

Novinky v legislativě vztahující se k poskytování přednemocniční neodkladné péče nelékařskými zdravotnickými pracovníky

Vladimír Jarušek

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Vladimír JARUŠEK**
Osobní číslo: **H10109**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Novinky v legislativě vztahující se k poskytování přednemocniční neodkladné péče nelékařskými zdravotnickými pracovníky**

Zásady pro vypracování:

Studium dostupné literatury a souvisejících právních norem.
Zpracování koncepce, osnovy a metodiky bakalářské práce.
Příprava dotazníkového šetření.
Realizace šetření na jednotlivých pracovištích Zdravotnické záchranné služby Jihomoravského kraje.
Zpracování a vyhodnocení výsledků šetření.
Zpracování teoretické části bakalářské práce, jejímž obsahem bude především charakteristika zásadních změn ve vývoji systému poskytování přednemocniční neodkladné péče v posledních letech.
Zpracování praktické části bakalářské práce, prezentace výsledků šetření.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ERTLOVÁ, Františka a Josef MUCHA. Přednemocniční neodkladná péče. 2. přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-701-3379-1.

DOBIÁŠ, Viliam. Urgentní zdravotní péče. Martin: Osveta, 2007. ISBN 978-808-0632-588.

Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči. České Budějovice: Mediprax CB. ISSN 1212-1924.

Zdravotní služby: zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zákon o specifických zdravotních službách, zákon o zdravotnické záchranné službě: nové prováděcí vyhlášky k reformním zákonům: podle stavu k 14. 5. 2012. Ostrava: Sagit, 2012. ÚZ, č. 905. ISBN 978-807-2089-284.

Sbírka zákonů Česká republika. Břeclav: Moraviapress. ISSN 1211-1244.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Petr Snopek, DiS.

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

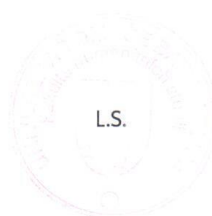
4. února 2013

Termín odevzdání bakalářské práce:

24. května 2013

Ve Zlíně dne 4. února 2013


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 1.3.2013

.....


1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

V předkládané bakalářské práci se zabývám novinkami v legislativě, které se vztahují k poskytování přednemocniční neodkladné péče nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Přibližuji vývoj systému zdravotnické záchranné služby a dále pak zásadní změny v poskytování této péče v České republice ve vztahu k aktuálním legislativním změnám v českém právním systému.

V teoretické části práce charakterizují vznik a dlouhodobý rozvoj záchranné služby. Dále se zabývám zásadními změnami v systému poskytování péče zdravotnickou záchrannou službou v současné době. V praktické části, formou dotazníkového šetření, zjišťuji připravenost systému na přechod poskytování přednemocniční péče nelékařskými zdravotnickými pracovníky.

Zpracované téma je nejen aktuální, ale i přínosné pro představení zásadních změn v systému poskytovaných zdravotních služeb nejen odborné, ale i laické veřejnosti.

Klíčová slova:

legislativa, nelékařský zdravotnický pracovník, přednemocniční neodkladná péče, zdravotnická záchranná služba

ABSTRACT

Presented Thesis focuses on innovation in the legislation related to the pre-hospital emergency care provided by the paramedic staff. It describes the development of emergency medical services and further the major changes in the provision of this emergency care in the Czech Republic in relation to the recent changes in the Czech legal system.

In the theoretical part of the Thesis I describe the origin and the long-term development of emergency services. Further I deal with fundamental changes in the system of care provided by emergency paramedical staff in the present time. In the practical part I through a questionnaire survey find out the readiness of the system for the transition to the provision of pre-hospital emergency care by the paramedic staff.

The presented topic is not only actual, but also beneficial for presentation of the fundamental changes in the system of the health services not only to the professionals, but also to the general public.

Keywords:

Legislation, paramedical staff, pre-hospital emergency care, Emergency Medical Service

Poděkování

Děkuji panu Mgr. Petrovi Snopkovi, DiS., za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady a doporučení, které mi v průběhu vedení práce poskytoval.

Motto

c. k. pražský policejní ředitel, baron Anton von Päumann

Při založení Pražského dobrovolného sboru ochranného, dne 8. 12. 1857

„Kdo jest to, kdo potřebuje naší pomoci?

Čím jest? Jakého je politického smýšlení?

