....	37
4.1.3	Respondent č. 3.....	39
4.1.4	Respondent č. 4.....	41
4.1.5	Respondent č. 5.....	43
4.1.6	Respondent č. 6.....	45

4.1.7	Respondent č. 7.....	47
4.1.8	Respondent č. 8.....	49
4.2	<i>Výsledky rozhovorů</i>	52
4.2.1	Délka praxe ve zdravotnictví	52
4.2.2	Výčet pracovišť v rámci profese ZZ.....	52
4.2.3	Znalost kompetencí ZZ.....	52
4.2.4	Rozšíření kompetencí v okruhu farmakoterapie.....	53
4.2.5	Rozšíření kompetencí v okruhu infuzní terapie.....	53
4.2.6	Rozšíření kompetencí v okruhu zajištění DC	54
4.2.7	Snížení kompetencí ZZ na ZZS	54
4.2.8	Porovnání systému RZP + RV oproti RLP.....	55
4.2.9	Telefonická konzultace s lékařem versus přivolání RV na místo události.....	55
4.2.10	Překračování kompetencí ZZ.....	56
5	DISKUZE	58
6	ZÁVĚR	63
7	LITERATURA A ZDROJE	65
8	KLÍČOVÁ SLOVA	70

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ČR	Česká republika
DC	Dýchací cesty
EKG	Elektrokardiograf
IZS	Integrovaný záchranný systém
JčK	Jihočeský kraj
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
PEEP	Positive end-expiratory pressure (pozitivní tlak na konci výdechu)
PNP	Přednemocniční neodkladná péče
PP	První pomoc
RLP	Rychlá lékařská pomoc
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
RV	Rendez-vous
ZOS	Zdravotnické operační středisko
ZZ	Zdravotnický záchranář
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

Úvod

V roce 2011 jsem začal studovat obor Zdravotnický záchranář na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity.

Téma Názory zdravotnických záchranářů na jejich kompetence jsem si vybral proto, že již od prvního ročníku studia nás přednášející začali seznamovat s kompetencemi, které nás čekají po dokončení tohoto bakalářského studia. V dnešní době podle mého názoru zdravotnický záchranář nemá tolik kompetencí k výkonu svého povolání, navzdory tomu, jaká rizika podstupuje při jednotlivých výjezdech.

Bakalářská práce je zaměřena jednak na shrnutí kompetencí, ale také na názory zdravotnických záchranářů na jejich rozšíření. Z důvodů narůstajícího nedostatku lékařů na ZZS můžeme očekávat v nastávajících letech rozšíření kompetencí.

Tato práce je mimo jiné zaměřena na Integrovaný záchranný systém, historii, činnosti, vybavení vozidel ZZS, výjezdové skupiny a v neposlední řadě již zmiňované kompetence.

1 SOUČASNÝ STAV

Zdravotnický záchranář je povolání, jehož výkony jsou dány právními předpisy a určitými požadavky, bez kterých povolání nelze vykonávat. Poskytuje přednemocniční péči v rozsahu své odborné způsobilosti. V dnešní době vzniká čím dál více stanic s RZP (rychlá zdravotnická pomoc), ve které jsou členem posádky dva zdravotničtí záchranáři bez lékaře. Komunikace o podání léků či výkonů, které nejsou v kompetenci zdravotnického záchranáře, probíhá pomocí konferenčního hovoru, který je řízen přes linku 155 s lékařem pracujícím na výjezdovém pracovišti. Dále se může člen posádky RZP v rámci Integrovaného záchranného systému dostat k mimořádné události, kde musí zaujmout roli vedoucí zdravotnické složky (2, 25).

Integrovaný záchranný systém je koordinovaný postup složek při přípravě na mimořádné události a při provádění záchranných a likvidačních prací. Základním právním předpisem je zákon č. 239/200 Sb., o integrovaném záchranném systému. IZS existuje v Česku od roku 2000, ačkoliv jeho základy vznikly již v roce 1993. Hlavním koordinátorem integrovaného záchranného systému v České republice je Hasičský záchranný sbor České republiky. Pokud na místě neštěstí zasahuje více složek IZS, velitelem zásahu se stává vedoucí člen složky, jejíž činnost je na místě převažující (28, 30).

1.1 Integrovaný záchranný systém

Integrovaný záchranný systém neboli IZS začal fungovat v roce 2000, kdy byly položeny první základy. Tento systém je jednotný pro každodenní spolupráci hasičského sboru, policie, zdravotnických a jiných složek. Tyto složky řeší mimořádné události, jako jsou například dopravní nehody, požáry a různé havárie (27, 29).

Integrovaným záchranným systémem se rozumí pravidla, spolupráce, koordinace bezpečnostních a záchranných složek a orgánů, které jsou vzájemně propojené a společně provádějí přípravy mimořádných událostí a zabývají se také likvidačními pracemi (28, 30).

Orgánem státní správy pro tento systém je Ministerstvo vnitra České republiky, které vydává právní normu, a tou je zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů (28, 30, 31).

1.1.1 Základní složky integrovaného záchranného systému

Integrovaný záchranný systém můžeme rozdělit do dvou složek: základní a ostatní. Do základních složek řadíme Zdravotnickou záchrannou službu, Policii České republiky, Hasičský záchranný sbor České republiky a jednotky požární ochrany zařazené do plošného pokrytí kraje jednotkami požární ochrany. Každá zmiňovaná složka má své středisko s linkami tísňového volání. Pokud je obyvatel České republiky v nouzi a neprodleně potřebuje pomoci, je na místě zkontaktovat tísňové linky a těmi jsou: Policie České republiky – 158, Zdravotnická záchranná služba – 155, Hasičský záchranný sbor – 150. Pokud ohrožený není z České republiky, funguje také jednotná tísňová linka pro celou Evropu s číslem 112, zde je možné nahlásit jakékoli ohrožení života, popřípadě havárii (5, 30, 31)

Mezi ostatní složky IZS řadíme ozbrojené síly, městskou policii – číslo 156, dále pohotovostní, odborné, havarijní služby, civilní ochranu, orgány ochrany veřejného zdraví, různá sdružení a neziskové organizace. Dále do ostatních složek IZS řadíme i urgentní příjem, který je zde zařazen nově podle zákona č. 375/2011 Sb. (5, 30, 31).

1.1.2 Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů

Tímto zákonem je dán integrovaný záchranný systém, který stanovuje složky IZS a jejich působnost, pokud není stanoveno zvláštním právním předpisem. Udává působnost a pravomoc státních, územních orgánů a samosprávných celků. Dále udává povinnosti a zároveň práva fyzických a právnických osob při přípravě na mimořádné události. Vymezuje také krizové stavy, kterými se rozumí záchranné a likvidační práce při ochraně obyvatelstva (5).

Těmito účely zákona se rozumí:

„a) integrovaným záchranným systémem koordinovaný postup jeho složek při přípravě na mimořádné události a při provádění záchranných a likvidačních prací,

b) mimořádnou událostí škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací,

c) záchrannými pracemi činnost k odvrácení nebo omezení bezprostředního působení rizik vzniklých mimořádnou událostí, zejména ve vztahu k ohrožení života, zdraví, majetku nebo životního prostředí, a vedoucí k přerušení jejich příčin,

d) likvidačními pracemi činnosti k odstranění následků způsobených mimořádnou událostí,

e) ochranou obyvatelstva plnění úkolů civilní ochrany, zejména varování, evakuace, ukrytí a nouzové přežití obyvatelstva a další opatření k zabezpečení ochrany jeho života, zdraví a majetku,

f) zařízením civilní ochrany bez právní subjektivity součástí právnické osoby nebo obce určené k ochraně obyvatelstva; tvoří je zaměstnanci nebo jiné osoby na základě dohody a věcné prostředky,

g) věcnou pomocí je poskytnutí věcných prostředků při provádění záchranných a likvidačních prací a při cvičení na výzvu velitele zásahu, hejtmana kraje nebo starosty obce; věcnou pomocí se rozumí i pomoc poskytnutá dobrovolně bez výzvy, ale se souhlasem nebo s vědomím velitele zásahu, hejtmana kraje nebo starosty obce,

h) osobní pomocí je činnost nebo služba při provádění záchranných a likvidačních prací a při cvičení na výzvu velitele zásahu, hejtmana kraje nebo starosty obce; osobní pomocí se rozumí i pomoc poskytnutá dobrovolně bez výzvy, ale se souhlasem nebo s vědomím velitele zásahu, hejtmana kraje nebo starosty obce.“ (5, §2).

IZS je použit v případě vzniku mimořádné události a při potřebách provádění současně záchranných a likvidačních prací. Jedná se o případy, kdy je potřeba společného nasazení složek IZS, které v danou chvíli překračují možnosti samostatného působení jednotlivých z nich (5,24).

1.2 Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnická záchranná služba je zdravotní službou, v jejímž rámci je na základě tísňové výzvy poskytována zejména přednemocniční neodkladná péče (jinak také PNP) osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života (9).

Zdravotnická záchranná služba poskytuje nepřetržitou zdravotní péči díky čtyřem typům výjezdových skupin. Jedná se o posádky rychlé lékařské pomoci (RLP), rychlé zdravotnické pomoci (RZP), setkávacího systému rendez vous (RV) a v neposlední řadě také letecké záchranné služby (LZS) (9, 26).

1.2.1 Historie zdravotnické záchranné služby

V roce 1857 na doporučení barona Päumanna vzniká na našem území „Pražský dobrovolný sbor ochranný“. Tento sbor obsahoval 36 dobrovolníků nejrůznějších profesí. Pouze tři členové byli zdravotníci. Cílem sboru bylo: „chrániti co jest ochrany hodno, zachrániti v každém druhu nebezpečí jak životy lidské, tak i majetek spoluobčanů dobrovolně, neohroženě a nezištně.“ Dále se pak jednalo o poskytování přímé první pomoci při všech úrazech, nehodách, válkách, pádech mobilizace, požárech, povodních či jiných živelných pohromách (34).

První sídlo Sboru bylo v dolní části Václavského náměstí od roku 1890. Tehdy byly také schváleny nové stanovy, získány první dopravní prostředky a začala nepřetržitá služba, která prakticky trvá dodnes. V roce 1949 je Záchranná služba Praha přímo začleněna pod správu Ústředního národního výboru Prahy. V tomto období se stává ZZS v Praze průkopníkem PNP v naší zemi (34).

Rok 1987 je pro zdravotnickou záchrannou službu jedním ze zlomových. V první řadě byl zahájen provoz prvního stanoviště letecké záchranné služby v tehdejší Československu. A v druhé řadě byl spuštěn provoz záchranné služby systémem RV, kdy lékař vyrážel na místo nehody rychlým osobním vozem a pomalejší, často vzdálenější vůz přijel až v případě potřeby za ním (34).

Po roce 1989 začal probíhat nákup moderních zařízení a přístrojů, což umožnilo otevřené tržní prostředí a příliv nabídek z vyspělých zemí. ZZS obnovovaly především vozový park. Zastaralé přístroje ve vozech byly nahrazeny multifunkčními přístroji především ze zahraničí. Na konci 20. století se na území ČR nacházelo 78 sledovaných územních celků, které poskytovaly PNP (23).

1.2.2 Činnost zdravotnické záchranné služby

První a zatím poslední zákon o zdravotnické záchranné službě byl vydán v roce 2011. Jedná se o zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě. Tento zákon vymezuje, mimo jiné, činnost zdravotnické záchranné služby.

Ty se skládají v první řadě z příjmu tísňového volání na nepřetržité lince 155 a výzev předaných jinými operačními středisky např. od Policie ČR či Hasičského záchranného sboru ČR. Na výše zmíněné lince poté probíhá vyhodnocování výzvy, poskytování instrukcí volajícímu k neprodlenému poskytnutí první pomoci. Když to vyžaduje stav pacienta, tak až do příjezdu výjezdové skupiny. Dalším úkolem operačního střediska je rozhodování o vyslání výjezdové skupiny dle naléhavosti a následné řízení těchto skupin (9, 23, 29).

Následuje příjem výzvy výjezdovou skupinou, která neprodleně uskuteční výjezd k předem určenému místu zásahu. Na místě provede vyšetření pacienta a následně poskytne zdravotní péči a postará se o případnou stabilizaci základních životních funkcí. Během transportu se stará o nepřetržité sledování životních funkcí, zajišťuje soustavnou zdravotní péči tak, aby bylo možno okamžitě reagovat na změny stavu až do okamžiku osobního předání pacienta zdravotnickému pracovníkovi v cílovém nemocničním zařízení (9, 23).

Mezi další činnosti ZZS patří spolupráce s cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče, řešení mimořádných událostí v rámci IZS a spolupráci s jejími složkami. Třídění osob postižených na zdraví na místě mimořádných událostí nebo krizových situacích. Jedná se také o přepravu pacienta leteckými či pozemními prostředky mezi poskytovateli akutní lůžkové péče, a o přepravu orgánů k transplantaci (9, 23).

1.2.3 Poskytovatel zdravotnické záchranné služby

Zdravotnickou záchrannou službou je příspěvková organizace, kterou zřizuje daný kraj. Zdravotnická záchranná služba má povinnost poskytovat zdravotnické služby dle daného a platného zákona. Na území kraje je poskytovatel zdravotnické služby pouze jeden, výjimka nastává tehdy, pokud se u vzniklé události zúčastní více zdravotnických jednotek z odlišných krajů České republiky. Zdravotnická záchranná služba má povinnost poskytovat péče nepřetržitě čtyřicet hodin denně. ZZS je nedílnou součástí již zmiňovaného záchranného systému (8, 9).