Jakého jest náboženství?

Naše jediná otázka jest:

Kde jest zapotřebí naší pomoci?“

(Schwarz, Z., 2002, s. 3)

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	13
I TEORETICKÁ ČÁST.....	14
1 HISTORIE POSKYTOVÁNÍ PRVNÍ POMOCI.....	15
1.1 HISTORIE POSKYTOVÁNÍ PRVNÍ POMOCI A PÉČE O NEMOCNÉ	15
1.2 ORGANIZACE PRVNÍ POMOCI	16
2 HISTORIE ZÁCHRANNÉ SLUŽBY V ČESKÝCH ZEMÍCH.....	20
2.1 VZNIK ZÁCHRANNÉ SLUŽBY V PRAZE	20
2.2 ČESKOSLOVENSKÝ ČERVENÝ KŘÍŽ A VÝVOJ SYSTÉMU ZÁCHRANNÝCH STANIC	22
2.3 VÝVOJ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY V POVÁLEČNÉM OBDOBÍ.....	23
2.4 VZNIK SYSTÉMU RYCHLÉ ZDRAVOTNICKÉ POMOCI.....	25
2.5 VZNIK SYSTÉMU LETECKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY.....	27
2.6 VÝVOJ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY PO ROCE 1989.....	28
2.7 VZNIK NELÉKAŘSKÝCH POSÁDEK V SYSTÉMU ZZS	29
2.8 VZNIK RENDEZ-VOUS SYSTÉMU V ZZS.....	30
2.9 VZNIK INTEGROVANÉHO ZÁCHRANNÉHO SYSTÉMU	32
2.10 ZMĚNY V SYSTÉMU ZZS PO ROCE 2000.....	33
2.11 NELÉKAŘSKÝ ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK V SYSTÉMU ZZS	35
3 NOVINKY V LEGISLATIVĚ VE VZTAHU K ZZS.....	39
3.1 VYHLÁŠKA O ČINNOSTECH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ A JINÝCH ODBOBNÝCH PRACOVNÍKŮ	39
3.2 ZÁKON O ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH	42
3.3 ZÁKON O ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBĚ.....	43
3.4 PROVÁDĚCÍ VYHLÁŠKA K ZÁKONU O ZZS.....	47
3.5 VYHLÁŠKA O PERSONÁLNÍM ZABEZPEČENÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	49
3.6 VYHLÁŠKA O POŽADAVCÍCH NA VYBAVENÍ POSKYTOVATELE ZZS	50
3.7 NOVELA ZÁKONA O ZZS	52
4 ZMĚNY VE VZTAHU K POSKYTOVÁNÍ PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČE NELÉKAŘSKÝMI ZDRAVOTNICKÝMI PRACOVNÍKY	53
4.1 SPOLUPRÁCE NELÉKAŘSKÝCH POSÁDEK S LÉKAŘEM V SETKÁVACÍM SYSTÉMU	54
4.2 SAMOSTATNÉ VÝJEZDY NELÉKAŘSKÝCH POSÁDEK	55

II PRAKTICKÁ ČÁST	58
5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ A ANALÝZA DAT.....	59
5.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	59
5.2 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	60
5.3 METODY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	60
5.4 CHARAKTERISTIKA POLOŽEK VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	60
5.5 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	61
5.6 ZPRACOVÁNÍ DAT.....	62
6 VÝSLEDKY A ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	63
6.1 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	63
6.1.1 Pohlaví respondentů	65
6.1.2 Věk respondentů.....	66
6.1.3 Délka praxe na ZZS	67
6.1.4 Dosažené vzdělání v oboru	68
6.1.5 Specializovaná způsobilost	69
6.1.6 Pracovní zařazení	70
6.1.7 Vnímání systému vzdělávání	71
6.1.8 Úroveň teoretických znalostí.....	72
6.1.9 Rozsah praktických dovedností.....	73
6.1.10 Rozsah kompetencí NLZP	74
6.1.11 Přípomínky respondentů ke kompetencím	75
6.1.12 Zájem o další vzdělávání v oboru	76
6.1.13 Telefonická konzultace NLZP s lékařem ZZS.....	77
6.1.14 Konzultace z pohledu NLZP	78
6.1.15 Konzultace z pohledu lékaře	79
6.1.16 Vnímání změn v systému poskytované péče	80
6.2 ANALÝZA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	81
7 DISKUZE	82
8 NÁVRH ŘEŠENÍ	84
ZÁVĚR	85
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	86
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	90
SEZNAM GRAFŮ	92
SEZNAM TABULEK.....	93
SEZNAM PŘÍLOH.....	94

ÚVOD

Historie poskytování pomoci je stará, jako je lidstvo samo. Avšak napříč tisíciletím se jednalo spíše o pomoc ve velké míře sociální, nežli zdravotnickou. Po celá staletí bývala pomoc spíše ojedinělá, náhodná, rozhodně se nedalo hovořit o organizované pomoci, natož pak o pomoci zdravotnické, nebo dokonce odborné. Teprve v posledních dvou stoletích lze hovořit o vzniku organizované a odborné zdravotnické pomoci. Avšak až poslední desetiletí přinesly výrazný pokrok v poskytování první pomoci a to navzdory tomu, že například ošetrovatelská péče má své hluboké kořeny již v dávném středověku. O naprosté revoluci v této oblasti můžeme hovořit v souvislosti s uplynulými roky 2011 a 2012, kdy došlo k tolika zásadním změnám, že mnoho zasvěcených odborníků hovoří o nové epoše v oblasti poskytování odborné první pomoci.

Poskytování přednemocniční neodkladné péče patří mezi základní pilíře vyspělých zdravotnických systémů napříč civilizovaným světem. Nejinak je tomu i v České republice. Nositelem tohoto druhu zdravotní péče je v naší zemi Zdravotnická záchranná služba. Přestože se této problematice věnuje celá řada odborníků, rozhodl jsem se pro zpracování bakalářské práce na téma Novinky v legislativě vztahující se k poskytování přednemocniční neodkladné péče nelékařskými zdravotnickými pracovníky. A to proto, že chci nabídnout nejen ucelený průřez historií poskytování odborné zdravotnické pomoci, ale i pohled na vývoj v oblasti přednemocniční neodkladné péče v České republice v poslední době a také přehled názorů zasvěcených pracovníků zdravotnické záchranné služby, lékařů a také nelékařských zdravotnických pracovníků.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE POSKYTOVÁNÍ PRVNÍ POMOCI

Poskytování první pomoci a zdravotní péče je staré jako lidstvo samo. Důkazy o tom přináší již výzkum o pravěkém člověku. Vykopávky, na nichž jsou patrné stopy poranění, svědčí o faktu, že člověk byl již odedávna vystaven nežádoucím událostem, poraněním, úrazům a samozřejmě i onemocněním.

Jak uvádí Pokorný, pomoc člověku v tísni, nemocnému nebo zraněnému poskytovali lidé od dávných dob. Její rozsah a úroveň však přímo souvisely s postoji k hodnotě života v dané době. (Pokorný, J., 2004)

1.1 Historie poskytování první pomoci a péče o nemocné

V soudobé literatuře, ani v jiných volně dostupných zdrojích, není patrná zmínka o tom, že by záchrana lidského zdraví anebo života byla činností, na kterou by se lidé v jejich době záměrně připravovali, či jinak školili pro zvýšení odborné úrovně této péče. (Dvořáček, D., 2009)

Poskytování první pomoci a zdravotní péče bylo významně omezeno zejména rozsahem znalostí a úrovní dovedností. Proto se péče ve valné většině omezovala pouze na přenesení či dopravu postiženého do přístřeší, kde byl uložen a bylo pečováno o jeho základní potřeby. Záleželo na druhu poranění, nebo onemocnění, stavu a kondici nemocného zda takovou příhodu přežil, či nikoliv. Záznamy o takovéto činnosti najdeme již v egyptských papyrech, často také v řeckých básních anebo i v Bibli. Jedním z nejznámějších je zřejmě v Bibli popisovaný příběh o milosrdném samaritánovi.