1.2.4 Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě

Zákon, který vešel v účinnost 1. dubna 2012 nahradil předchozí vyhlášku č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě, která prošla několika novelami. K výše uvedenému zákonu byla vydána vyhláška č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě (6, 9).

Zákon o zdravotnické záchranné službě popisuje její činnosti a povinnosti v rámci své odbornosti. Udává časovou dostupnost dojezdu výjezdových skupin do 20 minut s ohledem na nepříznivé dopravní nebo povětrnostní podmínky. Dále přikazuje kraji minimálně jednou za dva roky aktualizovat plán pokrytí území kraje výjezdovými základnami. Zákon se také věnuje součinnosti ZZS s poskytovateli akutní lůžkové péče, zmiňuje se o traumatologickém plánu, poskytovateli či organizaci zdravotnického zařízení ZZS, jejím financování, pracovišti krizové připravenosti a o označování dopravních prostředků nebo pracovních oděvů členů výjezdových skupin. Člení výjezdové skupiny na rychlou lékařskou pomoc, rychlou zdravotnickou pomoc, setkávací systém a leteckou záchrannou službu. Opravňuje zaměstnance vstupovat do cizích objektů, kde se nachází osoba, které má být poskytnuta neodkladná péče. Od této osoby mohou požadovat mimo jiné osobní údaje a od fyzických osob, které se vyskytují poblíž zásahu, osobní nebo věcnou pomoc. V neposlední řadě řeší připravenost k mimořádným událostem a krizovým situacím, působnost ministerstva a kraje, ale také

přestupky, kterých se dopustí občané, kteří by se vydávali bez povolení za zdravotnickou záchrannou službu nebo její zaměstnance (6, 9).

1.3 Vybavení vozidel zdravotnické záchranné služby dle legislativy

Poskytovatel zdravotnické záchranné služby musí mít vybaven dopravní prostředek technickým, věcným vybavením s příslušným barevným provedením. Základní barva karoserie je žlutá. Na bocích vozidla je umístěno retroreflexní značení v podobě pravidelně se střídajících obdélníkových polí zelené a žluté barvy v jednom nebo dvou vodorovných pruzích, vytvářejících vzhled šachovnice. Vozidlo je dále na bocích výrazně označeno nápisem „Zdravotnická záchranná služba“ a názvem poskytovatele zdravotnické záchranné služby a na střeše volací značkou radiostanice vozidla (7, 9).

1.3.1 Vozidlo rychlé lékařské pomoci

„Vozidlo rychlé lékařské pomoci musí být vybaveno dle legislativy: nosítka s podvozkem vybavenými zádržným systémem pro děti a dospělé; vakuovou matrací; zařízením pro přepravu sedícího pacienta, pokud funkci tohoto zařízení nemají, nosítka s podvozkem; transportní plachtou; příkrývkami a lůžkovinami,; termoizolační fólií pro udržování tělesné teploty; fólií nebo vakem pro zemřelé; přenosným defibrilátorem s monitorem 12svodovým záznamem EKG křivky a stimulátorem srdečního rytmu; ručním dýchacím přístrojem s příslušenstvím pro novorozence, děti a dospělé s možností připojení ke zdroji medicínálního kyslíku; přenosným přístrojem pro umělou plicní ventilaci; dvěma tlakovými lahvemi na kyslík, každá s obsahem 10 l s příslušenstvím k inhalačnímu podávání kyslíku včetně polomasky, průtokoměru a redukčního ventilu; dvěma tlakovými lahvemi na kyslík, každá s obsahem 2 l; sadou pomůcek pro zajištění dýchacích cest: laryngoskop s různými velikostmi lžic, endotracheální kanyly pro všechny věkové skupiny pacientů, Magillovy kleště, zavaděč do endotracheální kanyly, supraglotické pomůcky, souprava pro koniotomii; pomůckami pro zvlhčování dýchacích cest a aplikaci léčiv; ventilem po vytvoření

pozitivního tlaku v dýchacích cestách na konci výdechu (PEEP ventil); přenosnou bateriovou odsávačkou s kapacitou minimálně 1 l; zařízením pro ohřev infuzí na teplotu 37 °C +/- 2 °C; vybavením pro podávání injekcí a infuzí včetně vhodných kanyl; vybavením pro podání infuze přetlakem; zařízením pro upevnění infuze; infuzní pumpou nebo dávkovačem stříkačkovým; pomůckami pro intraoseální vstup pro děti a dospělé; soupravou pro hrudní punkci; jehlou k punkci perikardu; kapnometrem; tonometrem s různými velikostmi manžety; pulzním oxymetrem; stetoskopem; glukometrem; vybavením k měření tělesné teploty; pohotovostní porodní soupravou; odběrovou zkumavkou pro odběr hemokultury; pomůckami pro znehybnění krční páteře; pomůckami pro imobilizaci; materiálem pro ošetření ran; materiálem pro ošetření popálenin; diagnostickým světlem; nádobou na moč; jednorázovými sáčky na zvratky nebo jednorázovými emitními miskami; kontejnerem na zdravotnický odpad; odpadkovým košem; sterilními chirurgickými rukavicemi – 6 párů; jednorázovými rukavicemi – 25 párů; vyprošťovacím zařízením (vestou), spinálním nebo scoop rámem; bezpečnostní přilbou; bezpečnostními (pracovními) rukavicemi; osobním ochranným vybavením proti infekci pro všechny členy výjezdové skupiny; náhlavní osvětlovací soupravou pro všechny členy výjezdové skupiny; přenosným reflektorem pro vyhledávání osob v terénu; nůžkami na oděvy, obuv a bezpečnostní pásy; dezinfekčními prostředky na ruce a na zdravotnické pomůcky; vozidlovou radiostanicí; přenosnou radiostanicí; připojením k veřejné telefonní síti prostřednictvím radiostanice nebo mobilního telefonu; zařízením pro vnitřní komunikaci mezi řidičem a osobami v prostoru pro pacienty, pokud vnitřní uspořádání vozidla neumožňuje přímou komunikaci mezi nimi; zvláštním výstražným světlem modré barvy doplněným zvláštním zvukovým výstražným zařízením.“ (7, příloha I).

1.3.2 Vozidlo rychlé lékařské pomoci v setkávacím systému

Vozidlo rychlé lékařské pomoci v setkávacím systému neboli RV je osobní automobil, který je znatelně menší než vozidlo rychlé lékařské pomoci. Slouží hlavně k rychlé přepravě zdravotníků na místo poskytnutí PNP. Z těchto důvodů dochází u

tohoto vozidla k upuštění od některých požadavků ve výbavě oproti vozidlu rychlé lékařské pomoci. Vozidlo RV nemusí mít ve výbavě: nosítka s podvozkem; zařízení pro přepravu sedícího pacienta; transportní plachtu; příkrývky a lůžkoviny; dvě tlakové lahve o obsahu 10 l; zařízení pro ohřev infuzí; zařízení pro upevnění infuze; odběrovou zkumavku pro odběr hemokultury; nádobu na moč; vyprošťovací zařízení a scoop rám. Ve vozidle pak musí být prostor pro bezpečné uložení přepravovaného materiálu (7, 26).

1.3.3 Vozidlo rychlé zdravotnické pomoci

Vozidlo rychlé zdravotnické pomoci se liší od vozidla rychlé lékařské pomoci hlavně obsazením posádky. Změnu ve vybavení zaznamenává pouze upuštění od dvou požadavků, a to: soupravy pro hrudní punkci a jehly k punkci perikardu (7, 26).

1.3.4 Vrtulník pro leteckou záchrannou službu

Také v tomto případě budeme vycházet z vybavení vozidla rychlé lékařské pomoci. V následujících řádcích uvádím výčet věcí, které letecká ambulance oproti výše uvedenému vozidlu neobsahuje: zařízení pro přepravu sedícího pacienta; dvě tlakové lahve o obsahu 10 l; dvě tlakové lahve o obsahu 2 l; vozidlovou radiostanici; zařízení pro vnitřní komunikaci mezi řidičem a osobami v prostoru pro pacienty; zvláštní výstražné světlo modré barvy doplněné zvláštním zvukovým výstražným zařízením (7).

Letecká ambulance musí být ale vybavena navíc následujícím příslušenstvím: dvěma tlakovými lahvemi, a to s minimálním obsahem 4,7 l; jednou přenosnou lahví na kyslík o objemu minimálně 2 l; radiostanicí pro spojení se ZOS a výjezdovými skupinami. A jako poslední bod jsou uvedena nosítka, jejichž součástí nemusí být podvozek (7).

1.4 Výjezdové skupiny

Výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby můžeme dělit do čtyř skupin. Každá z těchto skupin obsahuje jiný počet zdravotnického personálu, a ti také disponují jiným vzděláním. Pracuje zde jak lékařský personál, tak i nelékařský zdravotnický personál (26).

1.4.1 Rychlá lékařská pomoc

Výjezdová skupina rychlé lékařské pomoci čítá nejvíce členů ze všech uvedených, a to právě tři. Prvním z nich je lékař. Další dva jsou pak zařazeni do kategorie nelékařských zdravotnických pracovníků, z nichž jeden je řidič vozidla zdravotnické záchranné služby (může být zdravotnický záchranář) a druhý zdravotnický záchranář, jehož získání způsobilosti upravuje zákon č. 96/2004 Sb. (3, 9, 14).

1.4.2 Rychlá zdravotnická pomoc

Tato výjezdová skupina zahrnuje dva nelékařské zdravotnické pracovníky, jako u rychlé lékařské pomoci. Rychlá zdravotnická pomoc je omezena kompetencemi, které jsou vymezeny ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., protože s ní nevyrazí na místo události lékař. V případě potřeby lékaře je možnost konzultace přes zdravotnické operační středisko nebo přivolání tzv. setkávacího systému, RV (9, 14).

1.4.3 Rendez-vous

Setkávací systém neboli rendez-vous je vyslán na místo události na pokyn operátora zdravotnického operačního střediska. Nejčastěji na základě indikace nebo po telefonické dohodě s výjezdovou skupinou rychlé zdravotnické pomoci. Posádka RV je složena z lékaře a zdravotnického záchranáře (1, 14).

1.4.4 Letecká záchranná služba

Česká republika je pokryta deseti leteckými základnami zdravotnické záchranné služby. Každé středisko je označeno volacím znakem KRYŠTOF s přiděleným číslem. České Budějovice mají například volací znak KRYŠTOF 13. O nasazení letecké záchranné služby rozhoduje vždy zdravotnické operační středisko. Důležité slovo ohledně vzletu má také pilot vrtulníku, který vyhodnotí letové podmínky. Posádku letecké záchranné služby tvoří tedy lékař, zdravotnický záchranář a v neposlední řadě pilot (1, 14).

1.5 Kompetence zdravotnického záchranáře

1.5.1 Zdravotnický záchranář

Obor ZZ je minimálně tříleté studium a po jeho absolvování získají absolventi se souhlasem MZ ČR oprávnění vykonávat zdravotnické povolání. Cílem studia je připravit kvalifikovaného odborníka pro samostatnou činnost v rámci specifické ošetrovatelské péče na úseku neodkladné péče, akutního příjmu a všude tam, kde jsou nemocní a zranění bezprostředně ohroženi na životě. Všechny kompetence, které po dokončení studia bude mít ZZ díky svému vzdělání k dispozici, může vykonávat samostatně nebo ve spolupráci s lékařem (34).

Absolventi na základě svých vědomostí a dovedností z ošetrovatelských, medicínských a humanitních oborů a na základě zkušeností z odborné praxe budou schopni zhodnotit aktuální stav, potřeby pacienta a poskytovat neodkladnou péči postiženým všech věkových skupin v omezeném časovém intervalu (32, 35).

Uplatnění najdou ve zdravotnických záchranných službách, na odděleních urgentních příjmů nebo také na oddělení anesteziologicko-resuscitační péče. ZZ jak z pohledu svého vzdělání, tak i praxe představuje nejvyšší kvalitu u nelékařských zdravotnických profesí v akutní přednemocniční péči o pacienty (32, 35).

1.5.2 Odborná způsobilost zdravotnického záchranáře

Způsobilost k výkonu povolání ZZ má ten, kdo podle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, splnil podmínky tohoto zákona, a to: má odbornou způsobilost podle tohoto zákona nebo jemuž byla uznána odborná kvalifikace k výkonu zdravotnického povolání v souladu s ustanovením hlavy VII a VIII tohoto zákona. Poté musí být zdravotně způsobilý a bezúhonný (3, 26).

Odbornou způsobilost k výkonu povolání ZZ vymezuje § 18, a to absolvováním akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu ZZ. Další možností je pak vystudování nejméně tříletého studia v oboru diplomovaný ZZ na vyšších zdravotnických školách. V neposlední řadě je způsob, jak vykonávat toto povolání, dokončení střední zdravotnické školy v oboru zdravotnický záchranář, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1998/1999. V tomto případě však musí povolání ZZ vykonávat po dobu tří let pod odborným dohledem (3).

Za výkon povolání ZZ se považuje činnost v rámci specifické ošetrovatelské péče na úseku neodkladné anesteziologicko-resuscitační péče a akutního příjmu. ZZ se také podílí na neodkladné léčbě a diagnostické péči (3).

Prozatím jedinou novelou zákona č. 96/2004 Sb. je zákon č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Tento předpis doplnil odstavec o odborné způsobilosti ZZ takto: „*Odbornou způsobilost k výkonu povolání ZZ má také zdravotnický pracovník, který má odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecná sestra podle § 5 a specializovanou způsobilost v oboru sestra pro intenzivní péči a byl členem výjezdové skupiny ZZS nejméně v rozsahu poloviny týdenní pracovní doby po dobu 5 let za posledních 6 let.*“ (4, § 18 odstavec 3).