V období starověku se činnosti tohoto charakteru věnovali často členové náboženských řádů, nejčastěji mniši. Málek zmiňuje, že mezi nejstarší a nejznámější se řadí špitální rytířské řády. Vojenský a špitální řád svatého Lazara Jeruzalémského a Suverénní a válečný řád nemocničních rytířů svatého Jana z Jeruzaléma. (Málek, J., 2010)

První členové křesťanských společenství také zakládali a spravovali kláštery, z nichž se postupem času začali vytvářet hospice, chudobince a útulny. Řada náboženských řádů se věnovala této Bohu libé činnosti. Historie tak zaznamenala mnohé významné osobnosti podílející se na vzniku ošetrovatelství. Jednou z mnoha, které bych rád vzpomenul, byla Anežka Přemyslovna, dcera Přemysla Otakara I., která ve 13. století založila mimo jiné klášter u svatého Haštala, dnešní Anežský klášter v Praze. Anežka Přemyslovna také stanovila pro řádové sestry určitá doporučení, podle nichž se mělo o nemocné ležící pečovat.

Tato idea je základem ústavů mající vliv na vývoj zdravotnické kultury dnešní doby. (Dvořáček, D., 2009)

Velká řada těchto klášterů, útulen a hospiců zaniká v temném období středověku. Kdy hlavním motem byl fakt, že vše je řízeno Boží mocí. Proto byla často pomoc trpícím a nemocným odmítána. Je obecně známo, že křesťanská víra neuznávala, odmítala a také trestala jakékoliv zkoumání lidského těla a sním i související medicínské poznání. Léčitelství bylo považováno za čarodějnictví, nemocní s duševními poruchami byli považováni za ďáblem posedlé a byli vyčleňováni ze společnosti.

1.2 Organizace první pomoci

Období středověku se vyznačuje četnými válečnými událostmi na základě územních a náboženských sporů. Snahou válčících států bylo omezení ztrát na lidských životech především vycvičených vojáků. Poskytování pomoci však stále záviselo na úrovni tehdejších poznatků, které byly nedokonalé. První pomoc při válečných vřavách se poskytovala s odkladem, až po skončení bitvy. Mnoho lidí umíralo zejména přímo na bojišti na vykrvácení bez jakékoliv pomoci.

Během středověku, v 15. století, rytířský řád svatého Johna, tzv. Maltézští rytíři začali pomáhat svým zraněným druhům a vytvořili tak základ moderního sboru Maltézských rytířů a činnosti ambulance St. John. (Dvořáček, D., 2009)

Tento rytířský řád poskytuje v některých zemích profesionální přednemocniční neodkladnou péči, tedy Zdravotnickou záchrannou službu dodnes. Příkladem je Spojené království Velké Británie a Severního Irska.

Další významnou společností organizovaně poskytující první pomoc se stává v 15. století armáda Španělského království, která byla jedna z nejvýznamnějších své doby. Jedna její část se přímo věnuje poskytování péče zraněným a zakládá první vojenskou nemocnici tzv. "ambulancias". Jak uvádí Dvořáček, první doložený písemný záznam o použití ambulance při nehodě, sahá do období roku 1487, do doby Španělské Královny Isabelly. (Dvořáček, D., 2009)

Avšak začátky organizované tradiční záchranné služby, jak ji známe dnes, lze nalézt až v 18. století v období Napoleonských válek, kdy dochází k prvnímu zásadnímu momentu. Francouzský chirurg, osobní lékař Napoleona I. Bonaparta, účastníci se řady bitev, znepokojen velmi špatnou péčí o raněné, zakládá létající sanitní čety a je tak posléze považován za otce přednemocniční neodkladné péče, tak jak ji chápeme v dnešní době.

Napoleonův chirurg, Jean Dominique Larrey (1766-1842) se nespokojil pouze s odvážením těžce zraněných vojáků z bojiště na standardních koňských povozech. Zřídil létající sanitní četou pro poskytování zdravotní péče raněným, přímo na bitevním poli. Skupina tří chirurgů s jedním ošetřovatelem, tehdy vyjížděla za zraněnými na bojiště. Až po ošetření na místě je odvážela do polního lazaretu. Tyto ambulance tak výrazně přispěly ke snížení úmrtnosti raněných, jak uvádí Pokorný. (Pokorný, J., 2007)

Myšlenku těchto sanitních čet převzala posléze i Pruská armáda. V této době vzniká také myšlenka potřeby poskytovat zdravotní péči nejen raněným nepřátelům, ale také civilnímu obyvatelstvu. Dochází k uzavření dohody, že lazarety budou vojensky neutrálním územím. K této myšlence výrazně přispívá zakladatel Mezinárodního červeného kříže, švýcarský obchodník a spisovatel Henry Dunant (1828-1910), který se při obchodní cestě dostává do bitvy u Solferina a ořesen zážitky z poskytování péče raněným vojákům sepisuje knihu *Un Souvenir an Solferino*, *Vzpomínky na Solferino*, kterou zmiňuje Pokorný. (Pokorný, J., 2007)

V roce 1863 pak stojí Henry Dunant u založení Mezinárodního červeného kříže, dodnes jedné z nejvýznamnějších humanitárních neziskových organizací na celém světě. O rok později dochází k podepsání Ženevské úmluvy o zlepšení osudu raněných v polních armádách. Později jsou podepsány další úmluvy a v roce 1901 získává jako první Henry Dunant Nobelovu cenu za mír.

V této době však dochází i k dalším významným událostem, které jsou spojeny s významnými osobnostmi v oblasti medicíny a ošetrovatelství.

V letech 1853-1856 vstoupily Velká Británie, Francie a Turecko do Krymské války. Poprvé v historii spolu s bojujícími vojsky vstoupili na bojiště dobrovolníci a také vyškolené ošetrovatelky, kteří měli pomáhat raněným vojákům. Na ruské straně fronty tuto pomoc organizoval ruský chirurg Nikolaj Ivanovič Pirogov (1810-1881). Významně se zasadil o prosazování práv žen, ošetrovatelek. Na anglické straně fronty se o vysokou úroveň poskytované péče zasloužila ošetrovatelka Florence Nightingalová (1820-1910). Dáma s lampou, zakladatelka moderního pojetí ošetrovatelství, jejíž den narození si dodnes připomínáme jako Mezinárodní den sester. Po zkušenostech nabytých během válečných událostí dospěla k poznatku, že je třeba pracovnice pro poskytování péče důkladně vyškolit. Proto v roce 1860 v Londýně zakládá první ošetrovatelskou školu. Stává se nejvýznamnější osobností v dějinách ošetrovatelství. (Rozsypalová, M., 2002)

Toto moderní pojetí poskytování první pomoci a zdravotní péče se koncem 18. a v začátku 19. století začíná prolínat i do civilního života a mnohde často souvisí s rozvojem industrializace. Tento pozitivní vývoj paradoxně přináší vyšší míru zranění a ukazuje na potřebu zajištění organizované zdravotní pomoci i mezi civilním obyvatelstvem. V mnoha zemích byly v této době zakládány odborné společnosti a dobrovolné spolky pro poskytování první pomoci a dopravy raněných do špitálů.

Významnou osobností v Rakousko-Uherské monarchii byl profesor MUDr. Jaromír von Mundy (1822-1894). Moravský šlechtic, filantrop a vystudovaný lékař. Byl zakladatelem rakouské sanitní služby a všeobecného záchranářství. Sepsal a vydal učebnici

první pomoci, nechal pomoci vlastními návrhy sestrojil četné záchranné přístroje. Následně byl jmenován profesorem na Vídeňské univerzitě, hrabě Kolowrat jej jmenoval generálním lékařem Českého velkopřevorství.

Pokorný o něm uvádí, že byl prvním lékařem, který svůj profesionální život vyjma léčení nemocných, zcela zasvětil záchrannému řádu. Stál u zrodu prvních závazných předpisů pro organizování první pomoci. Sepsal Příspěvky k reformě sanitní služby v Rakousku, vydané v roce 1881, jež byly obecně uznávány a dodnes jsou považovány za první normu v této oblasti. Je všeobecně považován za zakladatele všeobecného záchranného řádu a medicíny katastrof. (Pokorný, J., 2007)

2 HISTORIE ZÁCHRANNÉ SLUŽBY V ČESKÝCH ZEMÍCH

Dle doložitelných pramenů je za nejstarší záchrannou službu ve střední Evropě obecně považována Pražská záchranná služba, která v loňském roce oslavila své 155. výročí. Ještě šest let před vznikem Mezinárodního červeného kříže, který byl zmíněn v předchozí kapitole, vzniká v Praze Pražský dobrovolný sbor ochranný.