1.5.3 Registrace zdravotnických pracovníků

Registr zdravotnických pracovníků, kteří jsou způsobilí k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, je dán zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Ministerstvo zdravotnictví ČR pověřilo správou Registru Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (18).

Registr obsahuje údaje, které slouží k vydání Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, a držitelé těchto osvědčení jsou pak zapsáni do registru (3, 18).

Hlavním cílem registrace nelékařských zdravotnických povolání je ochrana veřejnosti. Tato ochrana spočívá na principu celoživotního vzdělávání, obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti – to vede ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče a jiných souvisejících činností (3, 18).

Činnost a úkoly registru jsou: Posuzování žádostí o vydání a prodloužení platnosti osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a registrace jeho držitelů v Registru. Evidence souhlasných stanovisek profesních sdružení k vzdělávacím akcím. Dále pak evidence vydaných precedentů k uznání výkonu povolání a kreditů pro vydání nebo prodloužení osvědčení. Jedná se také vyhledávání spisů dle § 6 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád a ověřování dokladů o odborné a specializované způsobilosti. Archivační, přednášková, publikační a metodická činnost. Konzultační činnost při osobním kontaktu a v rámci informační linky (11, 21, 22).

1.5.4 Ošetrovatelská péče poskytovaná zdravotnickým záchranářem

Za ošetrovatelskou péči poskytovanou ZZ se považuje specifická činnost na úseku neodkladné, anesteziologicko-resuscitační péče a akutního příjmu. Jedná se především o podporu, navrácení či udržení zdraví. Dále se stará o potřeby psychické, sociální a biologické, které souvisejí s porušením zdravotního stavu skupiny nebo jednotlivců (33).

Už příchod na místo vzniku náhlého onemocnění nebo úrazu musí splňovat kritérium rychlosti a operativnosti posádky, ale nikdy ne na úkor bezpečnosti posádky. Před vyšetřením pacienta nemůže ZZ jakkoliv komentovat zneužití ZZS, neboť když je pacient dezorientovaný nebo v bezvědomí, není schopný racionálně uvažovat (13).

Ošetrovatelství je samostatný vědní obor, který dělíme do tří skupin. První z nich je Základní ošetrovatelská péče. Ta je poskytována pacientům, jimž jejich zdravotní stav nebo léčebný postup neumožňuje běžné provádění aktivit každodenního života. Druhou složkou ošetrovatelství je Specializovaná ošetrovatelská péče, která je poskytována pacientům, jimž jejich zdravotní stav nebo léčebný postup výrazně omezuje běžné aktivity každodenního života. Riziko narušení základních životních funkcí nebo jejich narušení je reálné, nebo tito jedinci mají patologické změny psychického stavu, ale nevyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta či jeho okolí. Poslední, třetí složkou je Vysoce specializovaná ošetrovatelská péče, která je poskytována pacientům, u nichž dochází k selhání základních životních funkcí nebo bezprostředně toto selhání hrozí nebo kteří mají patologické změny psychického stavu, jež vyžadují stálý dozor či použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta či jeho okolí (17, 33).

1.5.5 Činnosti zdravotnického záchranáře dle legislativních norem

Činnost zdravotnického záchranáře určuje Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků č. 55/2011 Sb. Především pak § 3 odstavec 1, §17 odstavec 1 a 2, a také §109.

1.5.6 Činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí podle § 3 odstavec 1

Zdravotnický pracovník, který pracuje bez odborného dohledu a bez indikace lékaře, může v rozsahu své odborné způsobilosti poskytovat zdravotní péči tak, aby byla v souladu s právními předpisy a standardy. Dále pak: „*dbá na dodržování hygienicko-*

epidemiologického režimu, aby dodržoval právní předpisy upravující ochranu veřejného zdraví. Bez odborného dohledu pak vede zdravotnickou dokumentaci a pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení. Poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře. Podílí se také na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečněných středními školami a odbornými školami, v akreditovaných zdravotnických studijních programech k získávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných vysokými školami v České republice a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů. V neposlední řadě se má také podílet na přípravě standardů.“ (2, § 3 odstavec 1).

1.5.7 Činnosti zdravotnického záchranáře podle § 17 odstavec 1

Paragraf 17 odstavec 1 vyhlášky č. 55/2011 Sb., se zabývá podrobněji kompetencemi zdravotnického záchranáře. Odkazuje zpětně na § 3 stejné vyhlášky a doplňuje ho dalšími, které může ZZ vykonávat bez odborného dohledu a bez indikace lékaře. A to v rámci PNP včetně letecké záchranné služby, anesteziologicko-resuscitační péči, a také v rámci akutního příjmu (2, 26).

Následuje výpis konkrétních úkonů, které může v rámci své odbornosti vykonávat: *„Monitorovat a hodnotit vitální funkce včetně snímání elektrokardiografického záznamu, průběžného sledování a hodnocení poruch rytmu, vyšetření a monitorování pulzním oxymetrem. Zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitace s použitím ručních křísících vaků, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu. Zajišťovat periferní žilní vstup, aplikovat krystaloidní roztoky a provádět nitrožilní aplikaci roztoků glukózy u pacienta s ověřenou hypoglykemií. Provádět orientační laboratorní vyšetření určená pro urgentní medicínu a orientačně je posuzovat. Obsluhovat a udržovat vybavení všech kategorií dopravních prostředků, řídit pozemní dopravní prostředky, a to i v obtížných podmínkách jízdy s využitím výstražných zvukových a světelných zařízení. Provádět první ošetření ran, včetně zástavy krvácení. Zajišťovat nebo provádět bezpečné vyproštění, polohování,*

imobilizaci, transport pacientů a zajišťovat bezpečnost pacientů během transportu. Vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při řešení následků hromadných neštěstí v rámci integrovaného záchranného systému. Zajišťovat v případě potřeby péči o tělo zemřelého. Přejímat, kontrolovat a ukládat léčivé přípravky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu. Přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu. Provádět neodkladné výkony v rámci probíhajícího porodu. Přijímat, evidovat a vyhodnocovat tísňové výzvy z hlediska závažnosti zdravotního stavu pacienta a podle stupně naléhavosti zabezpečovat odpovídající způsob jejich řešení za použití telekomunikační a sdělovací techniky. Provádět telefonní instruktáž k poskytování první pomoci a poskytovat další potřebné rady za použití vhodného psychologického přístupu.“ (2, § 17 odstavec 1).

1.5.8 Činnosti zdravotnického záchranáře podle § 17 odstavec 2

V druhém odstavci § 17 jsou rozšířeny kompetence ZZ, pracujícího na již zmíněných pracovištích, o ty, které lze provádět bez odborného dohledu, ale na základě indikace lékařem. V PNP to znamená například telefonickou konzultaci přes operační středisko (2, 26).

Rozšíření kompetencí se tak týká zejména: „*Zajišťovat dýchací cesty dostupnými pomůckami, zavádět a udržovat inhalační kyslíkovou terapii, zajišťovat přístrojovou ventilaci s parametry určenými lékařem, pečovat o dýchací cesty pacientů při umělé plicní ventilaci. Podávat léčivé přípravky, včetně krevních derivátů. Asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků a ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji. Provádět katetrizaci močového měchýře dospělých a dívek nad 10 let. Odebírat biologický materiál na vyšetření. Asistovat při porodu a provádět první ošetření novorozence. Zajišťovat intraoseální vstup.“ (2, § 17 odstavec 2).*

1.5.9 Činnosti zdravotnického záchranáře podle § 109

Posledním paragrafem, který se zabývá kompetencemi zdravotnického záchranáře je § 109. Ten je zaměřen na kompetence, které lze získat po ukončení specializace ve zdravotnictví s názvem Zdravotnický záchranář pro urgentní medicínu. Rozlišuje také kompetence bez odborného dohledu bez indikace lékaře a také bez odborného dohledu na základě indikace lékaře (2, 26).

„Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře: Zajišťovat dýchací cesty dostupnými pomůckami u pacienta staršího 10 let při provádění kardiopulmonální resuscitaci. Zahájit a provádět kardiopulmonální resuscitaci pomocí použití přístrojů k automatické srdeční masáži, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu, a podání léčiv pro resuscitaci bezprostředně nezbytných. Odebírat biologický materiál na vyšetření. Zavádět a udržovat kyslíkovou terapii. Zajišťovat intraoseální vstup. Zajišťovat stálou připravenost pracoviště, včetně funkčnosti speciální přístrojové techniky a materiálního vybavení; sledovat a analyzovat údaje na speciální přístrojové technice, rozpoznávat technické komplikace a řešit je. Provádět zdravotnickou část záchranných a likvidačních prací při mimořádných událostech v součinnosti s velitelem zásahu.“ (2, § 109).

„Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře: Provádět měření a analýzu fyziologických funkcí pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod. Provádět externí kardiostimulaci. Provádět tracheobronchiální laváže pacientů s tracheální intubací. Zavádět gastrickou sondu a provádět výplach žaludku u pacienta při vědomí. Zavádět gastrickou sondu a provádět výplach žaludku u pacienta staršího 10 let v bezvědomí se zajištěnými dýchacími cestami. Provádět extubaci tracheální kanyly.“ (2, § 109).

1.6 Urgentní medicína

Označení „urgentní“ je v hovorovém jazyce známé jako „naléhavá situace“. Jedná se o okamžitou pomoc. V tomto případě pomoc medicínskou – lékařskou.

Urgentní stav je definován jako situace, kdy pacient je v ohrožení smrti, prodělává akutní onemocnění nebo je ohrožen na zdraví, pokud neobdrží okamžitou lékařskou pomoc (12).

Cílem urgentní medicíny je zajištění stejně kvalitní a adekvátní péče pro všechny občany, kdekoliv je pomoc potřebná. Četnost událostí se nedá předpovídat, a proto zdroje včetně personálních musí být přiměřené všem situacím, které by moly nastat. Důraz musí být kladen na kvalitu urgentní péče. Pro systém zdravotnických záchranných služeb musí být zajištěno standardizované operační řízení PNP. Urgentní péče během transportu je v jednotlivých zemích poskytována poskytovateli různé kvalifikace, ale musí se řídit jednotnými principy a cílem musí být srovnatelná kvalita bez ohledu na daný národní systém. Urgentní péče v přijímacích zdravotnických zařízeních je zaměřena na resuscitaci, stabilizaci, pozorování, zajištění konziliárních a komplementárních vyšetření a zajištění následné ambulantní či hospitalizační péče (29).

1.6.1 Specializace zdravotnického záchranáře v Urgentní medicíně

Cílem specializačního vzdělávání v oboru Urgentní medicína je dosažení specializované způsobilosti s označením odbornosti Zdravotnický záchranář pro urgentní medicínu. Uchazeč si osvojí potřebné teoretické znalosti, praktické dovednosti, týmovou spolupráci i samostatnou činnost dle platné legislativy (19).

Pro zařazení do specializačního vzdělávání je podmínkou získání odborné způsobilosti k výkonu povolání zdravotnický záchranář dle zákona č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších právních předpisů. ZZ musí být minimálně 36 měsíců zaměstnaný v úvazku 1,0, z toho minimálně 12 měsíců na pracovišti ZZS v úvazku 1,0 dle odst. 2 § 56 zákona č. 96/2004 Sb. (19).

Celý vzdělávací program obsahuje 560 hodin teoretické a praktické výuky. Praktická výuka tvoří alespoň 50 % celkového počtu hodin, včetně odborné praxe. Ta probíhá na pracovištích akreditovaného zařízení. Vzdělávací program je možné absolvovat ve více akreditovaných zařízeních, pokud je nezajistí v celém rozsahu

akreditované zařízení, kde účastník vzdělávání zahájil. Pracoviště s danou akreditací musí disponovat potřebným materiálním, personálním a přístrojovým vybavením. Vzdělávací program zahrnuje základní modul a odborné moduly. Všechny moduly mají stanovený počet kreditů a ukončení každého z nich je realizováno hodnocením úrovně dosažených výsledků vzdělávání (19).

Podmínkou pro získání specializované způsobilosti v oboru Urgentní medicína je: zařazení do oboru specializačního vzdělávání, výkon povolání v příslušném oboru specializačního vzdělávání minimálně 1 rok z období 6 let v rozsahu minimálně poloviny stanovené týdenní pracovní doby nebo minimálně 2 roky v rozsahu minimálně pětiny stanovené týdenní pracovní doby do data přihlášení se k atestační zkoušce, absolvování teoretické výuky, absolvování povinné odborné praxe v rozsahu stanoveném vzdělávacím programem a splnění výkonů daných vzdělávacím programem, potvrzení o splnění výkonů daných logbookem, získání stanoveného počtu kreditů určených vzdělávacím programem. V neposlední řadě je to složení atestační zkoušky (19).

Absolvent specializačního vzdělávacího programu v oboru Urgentní medicína bude mít rozšířeny kompetence například o zprůchodnění a zajištění dýchacích cest supraglotickými pomůckami a tracheální intubací u pacientů starších deseti let. Provádět kardiostimulaci pomocí externích elektrod či udržovat umělou plicní ventilaci ručním i automatickým dýchacím přístrojem. Zároveň je také oprávněn na základě vlastního posouzení a rozhodnutí, v souladu s platnou legislativou, zabezpečovat intenzivní péči v rozsahu své specializované způsobilosti stanovené činnostmi, ke kterým je připraven na základě absolvování tohoto vzdělávacího programu (19).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÁ OTÁZKA

2.1 Cíl práce

Zjistit, jaký názor mají zdravotničtí záchranáři na současné kompetence v rámci své profese. Dílčí cíl: Zjistit, jaké názory mají na rozšíření kompetencí.

2.2 Výzkumná otázka

Jaké kompetence by zdravotničtí záchranáři uvítali oproti současným možnostem?

3 METODIKA

Mezi dvě základní formy metodologického výzkumu patří kvalitativní a kvantitativní. U bakalářské práce s názvem *Názory zdravotnických záchranářů na jejich kompetence* se přímo nabízela kvalitativní forma výzkumu. Považuji ji za vhodnější, neboť mohu díky ní zmapovat danou problematiku více do hloubky.

Hendl ve své knize píše o kvalitativním výzkumu toto: „*Kvalitativní výzkum probíhá více strukturovaně a používá spíše deduktivní postupy vědecké metody. Soustřeďuje se na popis variability, předem definovaných proměnných, které vymezují, co budeme pozorovat a zachycovat.*“ (15, s. 63).

3.1 Použité metody výzkumu

Pro výzkum bakalářské práce byla vybrána základní metoda sběru dat pro kvalitativní výzkum, a to polostandardizovaný rozhovor. Výhodou takového rozhovoru je pokládat doplňující otázky na odpovědi, které nám dotazovaný poskytne na předem připravené otázky. Díky tomu můžeme dosáhnout vyšší přesnosti a většího množství informací než při klasickém strukturovaném rozhovoru (20).

Respondenti mi odpovídali na předem připravených 10 otázek. Z nich se dvě týkají délky praxe na ZZS a věku dotazovaného. Dalších šest je zaměřeno na hlavní problematiku, a to kompetence ZZ. Nejen na názory respondentů na rozšíření, ale také na ubrání ze stávajících kompetencí. Poslední dvě se zabývají spoluprací a spokojeností zdravotnických záchranářů s lékaři nejen na místě zásahu, ale také co se týče telefonické konzultace s nimi, kterou mají ZZ ve svých možnostech.

Rozhovory byly zapisovány a také nahrávány na diktafon. Na tuto skutečnost byli respondenti před zahájením rozhovoru upozorněni s odkazem na etický kodex. Prakticky celý doslovný přepis rozhovorů je zaznamenaný v kapitole 4 Výsledky.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Protože se celá bakalářská práce zabývá především zdravotnickými záchranáři, zvolil jsem jako respondenty osm těchto profesionálů. Vzorek byl vybrán ze ZZS JČK, a to podle následujících kritérií.

Z důvodu získání validních informací o spokojenosti s kompetencemi jsem si vybral respondenty napříč délkou praxe na ZZS. Jedná se o 2 ZZ, kteří disponují délkou praxe 1–5 let. Druhou dvojicí je kategorie s 6–10 lety praxe. Třetí dvojice má za sebou 11–15 let praxe. A čtvrtá dvojice 16 a více let praxe.

4 VÝSLEDKY

4.1 Přepis rozhovorů

V této části bakalářské práce uvádím přepis rozhovorů. První dva mi poskytli respondenti s praxí 1–5 let. Třetí a čtvrtý rozhovor jsem získal od ZZ, kteří jsou v praxi 6–10 let. Pátý a šestý rozhovor je pořízen od ZZ s praxí 11–15 let. Poslední dva jsou pak od respondentů s praxí 16 a více let. Zdravotničtí záchranáři odpovídali na předem připravených 10 otázek, které pro přehlednost uvádím vždy před danou odpovědí.

4.1.1 Respondent č. 1

Prvním respondentem je žena, které je 23 let. Vystudovala vyšší odbornou školu, obor Zdravotnický záchranář.

Otázka č. 1. **Jak dlouho již pracujete v oboru?** „Jeden rok.“

Otázka č. 2. **Kterými pracovišti (v rámci profese ZZ) jste již prošli?** „V rámci adaptačního procesu ARO a anesteziologické sály. A nyní záchranná služba.“

Otázka č. 3. **Uveďte příklady kompetencí, které má ZZ na ZZS bez indikace lékaře?** „Jako posádka RZP můžeme provádět vyšetření pacienta, snímat a vyšetřovat základní životní funkce, pořizovat EKG záznamy, zajišťovat žilní linku, vyplňovat dokumentaci, respektive záznam o výjezdu, ošetřovat rány, postarat se o zástavu krvácení, vyprošťovat postiženého třeba při autonehodě. Nevím, jestli si ještě na něco vzpomenu. Ještě asi tak nějaká imobilizace, transport pacienta. Víc asi nevymyslím.“

Otázka č. 4. **Jaké kompetence byste rozšířili pro svoji profesi a proč? V okruhu farmakoterapie.** „Tady se mi zdá vše docela v pořádku. Jen možná Diazepam 5 mg a Tensiomin 12,5 mg. K těmto lékům si myslím, že je zbytečná telefonická konzultace.“

Otázka č. 5. **Jaké kompetence byste rozšířili pro svoji profesi a proč? V okruhu infuzní terapie.** „Určitě v případě výraznější krevní ztráty bych volila koloidní roztoky, takže rozšířit o ně.“

Otázka č. 6. **Jaké kompetence byste rozšířili pro svoji profesi a proč? V okruhu zajištění DC.** „Tak tyhle jsou naprosto v pohodě. Ty možnosti pro nás jsou dost velký. To víš, víc kompetencí – víc zodpovědnosti. A my diplom nemáme.“

Otázka č. 7. **Jaké kompetence byste naopak ubrali ZZ na ZZS?** „Žádné.“

Otázka č. 8. **Co si myslíte o současném RZP+RV systému? V čem je podle vás lepší/horší oproti RLP?** „Řekla bych, že pro začínající záchranáře je lepší RLP, protože se člověk líp okouká. RV systém je určitě výhoda.“

Otázka č. 9. **Co si myslíte o telefonické konzultaci s lékařem? Upřednostňujete dojezd lékaře na místo události (RV systém), nebo preferujete spíše telefonickou konzultaci?** „No jde o to, jakou medikaci a v jakém stavu je pacient. Pokud se třeba jedná o izolovaný traumata, tak mi stačí konzultace po telefonu, třeba Fentanyl. Ale určitě volání lékaře na místo preferuju víc. Samozřejmě ale k tomu musí být indikace. Já osobně volám pouze o Fentanyl, Tensiomin, či Diazepam. Pro ostatní indikace volám na místo RV.“

Otázka č. 10. **Překračujete někdy své kompetence? Popřípadě v jakých případech si to dovolíte?** „Vhledem k tomu, že jsem začátečník, tak si nedovolím porušovat kompetence. Ono by to třeba stokrát vyšlo, ale pak jednou ne!“

4.1.2 Respondent č. 2

Druhým respondentem je muž, 28 let. Vystudoval bakalářský obor Zdravotnický záchranář na vysoké škole.

Otázka č. 1. **Jak dlouho již pracujete v oboru?** „4 roky.“

Otázka č. 2. **Kterými pracovišti (v rámci profese ZZ) jste již prošli?** „Jeden rok jsem po škole dělal na ARU a potom mě vzali na ZZS. Kde jsem teda třetím rokem.“

Otázka č. 3. **Uved'te příklady kompetencí, které má ZZ na ZZS bez indikace lékaře?** „Počkej, to budu muset chvíli přemýšlet.... Punkce žíly, potom podání krystaloidů, cévkování muže a ženy. Ale u ženských to je myslím od nějakého roku. Možná od dvanácti let, ale nejsem si jistej. Další je třeba imobilizace končetin, nějaký převazy ran. No a samozřejmě KPR.“

Otázka č. 4. **Jaké kompetence byste rozšířili pro svoji profesi a proč? V okruhu farmakoterapie.** „No já bych rozšířil v téhle skupině asi léky, co se dávají na alergickou reakci. Tady hraje důležitou roli čas. Zvláště, když přijedeš k nějakému pokročilému stupni. Tak bych to viděl na Solu-medrol a Dithiaden.“

Otázka č. 5. **Jaké kompetence byste rozšířili pro svoji profesi a proč? V okruhu infuzní terapie.** „Krystaloidy už podávat můžeme a já bych přidal koloidy. Přece jen se udrží dýl v krevním řečišti.“

Otázka č. 6. **Jaké kompetence byste rozšířili pro svoji profesi a proč? V okruhu zajištění DC.** „To bych nerozšiřoval. Zajištění DC pomocí lamy je podle mě dostačující v dnešním systému, kdy máme RV a lékař je většinou na místě za krátkou dobu a v případě nutnosti pacienta zaintubuje. Podle mého názoru patří intubace jen do rukou lékařů a jsem proti tomu, aby intubovali i záchranáři. Přece jen se jedná o složitější výkon.“

Otázka č. 7. **Jaké kompetence byste naopak ubrali ZZ na ZZS?** „S dosavadními jsem spokojen.“

Otázka č. 8. **Co si myslíte o současném RZP+RV systému? V čem je podle vás lepší/horší oproti RLP?** „Výhodu RV vidím v tom, že pokud je RV na výjezdu s RZP a lékař už na místě není potřeba, tak se bez problému může rychleji přemístit k dalšímu výjezdu. S RLP by to tak jednoduché nebylo. Dále vidím výhodu při KPR, kdy na místě je vlastně RZP+RV, to znamená 2 záchranáři, řidič a lékař. Tím se zrychlí celý postup při KPR. Ale to je jen příklad.“

Otázka č. 9. **Co si myslíte o telefonické konzultaci s lékařem? Upřednostňujete dojezd lékaře na místo události (RV systém), nebo preferujete spíše telefonickou konzultaci?** „Pokud není vysláno na místo zásahu RV, ve většině případů využívám telefonickou konzultaci. Dojezd lékaře upřednostňuji u diagnóz, při kterých si nejsem jistý nebo doopravdy ohrožují na životě.“

Otázka č. 10. **Překračujete někdy své kompetence? Popřípadě v jakých případech si to dovolíte?** „Neuvědomuji si, že bych někdy překračoval. Snažím se dělat jen to, co můžu. Mám rodinu a sedět jít nechci.“

4.1.3 Respondent č. 3

Třetím respondentem byl muž, 32 let. Jeho zdravotnické vzdělání je střední zdravotnická škola. Později si dodělal vyšší odbornou školu v oboru Zdravotnický záchranář.

Otázka č. 1. **Jak dlouho již pracujete v oboru?** „Dnešním rokem by to mělo být 6 let.“

Otázka č. 2. **Kterými pracovišti (v rámci profese ZZ) jste již prošli?** „Měl jsem štěstí, protože hned potom, co jsem si dodělal tu vyšší, tak zrovna nabírali. No a protože jsem tu měl přítelkyni a nechtěl jsem se stěhovat do jiného kraje, tak jsem podal přihlášku a šel na výběrko. No takže jsem v rámci oboru pouze zde. Jasně, během školy jsme měli praxe i na jiných odděleních, třeba ARO.“

Otázka č. 3. **Uveďte příklady kompetencí, které má ZZ na ZZS bez indikace lékaře?** „Určitě je to podání fyziologického roztoku, žilní kanyla, vypisovat zdravotnickou dokumentaci, zahajovat resuscitaci.“

Otázka č. 4. **Jaké kompetence byste rozšířili pro svoji profesi a proč? V okruhu farmakoterapie.** „No při bolestech na hrudi bych určitě dovolil použít isoket sprej. Přece jen, když se nejedná o infarkt, tak díky isoketu se to dá z části poznat. A pro zklidnění Diazepam 5 mg. Tím se taky nedá nic zkazit a kolikrát zabere úplně parádně. Ale radši si o něj zavolám přes dispečink nějakému lékaři. Na triko si nic brát nechci, nestojí mi to za to.“

Otázka č. 5. **Jaké kompetence byste rozšířili pro svoji profesi a proč? V okruhu infuzní terapie.** „Jo o tom se bavíme občas s kolegama. Tady by stálo za to, povolit koloidy. Je sice fajn, že můžeme dávat krystaloidy, ale co když přijedeš k nějakým větším krevním ztrátám? Tam se jednoznačně nabízí koloidy!“

Otázka č. 6. **Jaké kompetence byste rozšířili pro svoji profesi a proč? V okruhu zajištění DC.** „Tady je všechno v pohodě. Intubace patří doktorům a vzduchovod s laryngeální maskou je zase náš. Spokojenost.“

Otázka č. 7. **Jaké kompetence byste naopak ubrali ZZ na ZZS?** „Víc kompetencí, víc zodpovědností. Ale neboť nemáme kompetence, kterými bysme mohli ublížit, když někdo není třeba úplně kopyto, tak bych současné ponechal.“

Otázka č. 8. **Co si myslíte o současném RZP+RV systému? V čem je podle vás lepší/horší oproti RLP?** „Když budu jezdit RLP, tak to bude mít výhodu asi tu, že všechna zodpovědnost padá na lékaře. Já takovou posádku nikdy moc nezažil. Ale teď je to nastavené na RZP+RV a to mi vyhovuje. Ke každé vyšší naléhavosti dispečink s RZP vyšle i RV. A když se mi zhorší nějak rapidně stav pacienta, tak si doktora zavolám.“

Otázka č. 9. **Co si myslíte o telefonické konzultaci s lékařem? Upřednostňujete dojezd lékaře na místo události (RV systém), nebo preferujete spíše telefonickou konzultaci?** „No pokud se jedná třeba jen o snížení tlaku nebo nějakých léků proti bolesti, tak mi úplně postačí konzultace. Ale jakmile vidím, že se stav zhoršuje a během převozu by mohl začít kolabovat, radši si zavolám naproti RV.“

Otázka č. 10. **Překračujete někdy své kompetence? Popřípadě v jakých případech si to dovolíte?** „Jsem tu šest let a nejsem si vědom, že bych někdy udělal něco proti svým možnostem. Nevím, moc bych se do toho nepouštěl. Ale věřím tomu, že starší kolegové by do něčeho třeba šli. Tohle je podle mě o velkých a dlouhodobých zkušenostech.“

4.1.4 Respondent č. 4

Čtvrtým respondentem byl muž, 31 let. Vystudoval bakalářské studium oboru Zdravotnický záchranář na vysoké škole.