2.1 Vznik záchranné služby v Praze

V knize doktora Schwarze, ředitele ZZS hlavního města Prahy, stojí, že z historických materiálů vyplývá, že z iniciativy barona Päumanna, tehdejšího policejního ředitele, vznikla v lednu roku 1857 myšlenka založit v Praze dobrovolný sbor ochranný. Z toho důvodu byly vypracovány zvláštní instrukce, které byly podány k posouzení a schválení na tehdejší c. k. místodržitelství. Schváleny byly právě 8. prosince 1857 pod číslem 10509. Od tohoto data se odvíjí vznik záchranné služby v Praze. (Schwarz, Z., 2002)

V době založení sboru měla dle volně dostupných historických pramenů Praha přibližně 100 až 120 tisíc obyvatel. V nově vzniklém ochranném sboru působilo 36 členů, dobrovolníků, kteří byli označeni medailemi, aby se v době zásahu odlišili od ostatních spoluobčanů. Teprve později byli členové vybaveni stejnokroji, pracovní uniformou.

Zásadním momentem z hlediska předkládané bakalářské práce jsou roky 1867 a 1870, kdy vstupují v platnost první právní předpisy, které se přímo týkají organizovaného poskytování zdravotnické pomoci civilnímu obyvatelstvu na území českých zemí.

Každý člen byl obeslán úředním dekretem. Tímto právním aktem byla fakticky zahájena činnost organizovaného záchranného sboru na území Prahy. V právním smyslu se následně sdružení stalo spolkem, podle zákona č. 134/1867 říšského zákona, jak uvádí Schwarz. (Schwarz, Z., 2002)

Ze zřizovací listiny Pražského dobrovolného sboru ochranného, 1857.

„Účelem sboru jest poskytovatí kdykoli první pomoc, tj. rychlý převoz na místo léčby a po případě první lékařské ošetření úrazem stížených neb onemocnělých na ulicích neb veřejných místech hl. m. Prahy (Velké Prahy). Pokud to bude na sbor obcí Pražskou přeneseno, opatřuje též převoz nalezených mrtvol, sebevrahů a mrtvol pitvě nakázaných, převoz opilců. Dále opatřuje sbor převoz nemocných (vyjímaje stížených infekční nemocí) z bytu do porodnice, nemocnice, ústavu pro choromyslné a sanatorií, a sice chudé zdarma, majetné za poplatek. Podporuje úřední akci pomocnou při všech úrazech a nehodách, bezpečnosti osoby a majetku se týkajících tudíž zejména při požárech, třenicí ledu, povodni a jiných nehodách živelních, při poranění a onemocnění všeho druhu. Opatřuje převoz zraněných a nemocných vojnů z nádraží do nemocnic, jinak z jedné nemocnice do druhé. Vypomáhá svým členstvím při ošetřování nemocných a raněných vojnů. K cíli tomu vydržuje sbor záchranou stanici, po případě též stále neb časové pobočky se službou lékařskou neb jen dopravní. Jako odbor Československého Červeného kříže řídí se sbor organizačními pokyny tohoto. Zástupci hl. m. Prahy, zejména pak fyzikálu, jakož i zástupci Československého Červeného kříže přísluší právo dohlédati na veškerou činnost sboru. Aby mohl sbor účelu svého dostáti, domáhati se bude podpory hl. m. Prahy a to zejména pokud toho bude zapotřebí poskytnutím místností, otopu, osvětlení pro hlavní stanici záchranou a pro pobočky v jednotlivých částech města, přidělením hasičů zdravotní službě vycvičených, šoférů pro automobily, pomocného personálu, poskytováním subvencí. Československý Červený kříž podporuje činnost Pražského dobrovolného sboru, jako svoji instituci pomocnou.“ (Schwarz, Z., 2002, s. 12)

Na tomto místě bych rád podotknul, že po vzoru Pražského sboru i na dalších místech tehdejšího c. k. mocnářství vznikají ochranné stanice a začíná se tak psát kapitola moderního záchranářství na území českých zemí. Také některé hasičské sbory začínají zřizovat stanice první pomoci a v jejich vybavení nechybějí ani sanitní vozy. Z volně dostupných zdrojů lze dohledat, že 30. 4. 1870 byl pak přijat zákon č. 68/1870 ř. z., jenž se týče organizace veřejné služby zdravotní. Tento říšský zákon lze považovat za první právní normu upravující poskytování přednemocniční péče na území našeho státu.