Otázka č. 1. **Jak dlouho již pracujete v oboru?** „Za měsíc tomu bude přesně 7 let.“

Otázka č. 2. **Kterými pracovišti (v rámci profese ZZ) jste již prošli?** „Začínal jsem na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a nyní sloužím pátým rokem na záchrance.“

Otázka č. 3. **Uved'te příklady kompetencí, které má ZZ na ZZS bez indikace lékaře?** „Nosní vzduchovod, zajištění DC pomocí laryngeální masky a ústního vzduchovodu, potom měření a vyhodnocování EKG záznamu, defibrilace. Zajištění žilního vstupu, podávání fyziologického roztoku a glukózy, měření glukometrem, měření saturace, měření tělesné teploty.“

Otázka č. 4. **Jaké kompetence byste rozšířili pro svoji profesi a proč? V okruhu farmakoterapie.** „Například nějaká anxiolytika, podání kyslíku bez indikace lékaře. Jinak bych v tomto směru se držel spíše stranou. Zbytek farmakoterapie bych nechal na lékaři.“

Otázka č. 5. **Jaké kompetence byste rozšířili pro svoji profesi a proč? V okruhu infuzní terapie.** „Popravdě, bych to nechal pouze na krystaloidních roztocích. Určitě by se ale u vážnějších případů hodily i koloidní roztoky, ale nerozšiřoval bych to.“

Otázka č. 6. **Jaké kompetence byste rozšířili pro svoji profesi a proč? V okruhu zajištění DC.** „V okruhu zajištění DC by se mohlo rozšířit například o zavedení nosního vzduchovodu. Intubaci bych rozhodně v kompetencích mít nechtěl z důvodu potřebných znalostí a rozhodně zkušeností.“

Otázka č. 7. **Jaké kompetence byste naopak ubrali ZZ na ZZS?** „Myslím si, že co se týče dokumentace, kterou zadáváme do počítače, nemusela by být tak obsáhlá. Víím, že

se jedná hlavně o záznam, který jde na pojišťovnu a ukládá se do systému, ale podle mě by stačil jeden pořádně vypsáný záznam o výjezdu. Nebo jak mají na Vysočině, zadávání do přenosného laptopu.“

Otázka č. 8. Co si myslíte o současném RZP+RV systému? V čem je podle vás lepší/horší oproti RLP? „Myslím si, že RLP je pro záchranáře lepší. Na místo události se totiž dostane současně doktor i záchranář a mohou začít hned pracovat v týmu. A v některých případech při transportu do nemocnice je lékař stále po ruce, kvůli zhoršení stavu. Naopak RV systém má samozřejmě výhodu, že je další záchranář k dispozici. Potom lékař může rychle odjet k dalšímu případu.“

Otázka č. 9. Co si myslíte o telefonické konzultaci s lékařem? Upřednostňujete dojezd lékaře na místo události (RV systém), nebo preferujete spíše telefonickou konzultaci? „Upřednostňuji určitě volání RV, protože lékař stav zhodnotí rozhodně lépe a přesněji. Samozřejmě pokud se nejedná o závažný stav, postačí mi telefonická konzultace. S lékaři se znám a oni znají mě, vědí, že mi mohou věřit ohledně stavu, který jim do telefonu popíšu.“

Otázka č. 10. Překračujete někdy své kompetence? Popřípadě v jakých případech si to dovolíte? „No párkrát jsem se překročení kompetence dopustil. Nejednalo se o závažný stav a nepřišlo mi důležité konzultovat s lékařem. Podal jsem třeba kyslík nebo nějaký lék na zklidnění, ale jen malou dávku. Při závažnějších stavech u mě byl lékař nebo jsem si zavolał o konzultaci.“

4.1.5 Respondent č. 5

Pátým respondentem je žena, 37 let. Má ukončené středoškolské vzdělání na střední zdravotnické škole v oboru Všeobecná sestra. Později si dodělala vyšší odbornou školu v oboru Zdravotnický záchranář.

Otázka č. 1. **Jak dlouho již pracujete v oboru?** „12 let.“

Otázka č. 2. **Kterými pracovišti (v rámci profese ZZ) jste již prošli?** „Prvně to bylo ARO v Praze, tam jsem byla necelé dva roky na standardním oddělení a rok na anestezii. Potom jsem se s rodinou přestěhovala do jižních Čech a začala pracovat na ZZS.“

Otázka č. 3. **Uveďte příklady kompetencí, které má ZZ na ZZS bez indikace lékaře?** „Tak to jsou ty, co děláme vlastně běžně v RZP. Takže nějaký zajištění žíly, podání udržovací infuze, zástava krvácení, ošetření ran, měření fyziologických funkcí.“

Otázka č. 4. **Jaké kompetence byste rozšířili pro svoji profesi a proč? V okruhu farmakoterapie.** „Farmakoterapie, tam je strašně moc možností, jenže u každého léku se může vyskytnout nějaká komplikace, kterou pak třeba nejste schopni řešit a stejně si musíte přivolat lékaře. Je to všechno o zodpovědnosti a hlavně studiu. A nebudeme si nic nalhávat, lékaři jsou v tomto směru rozhodně lépe orientovaní již na škole. Takže bych se do rozšiřování v okruhu farmakoterapie nepouštěla.“

Otázka č. 5. **Jaké kompetence byste rozšířili pro svoji profesi a proč? V okruhu infuzní terapie.** „Teď máme v kompetenci fyziologický roztok, vlastně abych byla přesná tak krystaloidní roztoky, a u něho bych zůstala.“

Otázka č. 6. **Jaké kompetence byste rozšířili pro svoji profesi a proč? V okruhu zajištění DC.** „Asi nic. Sice jsem hodně intubací viděla, u hodně jsem asistovala, hodně doktorů mi to vysvětlovalo a ukazovalo, ale nepustila bych se do toho. Ostatní věci jako laryngeální masku a vzduchovod v kompetencích mám, což stačí.“

Otázka č. 7. **Jaké kompetence byste naopak ubrali ZZ na ZZS?** „To budu asi stručná, nic.“

Otázka č. 8. **Co si myslíte o současném RZP+RV systému? V čem je podle vás lepší/horší oproti RLP?** „No jak to vezmete. Kdyby všechny výjezdové skupiny byly obsazeny lékaři, tak není třeba něco řešit a byl by to jak říkám stav ideál. Ale neboť lékařů postupně ubývá, tak nemá cenu mít třeba tři posádky RZP a jednu RLP. To by prostě nefungovalo. Proto mi přijde, že RV systém je v tuto chvíli tou nejlepší variantou. Třeba se vrátí doby, kdy lékaři budou jezdit v každé posádce, ale realita to asi nebude. A podívejte se, všichni záchranáři i lékaři si na toto zvykají. Nevím jak lékaři, ale kolegové z řad záchranářů si to vesměs všichni chválí.“

Otázka č. 9. **Co si myslíte o telefonické konzultaci s lékařem? Upřednostňujete dojezd lékaře na místo události (RV systém), nebo preferujete spíše telefonickou konzultaci?** „To si myslím, že vás musí učit i na škole. Když se na místo přijede podívat lékař, je to vždycky lepší a vy si můžete být jistější, že jste pro pacienta udělali vše a dobře. Nemluvím však o banalitách jako zlomený malíček či podvrtnutý kotník. Já jsem možná až moc spokojená s tím, jak to funguje. Když potřebuji nějaké léky, zavolám si. Když vidím stav, který bez lékaře nezvládnou, tak proč nezvednout telefon a nenechat si přivolat lékaře na místo. Rozhodně obě možnosti mají něco do sebe a já využívám vždy tu, která podle mého svědomí je ta správná.“

Otázka č. 10. **Překračujete někdy své kompetence? Popřípadě v jakých případech si to dovolíte?** „To jsou spíše stavy krajní nouze. Ale když už něco překročím, tak jen s vědomím, že jsem si na sto procent jistá, že pacientovi neublížím. Rozhodně bych si je nedovolila překročit, když jsem začínala na ZZS.“

4.1.6 Respondent č. 6

Šestým respondentem je muž, 35 let. Vystudoval střední zdravotnickou školu v oboru Všeobecná sestra. Následně si dálkově dodělal vyšší zdravotnickou školu v oboru Zdravotnický záchranář.

Otázka č. 1. **Jak dlouho již pracujete v oboru?** „Zanedlouho 15 let.“

Otázka č. 2. **Kterými pracovišti (v rámci profese ZZ) jste již prošli?** „Prvně jsem dělal ani ne rok na standardu na chirurgii, ale to nevím, jestli se počítá k profesi záchranáře, spíše ne. Takže pak už jen na záchrance.“

Otázka č. 3. **Uved'te příklady kompetencí, které má ZZ na ZZS bez indikace lékaře?** „Podání krystaloidních roztoků, zajištění žilního vstupu, podání glukózy, zavedení laryngeální masky, zavedení ústního vzduchovodu, odebrání anamnézy, práce se zdravotnickou dokumentací, určení diagnózy, měření FF. Zahájení KPR. Imobilizace. Ošetřování ran a krvácivých stavů. Asi si budu muset zopakovat zákon, na víc si nevzpomenu.“

Otázka č. 4. **Jaké kompetence byste rozšířili pro svoji profesi a proč? V okruhu farmakoterapie.** „Žádné.“

Otázka č. 5. **Jaké kompetence byste rozšířili pro svoji profesi a proč? V okruhu infuzní terapie.** „Tady bych vše nechal, jak je. Jsem již na to zvyklý a dostačuje mi to. Mimo jiné od dalších infuzních přípravků tady máme konzultaci s lékařem.“

Otázka č. 6. **Jaké kompetence byste rozšířili pro svoji profesi a proč? V okruhu zajištění DC.** „Intubaci bych určitě nerozšiřoval, to by byla blbost. Ale třeba o nosní vzduchovod by bylo dobré rozšířit. Ten už je ale tak na pomezí, dutina nosní má náchylnou sliznici ke krvácení, což není zrovna chtěná věc při zajišťování DC.“

Otázka č. 7. **Jaké kompetence byste naopak ubrali ZZ na ZZS?** „Neubíral bych nic. Myslím si, že s těmito kompetencemi nemůžeme způsobit nic zásadního pacientům.“

Otázka č. 8. **Co si myslíte o současném RZP+RV systému? V čem je podle vás lepší/horší oproti RLP?** „Když se na to podívám z pohledu nedostupnosti doktorů, resp. ubývání doktorů na ZZS, tak je pro ZZS určitě systém RV výhodnější a v poslední době i jediným řešením.“

Otázka č. 9. **Co si myslíte o telefonické konzultaci s lékařem? Upřednostňujete dojezd lékaře na místo události (RV systém), nebo preferujete spíše telefonickou konzultaci?** „Jak jsem již říkal, telefonická konzultace je určitě přínosnější pro celý systém fungování ZZS. Lékaři totiž nemusejí vyjíždět na každý výjezd, kdy je potřeba jejich odbornost. Systém telefonické konzultace nezaměstnává tolik lékařů, kteří mohou být připraveni na vážnější výjezd, než u kterého jsem já. Každopádně, když se mi bude zhoršovat stav pacienta a já budu vědět, že svými silami to nezvládnou, ihned volám o dojezd RV.“

Otázka č. 10. **Překračujete někdy své kompetence? Popřípadě v jakých případech si to dovolíte?** „Nepřekročil jsem nikdy. Protože když překročíte, jste jednou nohou v kriminále. Zvláště v dnešní době, kdy přibývá soudních sporů.“

4.1.7 Respondent č. 7

Sedmým respondentem byla žena, 45 let se středoškolským vzděláním v oboru Všeobecná sestra. Nejvyššího zdravotnického vzdělání dosáhla při studiu na vyšší odborné škole v oboru Zdravotnický záchranář.