V § 3, písmenu b) je uvedeno, že obcím přísluší pečovat o to, aby se poskytlo náležité pomoci onemocnělým a rodičkám a ochrany osobám, které náhle přijdou v nebezpečení života. (Říšský zákon, 1870)

Z dostupných údajů uvedených doktorem Schwarzem, se dochovala i následující zajímavá statistika. V roce 1891 bylo zaznamenáno celkem 2275 případů, v roce 1895 již 7328 případů. Z čísel je patrný postupný nárůst počtu ošetřených a přepravených osob. (Schwarz, Z., 2002)

Dalším významným rokem v historii poskytování záchranné služby je rok 1910. Dle Šumana-Hreblaye v tomto roce Pražská městská pojišťovna zakoupila první sanitní automobil značky Laurin & Klement. I další příměstské části Prahy si pro převozy raněných a nemocných pořizují svoje vlastní sanitní vozidla. V roce 1923 tak bylo dispozici 10 sanitních vozidel a byl z provozu vyřazen poslední vůz tažený koňmi. (Šuman-Hreblay, M., 2011)

2.2 Československý Červený kříž a vývoj systému záchranných stanic

V období mezi světovými válkami vstupuje do dění významným způsobem Československý Červený Kříž, založený dne 23. 6. 1919, jehož stanovy schválilo ministerstvo vnitra ČSR. Zakladatelka a první předsedkyně ČSČK byla Alice Garrigue Masaryková (1879-1966), dcera tehdejšího prezidenta republiky Tomáše Garrigue Masaryka. Byla velmi významnou osobností, věnovala se nejen ošetřovatelství, charitě, ale i sociální práci. ČSČK pod jejím vedením vedl nejen státní ošetřovatelskou školu, kde se připravovali diplomované ošetřovatelky, ale zajišťoval i výuku samaritánů, kteří se podíleli na poskytování první pomoci a byli v podstatě prvními zdravotnickými záchranáři.

Československý Červený Kříž, dle volně dostupných zdrojů na svých webových stránkách uvádí, že již od roku 1925 začal na základě dohody s tehdejším ministerstvem národní obrany, za významné finanční podpory od Ministerstva veřejného zdravotnictví budovat celostátní síť záchranných stanic. Za zmínku stojí, že v letech 1928 až 1932, jen v Praze sloužilo již 26 sanitek. Síť záchranných stanic se postupně rozrůstá v celé tehdejší Československé republice. Obce mají v této době dokonce zákonnou povinnost starat se o zraněné a těžce nemocné a dopravovat je zdarma do nemocnice.

Z dobových pramenů, jak uvádí Šuman-Hreblay také vyplývá, že již v tehdejší době byly stanice sanitních automobilů rozmístěny obdobně, jako je tomu v dnešní době. V roce 1932 bylo na území Čech již 52 stanic se 77 sanitními automobily a na Moravě 37 stanic a 55 vozů. V roce 1936 bylo v ČSR 120 záchranných stanic a 190 vozidel. (Šuman-Hreblay, M., 2011)

Po 15. březnu 1939 a rozdělení území na Protektorát Čechy a Morava a Slovenský stát, převzali tuto službu hasiči, ve spolupráci s Ústředím měst a obcí. ČSČK byl posléze v srpnu roku 1940 zakázán a poskytování záchranné služby bylo za války významným způsobem omezeno, případně bylo v rukou německy řízených organizací, zejména Deutsche Rote Kreuz.

2.3 Vývoj záchranné služby v poválečném období

V období těsně po druhé světové válce, během let 1945 a 1946, se podařilo obnovit jen asi 40 stanic záchranné služby a přibližně 90 sanitních vozidel. Zbytek byl zcela zničen, anebo zásadně poškozen. V tehdejší ČSSR se také významným způsobem mění systém poskytování zdravotní péče. Transporty pacientů po válce opět přebírá Československý Červený kříž. Oficiální název tehdejší záchranné služby byl Zdravotnická dopravní služba. Členové záchranných týmů byli řidiči a dobrovolní zdravotníci s výcvikem ČSČK. Lékař se výjezdů zpravidla neúčastnil. Pokud byl třeba doprovod lékaře, zajišťoval jej vždy obvodní lékař, anebo lékař z nemocnice. ČSČK tedy plnil pouze úlohu dopravní zdravotní služby. (Šuman-Hreblay, M., 2011)

V roce 1948, v rámci znárodnění přijala vláda nařízení č. 249/1948 Sb. o ústavech národního zdraví. Zdravotní záchranná služba tak přechází pod ÚNZ podle § 3 odstavce 2 písmene a). V průběhu následujících let dochází k transformaci celého socialistického zdravotnictví, na úrovni krajů vzniká KÚNZ, Krajský ústav národního zdraví, v městech pak MÚNZ, městský ústav národního zdraví a v oblastech okresů pak OÚNZ, Okresní ústav národního zdraví. Československý Červený kříž je nucen vydat veškerá zdravotnická vozidla, jimiž disponuje a po více jak 30 letech dochází k zániku záchranných stanic Československého Červeného kříže na našem území.