Otázka č. 1. **Jak dlouho již pracujete v oboru?** „Ve zdravotnictví jsem začala působit nějaký ten rok po dokončení střední, takže nějakých 25 let.“

Otázka č. 2. **Kterými pracovišti (v rámci profese ZZ) jste již prošli?** „Interní JIP, ARO a teď vlastně záchrana.“

Otázka č. 3. **Uveďte příklady kompetencí, které má ZZ na ZZS bez indikace lékaře?** „Zajištění žilního vstupu, měření FF, podání glukózy, polohování pacienta, natočení EKG, potom jakákoli starost o sanitu. Takže třeba dezinfekce, doplňování materiálu. Taky řízení probíhajícího porodu.“

Otázka č. 4. **Jaké kompetence byste rozšířili pro svoji profesi a proč? V okruhu farmakoterapie.** „Tady je to těžký. Osobně bych se do žádných změn nepouštěla. Co patří doktorům, ať dělají doktoři.“

Otázka č. 5. **Jaké kompetence byste rozšířili pro svoji profesi a proč? V okruhu infuzní terapie.** „Brala bych koloidy. Ty jsou využívané při stavech, které jsou urgentní.“

Otázka č. 6. **Jaké kompetence byste rozšířili pro svoji profesi a proč? V okruhu zajištění DC.** „Ponechala bych. Zatím jsem se nesečkala s případem, kdy by mi pomůcky z mojí kompetence nestačily. Nebo třeba stihl dojet lékař a zaintuboval.“

Otázka č. 7. **Jaké kompetence byste naopak ubrali ZZ na ZZS?** „My jich zase tolik nemáme, když to tak vezmu, a ty co máme, tak bych řekla, spokojenost.“

Otázka č. 8. Co si myslíte o současném RZP+RV systému? V čem je podle vás lepší/horší oproti RLP? „To se mi bude posuzovat dobře, protože jsem zažila oba dva. RLP bylo super v tom, že nebyla zodpovědnost na vás. Měl ji hlavně lékař. Ale když se vám třeba nelíbil ten přístup nebo navrhovaná léčba, nebyla jiná možnost než to nějakým způsobem překousnout. Teď když máme RZP, pracuji sama za sebe, v klidu si můžu pacienta vyšetřit, vyptat se na potřebné věci. Když mám podezření na komplikace, co by mohly nastat, zavolám si RV. Tento způsob propojení se mi zdá lepší.“

Otázka č. 9. Co si myslíte o telefonické konzultaci s lékařem? Upřednostňujete dojezd lékaře na místo události (RV systém), nebo preferujete spíše telefonickou konzultaci? „Nedá se říct, že bych jeden preferovala. Tam hraje hodně aspektů. Jde o jednotlivé stavy, o jednotlivé závažnosti, vždycky je jiný průběh výjezdu. Já osobně využívám více telefonickou konzultaci, ale to neznamena, že ji preferuji. Jen se setkávám se stavy, které dokážu po pár letech praxe docela řešit, a stačí mi pouze odsouhlasit danou léčbu. Ale výhoda dojezdu lékaře je jasná – odbornost.“

Otázka č. 10. Překračujete někdy své kompetence? Popřípadě v jakých případech si to dovolíte? „Snažím se dodržovat pravidla jak v životě, tak v práci. Jak říká kolega, překročíš jednou.“

4.1.8 Respondent č. 8

Osmým respondentem je žena, 48 let. Vystudovanou má střední zdravotnickou školu, která dříve umožňovala ihned po škole nástup do nemocnice na pozici všeobecné sestry. Později vystudovala bakalářské studium v oboru Zdravotnický záchranář. A jako poslední studium bylo úspěšné ukončení navazujícího magisterského oboru Civilní nouzová připravenost.

Otázka č. 1. **Jak dlouho již pracujete v oboru?** „24 let.“

Otázka č. 2. **Kterými pracovišti (v rámci profese ZZ) jste již prošli?** „Dělala jsem na chirurgii na standardních lůžkách, arovou sestru na anestezi, a potom na anesteziologicko-resuscitačním na lůžkách. Na ZZS jsem letoškem 22 let.“

Otázka č. 3. **Uveďte příklady kompetencí, které má ZZ na ZZS bez indikace lékaře?** „Tak samozřejmě měření FF, podávání fyziologických roztoků bez konzultace, zajištění DC pomocí laryngeální masky, zavedení intravenózní kanyly, intraoseálu, zjišťování anamnézy od pacienta, vyšetření pacienta.“

Otázka č. 4. **Jaké kompetence byste rozšířili pro svoji profesi a proč? V okruhu farmakoterapie.** „Tam si myslím, že už máme všechno. Ono totiž záleží na tom, jak dlouhou má už záchranář praxi. Jinak si myslím, že je to nastavený dobře. Já si nemyslím, že by měly být rozšířeny kompetence v tomto okruhu pro záchranáře. My máme třeba vnitřní metodologický pokyn, který nám umožňuje podání adrenalinu při resuscitaci, který potřebujeme dát. Máme taky léky na zvládnání ohrožujících stavů, které můžeme podat po konzultaci. Ale za ty zodpovídá lékař. Takže rozšíření pro nás já říkám ne!“

Otázka č. 5. **Jaké kompetence byste rozšířili pro svoji profesi a proč? V okruhu infuzní terapie.** „Akorát když teda podáváme krystaloidy, tak možná ty koloidy by se mohly, při nějakých krevních ztrátách. Jinak si myslím, že fyziologický roztok stačí.“

Otázka č. 6. **Jaké kompetence byste rozšířili pro svoji profesi a proč? V okruhu zajištění DC.** „Úplně dostatečné. Protože když někdo chce zvednout kompetence, tak si neuvědomuje ty komplikace. Třeba při endotracheální intubaci může nastat takových komplikací, se kterými se ten záchranář nevyrovná na místě a potom nastane problém.“

Otázka č. 7. **Jaké kompetence byste naopak ubrali ZZ na ZZS?** „Já si myslím, že je to nastavený dobře.“

Otázka č. 8. **Co si myslíte o současném RZP+RV systému? V čem je podle vás lepší/horší oproti RLP?** „Tak samozřejmě ježdění RLP jsem zažila léta. To bylo výborný v tom, že jsme získávali zkušenosti od těch doktorů. A je úplně jiný, když tě učí lékař v tom terénu, nebo záchranář. Protože on má jinej pohled. Samozřejmě pro nás RLP bylo lepší. V některých případech podle toho, jak se lékaři chovají, tady to je spíš o tý etice, tak si nemyslím, že by nedostačovala RZP posádka. 83 % výjezdů absolvujeme jenom v RZP a myslím si, že to takhle vyhovuje všem. Jinak RV spolupráce ano, funguje to. Ten systém je nějak nastavenej, funguje nějak. Tady to funguje tak, že vyjíždí velká sanitka, pak malý auto a mělo být to být podle mě naopak. Jinak ze začátku, když nastoupí záchranář, tak bych preferovala RLP, to mu dá nejvíc. A nebo v současném systému jezdit třeba s RV, to jo, to by mu dalo hodně.“

Otázka č. 9. **Co si myslíte o telefonické konzultaci s lékařem? Upřednostňujete dojezd lékaře na místo události (RV systém), nebo preferujete spíše telefonickou konzultaci?** „Upřednostňuji konzultaci. Protože než dojede RV, tak to taky nějakou dobu trvá. A co teda taky využívám, tak je konzultace plus dojezd lékaře. Protože potřebuju jako prvotní zajistit zdravotní stav pacienta. Když teda volám na místo lékaře a pacient je již zajištěný, tak to moc smysl nedává. Může však tu léčbu ještě třeba doplnit. Abych pravdu řekla, tak si často nevolám lékaře na místo. Většinou to zvládneme s konzultací. Je to ale zase o zkušenostech. A taky podle toho, s kým konzultuješ a jak tě ten doktor zná. Jako představa, že konzultuješ s někým, koho neznáš, jakou má praxi, jaký má znalosti, a řekne ti, že dá cizímu člověku, kterýho

nevidíš, do žíly opiát třeba. Ono je to kontraproduktivní ve chvíli, kdy ten doktor nezná toho záchranáře.“

Otázka č. 10. Překračujete někdy své kompetence? Popřípadě v jakých případech si to dovolíte? „Tak to je takovej stav krajní nouze. Jako překročila jsem kompetenci, kdy jsem aplikovala léky, který jsem věděla, že ten člověk může dostat a ten doktor nebyl k tomu. Ale zavolala jsem si k tomu konzultaci s jiným doktorem. Vždycky tam hraje roli svědomí. Ono něco jinýho je kompetence a trošku taky musíme počítat s tím, že jsme lidi myslící. A taková ta zdravotnická čest, která doufám tady nevyumřela, takový to, abych tomu člověku mohla ulevit, aby necítil ten strach z toho, co se může stát. Jinak kompetence překročím, když jde o život. Ale samozřejmě to není na denním pořádku. Za celou praxi bych toho nenapočítala moc.“

4.2 Výsledky rozhovorů

V této kapitole se budu zabývat porovnáváním rozdílností a naopak hledáním shod v jednotlivých rozhovorech, které mi poskytli zdravotničtí záchranáři. Následující kapitoly jsou vytvořeny podle okruhů otázek, které jsem respondentům pokládal. Odkazovat budu zpětně na odpovědi, kterých se mi dostalo.

4.2.1 Délka praxe ve zdravotnictví

Do cílové skupiny osmi respondentů jsem vybíral ZZ podle délky praxe, kterou mají již za sebou. Předem určené rozdělení do čtyř skupin se mi podařilo dodržet a konečný rozsah praxe respondentů byl od 1 roku do 25 let.

4.2.2 Výčet pracovišť v rámci profese ZZ

Prvním pracovištěm v oboru Zdravotnický záchranář se zdravotnická záchranná služba stala celkem třem osloveným (respondent č. 3, 4, 6). Před nástupem na ZZS či v rámci adaptačního procesu pět respondentů pracovalo na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (respondent č. 1, 2, 5, 7, 8).

4.2.3 Znalost kompetencí ZZ

Odpovědi na otázku „Uveďte příklady kompetencí, které má ZZ na ZZS bez indikace lékaře“ bylo velké množství. Ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků je uvedeno v § 17 odstavec 1 přesně 14 částí kompetencí, které má ZZ bez odborného dohledu. Každá část pak obsahuje různý počet výčtu kompetencí.

V odpovědích bylo zaznamenáno hned několik chyb. Nejvíce se jich objevovalo v rámci možnosti zajištění dýchacích cest (respondent č. 4, 6, 8). Podle jejich odpovědí patří do kompetencí ZZ zajištění dýchacích cest pomocí laryngeální masky, nosního či ústního vzduchovodu. Tato odpověď je chybná, neboť vyjmenované pomůcky může

zdravotnický záchranář použit na základě indikace lékaře. Respondent č. 2 se ve své odpovědi mylně domnívá, že mezi jeho kompetence patří cévkování muže a ženy: „*Cévkování muže a ženy. Ale u ženských to je myslím od nějakého roku. Možná od dvanácti let.*“ Katetrizace močového měchýře je možná na základě indikace lékaře a to u dospělých a dívek nad 10 let. Poslední chybnou odpověď uvedl respondent č. 8, který by zaváděl intraoseální vstup bez indikace lékaře.

4.2.4 Rozšíření kompetencí v okruhu farmakoterapie

S nynějšími kompetencemi v okruhu farmakoterapie je spokojená polovina oslovených zdravotnických záchranářů a nechtěla by je rozšiřovat (respondent č. 5, 6, 7, 8), především z důvodu zodpovědnosti a potřeby medicínského vzdělání, kterého dosahují právě lékaři. Jak uvádí respondent č. 5: „*Farmakoterapie, tam je strašně moc možností, jenže u každého léku se může vyskytnout nějaká komplikace, kterou pak třeba nejste schopni řešit a stejně si musíte přivolat lékaře. Je to všechno o zodpovědnosti a hlavně studiu. A nebudeme si nic nalhávat, lékaři jsou v tomto směru rozhodně lépe orientovaní již na škole. Takže bych se do rozšiřování v okruhu farmakoterapie nepouštěla.*“ Druhou nejčastější odpovědí pak bylo rozšíření o anxiolytika, konkrétně pak o Diazepam (respondent č. 1, 3, 4). Respondent č. 2 by uvítal, kdyby se bez indikace lékaře mohly podávat při alergických reakcích léky Solu-medrol a Dithiaden s odkazem na skutečnost, že při alergických stavech hraje důležitou roli čas. Dále respondent č. 4 navrhuje rozšíření kompetencí ZZ o podání kyslíku. Posledním zmíněným lékem je Tensiomin 12,5 mg u respondenta č. 1.

4.2.5 Rozšíření kompetencí v okruhu infuzní terapie

S možností rozšířit kompetence ZZ v okruhu infuzní terapie se kladně vyjádřilo pět respondentů. Všichni (respondent č. 1, 2, 3, 7, 8) by sobě a svým kolegům dali možnost podávat koloidní roztoky. Jak se zmiňuje například respondent č. 1, hlavně u krevních ztrát: „*Určitě v případě výraznější krevní ztráty bych volila koloidní roztoky,*

takže rozšířit o ně.“ Tři zdravotničtí záchranáři (respondent č. 4, 5, 6) chtějí současné kompetence v tomto okruhu ponechat a dále nerozšiřovat.

4.2.6 Rozšíření kompetencí v okruhu zajištění DC

Průchodnost a s ní související zajištění dýchacích cest patří mezi nejdůležitější úkony při poskytování přednemocniční neodkladné péče. U tohoto okruhu otázek, ač otázka nebyla směřována přímo na endotracheální intubaci, se zdravotničtí záchranáři vyjadřovali především k ní (respondent č. 2, 3, 4, 5, 6, 8), a to v záporném slova smyslu. Každý z uvedených ji odmítá. Respondent č. 2 uvádí: *„Podle mého názoru patří intubace jen do rukou lékařů a jsem proti tomu, aby intubovali i záchranáři. Přece jen se jedná o složitější výkon.“* Změnu v současném znění kompetencí v zajišťování DC by uvítali dva z dotazovaných (respondent č. 4, 6). Ti navrhují rozšíření o nosní vzduchovod. Respondent č. 6 si také uvědomuje komplikace spojené se zaváděním této pomůcky: *„Třeba o nosní vzduchovod by bylo dobré rozšířit. Ten už je ale tak na pomezí, dutina nosní má náchylnou sliznici ke krvácení, což není zrovna chtěná věc při zajišťování DC.“*

4.2.7 Snížení kompetencí ZZ na ZZS

Co se snížení kompetencí týče, vyjádřili se dotazovaní (respondent č. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8) ve stejném smyslu. Ubírání kompetencí není na místě. Sedm zmíněných je s nimi spokojeno. Jako demonstrativní příklad uvádím respondenta č. 8: *„Já si myslím, že je to nastavený dobře.“* Pouze respondent č. 4 uvádí nespokojenost s dvojitým vyplňováním záznamu o výjezdu a jako příklad uvádí kraj Vysočinu jako možnost řešení jeho problému: *„Myslím si, že co se týče dokumentace, kterou zadáváme do počítače, nemusela by být tak obsáhlá. Víím, že se jedná hlavně o záznam, který jde na pojišťovnu a ukládá se do systému, ale podle mě by stačil jeden pořádně vypsanej záznam o výjezdu. Nebo jak mají na Vysočině, zadávání do přenosného laptopu.“*

4.2.8 Porovnání systému RZP + RV oproti RLP

Odlišnost odpovědí v této oblasti byla největší. Nejčastějším sjednocujícím faktorem bylo, že v současné chvíli je systém RZP+RV nejlepší variantou (respondent č. 3, 5, 6, 8). Podle dotazovaných (respondent č. 5, 6) je to dáno tím, že lékařů na ZZS ubývá a je jich nedostatek. Výhodou tohoto systému je flexibilita lékaře (respondent č. 2, 4), který se může po patřičném vyšetření a podané léčbě přemístit na místo dalšího zásahu. Další plusové body vidí zdravotničtí záchranáři v péči o pacienta. Na místo události totiž dorazí o jednoho člena více než v RLP posádce (respondent č. 2, 4). Tyto výhody zdůrazňuje ve své odpovědi respondent č. 2: *„Výhodu RV vidím v tom, že pokud je RV na výjezdu s RZP a lékař už na místě není potřeba, tak se bez problému může rychleji přemístit k dalšímu výjezdu. S RLP by to tak jednoduché nebylo. Dále vidím výhodu při KPR, kdy na místě je vlastně RZP+RV, to znamená 2 záchranáři, řidič a lékař. Tím se zrychlí celý postup při KPR.“* Dva zdravotničtí záchranáři uvádí, že pro začínající profesionály tohoto oboru by služba na RLP přinesla více zkušeností díky přítomnosti lékaře (respondent č. 1, 8). Respondent č. 8 uvádí: *„Tak samozřejmě ježdění RLP jsem zažila léta. To bylo výborný v tom, že jsme získávali zkušenosti od těch doktorů. A je úplně jiný, když tě učí lékař v tom terénu, nebo záchranář. Protože on má jiný pohled. Samozřejmě pro nás RLP bylo lepší.“* Jak možnost vlastního vyšetření a plnění úlohy vedoucího posádky, tak případnou součinnost s RV kvituje v rozhovoru respondent č. 7: *„Teď když máme RZP, pracuji sama za sebe, v klidu si můžu pacienta vyšetřit, vyptat se na potřebné věci. Když mám podezření na komplikace, co by mohly nastat, zavolám si RV. Tento způsob propojení se mi zdá lepší.“* V neposlední řadě, tak jako u předchozích okruhů, i zde se objevily dva názory ohledně zodpovědnosti. Tu má v posádkách RLP především lékař, který je vedoucím posádky (respondent č. 3, 7).

4.2.9 Telefonická konzultace s lékařem versus přivolání RV na místo události

Přítomnost lékaře vzbuzuje u některých zdravotnických záchranářů dojem jistoty a kvalitně odvedené práce. Proto (respondent č. 1, 4) preferují více dojezd lékaře

na místo události. Na tuto preferenci navazují další tři oslovení (respondent č. 2, 3, 6), kteří při zaznamenání zhoršujícího se stavu volají lékaře na místo události, z důvodu možných komplikací. Respondent č. 6: *„Když se mi bude zhoršovat stav pacienta a já budu vědět, že svými silami to nezvládnou, ihned volám o dojezd RV.“* Telefonická konzultace je další možností, jak rozšířit kompetence zdravotnického záchranáře na základě indikace lékaře. S touto možností si nejvíce vystačí dva dotazovaní (respondent č. 2, 8). Respondent č. 8 uvádí: *„Upřednostňuji konzultaci. Protože než dojezd RV, tak to taky nějakou dobu trvá. Potřebuju jako prvotní zajistit zdravotní stav pacienta. Když teda volám na místo lékaře a pacient je již zajištěný, tak to moc smysl nedává. Může však tu léčbu ještě třeba doplnit. Abych pravdu řekla, tak si často nevolám lékaře na místo. Většinou to zvládneme s konzultací. Je to ale zase o zkušenostech.“* Telefonická konzultace má však i své úskalí (respondent č. 4, 8). Zdravotnický záchranář a lékař se nemusí osobně znát a v tomto případě nastává z pohledu dvou respondentů problém. Respondent č. 8 uvádí: *„Podle toho, s kým konzultuješ a jak tě ten doktor zná. Jako představa, že konzultuješ s někým, koho neznáš, jakou má praxi, jaký má znalosti, a řekne ti, že dá cizímu člověku, kterýho nevidíš, do žíly opiát třeba. Ono je to kontraproduktivní ve chvíli, kdy ten doktor nezná toho záchranáře.“* Poslední dvojice zdravotnických záchranářů (respondent č. 5, 7) neupřednostňuje ani jeden ze způsobů. Spoléhají na svoji intuici a schopnost správně se rozhodovat. Respondent č. 7 uvádí: *„Já jsem možná až moc spokojená s tím, jak to funguje. Když potřebuji nějaké léky, zavolám si. Když vidím stav, který bez lékaře nezvládnou, tak proč nezvednout telefon a nechat si přivolat lékaře na místo. Rozhodně obě možnosti mají něco do sebe a já využívám vždy tu, která podle mého svědomí je ta správná.“*

4.2.10 Překračování kompetencí ZZ

Každé překračování kompetencí s sebou nese jistou zodpovědnost, kterou si každý musí vzít minimálně na svědomí. Pro jeho odmítnutí se proto rozhodlo pět oslovených (respondent č. 1, 2, 3, 6, 7). Další tři (respondent č. 4, 5, 8) je překročili, ale podle jejich slov se jedná spíše o stav krajní nouze či podání léků, které neublíží.

Respondent č. 5 uvádí: „*To jsou spíše stavy krajní nouze. Ale když už něco překročím, tak jen s vědomím, že jsem si na sto procent jistá, že pacientovi neublížím. Rozhodně bych si je nedovolila překročit, když jsem začínala na ZZS.*“ Respondent č. 4 uvádí: „*No párkrát jsem se překročení kompetence dopustil. Nejednalo se o závažný stav a nepřišlo mi důležité konzultovat s lékařem. Podal jsem třeba kyslík nebo nějaký lék na zklidnění, ale jen malou dávku. Při závažnějších stavech u mě byl lékař nebo jsem si zavolal o konzultaci.*“ Respondent č. 2 v překračování kompetencí vidí strach z vězení a zmiňuje svoji rodinu jako důvod, proč se v tomto ohledu drží spíše legislativy.

5 DISKUZE

Předmětem výzkumu této bakalářské práce bylo zjistit, jaké názory mají zdravotničtí záchranáři na současné kompetence v rámci své profese. Ty jsou definovány ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Jednou z částí výzkumu bylo také zmapování orientovanosti v dané problematice. Protože všichni dotazovaní byli aktivní zaměstnanci ZZS JČK v oboru Zdravotnický záchranář, měli by se ve svých kompetencích orientovat. Dále se práce zabývá možnostmi rozšíření kompetencí, zaměřených na konkrétní okruhy, se kterými se ZZ v rámci své profese setkávají téměř denně. Vyhláška č. 55/2011 Sb. obsahuje nejen kompetence, které tito profesionálové mají bez indikace lékaře, ale zároveň je rozšiřuje o ty, které jsou indikovány lékařem. Proto má tato práce za úkol zmapovat také názory na konkrétní možnosti komunikace s lékařem. Ať už je to telefonická konzultace, RV systém či RLP posádka. Zdravotničtí záchranáři jsou během své služby na ZZS vystavováni při výjezdech riziku překročení svých kompetencí. Tento problém musejí umět řešit pohotově a jednat podle svého osobního přesvědčení – dodržet, či nedodržet?

Sám jsem byl seznamován s kompetencemi při studiu na vysoké škole. Setkal jsem se s nimi hlavně na praxi, kterou jsem absolvoval na ZZS, ať již v Jihočeském kraji, nebo v kraji Vysočina. Díky vstřícnému postoji zdravotnických záchranářů a jejich komunikaci se mnou jsem mohl vysledovat spokojenost i jistou nespokojenost se současným systémem. Tyto diskuze byly impulzem ke zmapování jejich názorů a napsání bakalářské práce.

Aby bakalářská práce obsáhla respondenty napříč zkušenostmi v oboru, zvolil jsem čtyři kategorie. První měla za požadavek 1–5 let praxe. Druhá 6–10 let praxe. Třetí 11–15 let praxe a čtvrtá 16 a více let praxe. Domluva s možnými respondenty byla těžká, značně omezená. Největší úskalí nastalo již na začátku, když jsem vyjádřil prosbu o rozhovor k bakalářské práci. Nejčastějším argumentem k neposkytnutí rozhovoru se stalo tvrzení, že bakalářským pracím nerozumí, nebo odkazovali na starší kolegy. Mezi

oslovenými záchranáři jsem nakonec našel osm respondentů v potřebném rozmezí odsloužených let v oboru.

Výsledky rozhovorů ukázaly částečnou nespokojenost s nynějšími kompetencemi a k mé libosti i návrhy na změnu a případné rozšíření. Zaznamenal jsem také jisté napětí mezi zdravotnickými záchranáři a lékaři sloužící na ZZS. Respondent č. 8 uvádí: „*V některých případech, podle toho, jak se lékaři chovají, tady to je spíš o tý etice, tak si nemyslím, že by nedostačovala RZP posádka.*“

Zkušenost v oboru byla různá. Nejčastěji byly zkušenosti spojeny s anesteziologicko-resuscitačním oddělením (respondent č. 1, 2, 5, 7, 8). Ostatní pak pracovali pouze na pracovišti ZZS.

Při zjišťování a menší kontrole znalostí kompetencí ZZ se potvrdily moje předpoklady. Když měli vyjmenovat nějaké konkrétní případy, jednalo se spíše o pět až šest kompetencí, které jsou spojeny s každodenní službou a které utkví snáze v hlavě. Příkladem je respondent č. 1: „*Jako posádka RZP můžeme provádět vyšetření pacienta, snímat a vyšetřovat základní životní funkce, pořizovat EKG záznamy, zajišťovat žilní linku, vyplňovat dokumentaci, respektive záznam o výjezdu, ošetřovat rány, postarat se o zástavu krvácení, vyprošťovat postiženého třeba při autonehodě.*“ Ojedinele se objevovaly méně časté kompetence jako například provádět neodkladné výkony v rámci probíhajícího porodu. Co je však potřeba také podotknout je fakt, že čtyři z osmi oslovených ve svých odpovědích špatně uvedli kompetence bez indikace lékaře. A to: cévkování muže a ženy, zavedení nosního a ústního vzduchovodu, zavedení laryngeální masky a použití intraoseálního vstupu.

Farmakoterapie je jedním z okruhů, ve kterých je třeba mít dostatek vědomostí. Především co se složení léků týče a řešení komplikací, které mohou jednotlivé léky vyvolat. Ať už se jedná o alergie na určitou látku, nebo o předávkování a následné podání antidot. Respondent č. 5 se k tomuto problému vyjádřil následovně: „*Farmakoterapie, tam je strašně moc možností, jenže u každého léku se může vyskytnout nějaká komplikace, kterou pak třeba nejste schopni řešit a stejně si musíte přivolat lékaře.*“ Možnost podání Diazepamu by preferovali tři dotazovaní (respondent č. 1, 3, 4), tento lék však s sebou nese také jisté nežádoucí účinky. Diazepam totiž patří

do skupiny benzodiazepinů, u kterých je nežádoucím účinkem porucha psychických funkcí, únava, ale také porucha paměti. V kombinaci s jinými tlumícími léky hrozí útlum dechového centra. Tuto skutečnost si podle mého názoru zmínění respondenti neuvědomují. Ač nemám dlouhé zkušenosti na ZZS, setkal jsem se již mnohokrát s pacienty, kteří lhali o svém zdravotním stavu či v osobní anamnéze zatajovali například léčbu na psychiatrickém oddělení. Při podání diazepamu bych proto byl opatrný, především kvůli útlumu dechového centra, které je následně těžké řešit bez lékaře na místě (16).

V infuzní terapii, která byla další součástí dotazování, se shodla největší skupina respondentů (respondent č. 2, 3, 4, 5, 6, 8) na názoru rozšířit ji o koloidní roztoky. Ty, jak je známo, jsou účinnější při substituci plazmatického objemu oproti krystaloidním roztokům. Koloidní roztoky však mohou vyvolat alergickou reakci, popřípadě ovlivnit koagulaci. Právě z tohoto důvodu bych se držel legislativy a i tento okruh nerozšiřoval. Ponechal bych ZZ krystaloidní roztoky a glukózu při ověřené hypoglykémii (27).

Odmítavý postoj k rozšiřování kompetencí v okruhu zajištění DC jsem si nepředstavoval tak velký. Šest z osmi dotazovaných razantně odmítalo, aby mohli zajišťovat dýchací cesty pomocí endotracheální intubace ač otázka byla obecná. Respondent č. 8: *„Při endotracheální intubaci může nastat takových komplikací, se kterými se ten záchranář nevyrovná na místě, a potom nastane problém.“* A problémů může být více, jak uvádí literatura. Jedná se především o nesprávnou intubaci do jícnu, nesprávnou polohu kanyly v hlavním bronchu, kdy je zavedena příliš hluboko a je ventilována jen jedna strana plic, nebo také reflexní poruchy. Jedinou změnu jsem zaznamenal u dvou dotazovaných. I přes komplikace, které si respondent č. 6 uvědomuje, rozšířil by s respondentem č. 4 kompetence o nosní vzduchovod. Respondent č. 6: *„Třeba o nosní vzduchovod by bylo dobré rozšířit. Ten už je ale tak na pomezí, dutina nosní má náchylnou sliznici ke krvácení, což není zrovna chtěná věc při zajišťování DC.“* Dle mého názoru by se v okruhu zajištění dýchacích cest mělo rozšiřovat. A to především přesunout z části legislativy „s indikací lékaře“ do části „bez indikace lékaře“ pomůcky, jako je ústní vzduchovod a laryngeální maska. Jsou to

supraglotické pomůcky, které mohou jako první pomoc být velice nápomocny. Hlavně ve stále častějším systému, kdy na výjezdy jezdí posádky RZP (24).

V sedmé otázce směřované ke snížení kompetencí se nikdo nevyjádřil kladně. Pouze jeden respondent se rozpovídal o sloučení dvojího zapisování záznamu o výjezdu. Respondent č. 4 uvádí: „*Myslím si, že co se týče dokumentace, kterou zadáváme do počítače, nemusela by být tak obsáhlá. Víím, že se jedná hlavně o záznam, který jde na pojišťovnu a ukládá se do systému, ale podle mě by stačil jeden pořádně vypsanej záznam o výjezdu. Nebo jak mají na Vysočině, zadávání do přenosného laptopu.*“ Tato myšlenka je mi velice blízká, neboť jsem na Vysočině zažil praxi na ZZS a zápisy o výjezdu byly jednoznačně přehlednější, protože byly tištěné. Proto se s ní ztotožňuji.

V otázce o rozdílu mezi RLP posádkou a současným systémem RZP+RV jsem chtěl zjistit, zda by ZZ ještě uvítali dřívější složení výjezdových posádek. Zdravotníci záchranáři se se systémem, kdy na místo události z velké části doráží jako jediná posádka, a to RZP a s případnou pomocí RV, sžili (respondent č. 3, 5, 6, 8). Takto na mě působily jejich odpovědi. Jednoznačným faktem tohoto systému je flexibilita lékaře (respondent č. 2, 4). RLP se zdá být již ojedinělým jevem a do budoucna možná i nereálným. Respondent č. 6 uvádí: „*Když se na to podívám z pohledu nedostupnosti doktorů, resp. ubývání doktorů na ZZS, tak je pro ZZS určitě systém RV výhodnější a v poslední době i jediným řešením.*“

Možnost komunikace výjezdové posádky RZP s lékařem má v současné chvíli, jak již bylo zmíněno, dvě podoby. Předpokládal jsem, že najdu většinovou shodu s preferencí v RV systému. Částečně se mi tato myšlenka potvrdila. Zdravotníci záchranáři (respondent č. 1, 2, 3, 4, 6) chtějí dojezd lékaře na místo, z toho tři z nich (respondent č. 2, 3, 6) především při zhoršení stavu pacienta. Myšlenka respondenta č. 8, se kterou jsem se dosud nesetkal, na mě zapůsobila velice ojediněle a velké části pravdivě: „*Podle toho, s kým konzultuješ a jak tě ten doktor zná. Jako představa, že konzultuješ s někým, koho neznáš, jakou má praxi, jaký má znalosti, a řekne ti, že dá cizímu člověku, kterýho nevidíš, do žíly opiát třeba. Ono je to kontraproduktivní ve chvíli, kdy ten doktor nezná toho záchranáře.*“ Je pravda, že posádky RZP jsou

vybaveny dostatečným množstvím materiálu, se kterým mohou profesionálové zachraňovat životy i díky telefonické konzultaci, po které mohou být jejich kompetence výrazně rozšířeny. ZZ však musí být také citlivý situaci a naučit se vyhodnocovat mezi konzultacemi a přivoláním lékaře na místo. Osobně bych ze začátku profesionální služby na ZZS preferoval dojezd lékaře na místo, při závažných situacích.

Při dotazu na překračování kompetencí jsem chtěl možná slyšet jiné odpovědi, než se mi jich dostalo. Nepředpokládal jsem, že se jedná o denní záležitost, ale že každý již někdy zakázané ovoce okusil. V pěti případech (respondent č. 1, 2, 3, 6, 7) se tomu však nikdy nestalo. Mému očekávání se přiblížila pouze jedna odpověď u respondenta č. 4: *„No párkrát jsem se překročení kompetence dopustil. Nejednalo se o závažný stav a nepřišlo mi důležité konzultovat s lékařem. Podal jsem třeba kyslík nebo nějaký lék na zklidnění, ale jen malou dávku. Při závažnějších stavech u mě byl lékař nebo jsem si zavolal o konzultaci.“*

Závěrem diskuze bych chtěl poznamenat, že mě překvapily některé odpovědi a hlavně názory zdravotnických záchranářů na jejich kompetence. Především co se týče zajištění dýchacích cest a překračování kompetencí, které jim podle vyhlášky náleží. U každé z otázek jsem měl představu, jak by mohli jednotliví záchranáři odpovídat, a jsem rád, že se pokaždé nepotvrdila. Osobně si myslím, že názory na kompetence se postupně mění a to především v závislosti na délce praxe, kterou má ZZ za sebou.

Neboť se jednalo o kvalitativní práci, nedají se výsledky považovat za názory většiny.

6 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit a zmapovat, jaké názory mají zdravotničtí záchranáři na současné kompetence v rámci své profese, a dílčím cílem bylo zabývat se možnostmi jejich rozšíření, které by při výkonu svého povolání uvítali. Cíle práce byly naplněny.

Výzkumná otázka práce byla: Jaké kompetence by zdravotničtí záchranáři uvítali oproti současným možnostem? Odpovědi na výzkumnou otázku byly zjištěny pomocí polostandardizovaného rozhovoru se zdravotnickými záchranáři, kteří působí na ZZS JčK. V rozhovorech jsem se dozvěděl, že spokojenost se současnými možnostmi není úplná. Každý z respondentů ve svých odpovědích uvedl příklady možností, o které by mohly být kompetence jejich povolání rozšířeny. Jedná se především o okruh infuzní terapie, kde převládá názor na rozšíření o koloidní roztoky. Krystaloidní se zdají být nedostatečnými.

Část otázek byla směřována také na současný systém spolupráce lékařů se zdravotnickými záchranáři na výjezdech. Proč zrovna tento okruh otázek? Protože spoluprací s lékařem se ZZ rozšiřují kompetence o zásadní možnosti. Možnosti, které sám v posádce RZP bez konzultace s lékařem může překročit, ale tím porušuje vyhlášku č. 55/2011 Sb. Tento fakt musí mít stále na vědomí, a také, že při každém jeho překročení mohou nastat soudní spory. Přesto, že dříve byla spolupráce jednodušší, protože lékař jezdil se zdravotnickým záchranářem ve vozidle RLP, na současný systém si nestěžuje žádný z respondentů. Hojně využívají telefonické konzultace s lékařem, například v rámci podávání farmak. Při zjištěných komplikacích, případně díky předvídání rozvoje patologického stavu upřednostňují přivolání lékaře na místo, a to za pomoci RV systému.

Dle metody kvalitativního výzkumu byly zjištěny názory osmi respondentů, jejichž výběr byl podmíněn pouze délkou praxe. Názory jsou proto značně subjektivní a nedají se považovat za názor skupiny.

Bakalářská práce by mohla posloužit jako opora pro případnou změnu v kompetencích zdravotnického záchranáře. Mohla by být také využita jako předloha pro případný kvantitativní výzkum v této problematice. Kompetence zdravotnického záchranáře jsou a budou aktuálním tématem.

7 LITERATURA A ZDROJE

1. BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 450 s. ISBN 978-80-7254-815-6.
2. Česká republika. Vyhláška č. 55/2011 Sb., ze dne 14. března 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20.
3. Česká republika. Zákon č. 96/2004 Sb., ze dne 4. února 2004, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností související s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 30.
4. Česká republika. Novela zákona č. 105/2011 Sb., ze dne 22. dubna 2011 o změně zákona o nelékařských zdravotnických povolání, kterým se mění zákon 96/2004 Sb. *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 40.
5. Česká republika. Zákon č. 239/2000 Sb., ze dne 28. června 2000, o integrovaném záchranném systému. *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 73.
6. Česká republika. Vyhláška č. 240/2012 Sb., ze dne 26. června 2012, kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě. *Sbírka zákonů České republiky*, 2012, částka 82.
7. Česká republika. Vyhláška č. 296/2012 Sb., ze dne 3. září 2012, 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. *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 105.
8. Česká republika. Zákon č. 372/2011 Sb., ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131.
 9. Česká republika. Zákon č. 374/2011Sb., ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotnické záchranné službě. *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131.
 10. Česká republika. Zákon č. 375/2011 Sb., ze dne 6. listopadu 2011, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o zdravotních službách, zákona o specifických zdravotních službách a zákona o zdravotnické záchranné službě. *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131.
 11. Česká republika. Zákon č. 500/2004 Sb., ze dne 24. června 2004, správní řád. *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 174.
 12. DIRKS, B. *Die Notfallmedizin*. 1. vyd. Heidelberg: Springer, 2007. 570 s. SPIN 11408369.
 13. DOBIÁŠ, V. *Prednemocničná urgentná medicína*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2012, 740 s. ISBN 978-808-0633-875.
 14. ERTLOVÁ, F., MUCHA, J., a kol. *Přednemocniční neodkladná péče*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 368 s. ISBN 80-7013-379-1.
 15. HENDL, J., *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 978-802-6202-196.

16. HONZÁK, R. Odborné, nezávislé informace pro lékaře i veřejnost, *Benzodiazepin je dobrý sluha, ale zlý pán* [Online] [Citace: 1. Květen 2015.] Dostupné z: <<http://www.alergieimunita.cz/2011/05/19/benzodiazepin-je-dobry-sluha-ale-zly-pan/>>.
17. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
18. Ministerstvo zdravotnictví, *Jak získat Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu* [Online] [Citace: 1. Květen 2015.] Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/jak-ziskat-osvedceni-k-vykonu-zdravotnickeho-povolani-bez-odborneho-dohledu_1710_929_3.html>.
19. Ministerstvo zdravotnictví, *Vzdělávací program specializačního vzdělání v oboru Urgentní medicína* [Online] [Citace: 1. květen 2015.] Dostupné z: <<http://www.komorazachranaru.cz/index.php?page=legislativa>>.
20. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
21. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, *O registru* [Online] [Citace: 1. Květen 2015.] Dostupné z : <<http://www.nconzo.cz/web/registr/5>>.
22. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, *Registrace* [Online] [Citace: 1. Květen 2015.] Dostupné z: <<http://www.nconzo.cz/web/registr/registrace>>.
23. POKORNÝ, J. et al. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 547 s. ISBN 80-7262-259-5.

24. POKORNÝ, J. et al. *Lékařská první pomoc*. 2. vyd. Praha: Galén, 2010. 474 s. ISBN 978-80-7262-322-8
25. REICHELOVÁ, H. *Zdravotnické noviny. Postavení zdravotnických záchranářů na ARO odděleních zdravotnických zařízení* [Online] [Citace: 1. Květen 2015.] Dostupné z: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/postaveni-zdravotnickych-zachranaru-na-aro-oddelenich-zdravotnickych-zarizeni-460982>>.
26. REMEŠ, R. *Praktická příručka urgentní medicíny*. 2. vyd. Praha: Grada, 2013. 234 s. ISBN 978-80-247-4530-5.
27. SAS, I., Fakultní nemocnice Brno. *Možnosti objemové náhrady v intenzivní péči* [Online] [Citace: 1. Květen 2015.] Dostupné z: <<http://www.akutne.cz/res/publikace/28-moznosti-objemove-nahrady-v-intenzivni-peci.pdf>>.
28. SKALSKÁ, K., HANUŠKA, Z., DUBSKÝ, M. *Integrovaný záchranný systém a požární ochrana*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo vnitra, 2010. 53 s. ISBN 978-80-86640-59-4.
29. ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 416 s. ISBN 978-80-247-4434-6.
30. ŠENOSVKÝ, M., ADAMEC, V., HUNUŠKA, Z. *Integrovaný záchranný systém*. 1. vyd. Ostrava: Spektrum, 2005. 125 s. ISBN 80-86634-65-5.
31. ŠPAČEK, F. Generální ředitelství Hasičského záchranného sboru České republiky. *Integrovaný záchranný systém* [Online] [Citace: 1. Květen 2015.] Dostupné z:

<<http://www.hzscr.cz/docDetail.aspx?docid=9328&doctype=ART&#content>>.

32. ŠTETINA, J., et al. *Medicína katastrof a hromadného neštěstí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 429 s. ISBN 80-7169-688-9.
33. VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, J., HOLUBOVÁ, J. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 232 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
34. Zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy. *Historie*. [Online] [Citace: 1. květen 2015.] Dostupné z: <http://www.zzshmp.cz/?page_id=256>.
35. Zdravotnický záchranář – informace o přijímacím řízení. *Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích*. [Online] [Citace: 1. Květen 2015.] Dostupné z: <<http://www.zsf.jcu.cz/cs/dok/studijni-agenda/studijni-obory/zdravotnicky-zachranar/zdravotnicky-zachranar-studijni-obor>>.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

- Kompetence
- Zdravotnický záchranář
- Zdravotnická záchranná služba
- Urgentní medicína
- Přednemocniční neodkladná péče