Zákonem o jednotné preventivní a léčebné péči č. 103/1951 Sb., účinného od 1. 1. 1952 a nařízením ministra zdravotnictví o organizaci preventivní a léčebné péče ze dne 28. 6. 1952, č. 24/1952 Sb. jsou nově definovány v § 18 této vyhlášky stanice záchranné služby. Zde bych rád uvedl, že tady lze spatřit první právní úpravu doposud platných c. k. legislativních nařízení z roku 1867 a 1870, zmiňovaných v předchozí části práce.

Jak uvádí Dvořáček, v době mimo ordinační hodiny zajišťuje přednemocniční neodkladnou péči Lékařská služba první pomoci vznikající sítí obvodních lékařů, spolu se zdravotními sestrami, kteří vyjíždějí na základě volání k pacientům a poskytují jednak lékařskou pohotovostní službu a také dopravní zdravotní službu.

V nadcházející době, tedy v letech 1950 - 1970 jsou výjezdové skupiny typicky složeny ze dvou řidičů, sanitářů vyčleněných ze systému dopravní zdravotní služby, které doplňoval lékař LSPP určený rozpisem. Vybavení vozidel většinou žádné nebylo, pouze lékař s sebou vozil lékařský kufr. Typickým dispečerským pracovištěm byla vrátnice nemocnice, bez vyškoleného personálu. Zpravidla se postižený neléčil, pouze ošetřil, naložil a vlastní záchrana nemocného nebo zraněného se odehrávala až ve zdravotnickém zařízení. (Dvořáček, D., 2010)

Důležitým milníkem v legislativě dotýkajícím se poskytování zdravotní péče byl rok 1966, kdy 1. července byl uveden v platnost zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, který byl po dlouhou dobu základní platnou zákonnou normou. Zrušen a nahrazen byl až v roce 2011.

Z hlediska záchranné služby tato právní norma nepřinesla žádnou významnou změnu. Pouze v § 17 odstavci 2) bylo uvedeno, že léčebně preventivní péče zahrnuje také dopravu nemocných. V § 18 tohoto zákona je pak uvedeno, že ambulantní péči, jejíž součástí je i návštěvní služba, zajišťují praktičtí a jiní odborní lékaři v jednotlivých ordinacích a sdružených ambulantních zařízeních. Více nebyly podmínky poskytování této péče nijak upraveny. Úroveň záchranné služby a tedy i poskytované přednemocniční neodkladné péče se také velmi lišila. Například ve velkých městech při nemocnicích I. typu, kde byla výjezdová činnost zajišťována nejen řidiči, ale i středním zdravotnickým personálem a odbornými lékaři, často anesteziology a kde byl relativně vyšší počet výjezdové činnosti, byly vozy kvalitně vybaveny a personál byl vyškolený. Oproti tomu na venkově, kde vyjížděli k nemocným pouze řidiči a praktičtí lékaři a to jen výjimečně, lze dovodit, že úroveň poskytované péče příliš vysoká zřejmě nebyla. Tento v podstatě neutěšený stav trval až do poloviny sedmdesátých let.

2.4 Vznik systému rychlé zdravotnické pomoci

Významnou, i když poněkud opomíjenou osobností v souvislosti se systémem záchranné služby byl profesor, doktor Peter Safar (1924-2003), lékař, jehož rodiče byli vídeňští Češi. Tento autor mezinárodně uznávané a přijaté metodiky kardiopulmonální resuscitace, se zasloužil o vznik systému záchranné služby (EMS, Emergency Medical Service) ve Spojených státech amerických. Zdůrazňoval důležitost a kvalitu poskytované péče již v přednemocničním systému. V této oblasti dosáhl mimořádných výsledků, které prezentoval mimo jiné také na kongresu ve Stockholmu, již v roce 1965. Jeho doporučení byly přijaty mnoha evropskými zeměmi a MUDr. Pokorný uvádí, že byly východiskem i pro přípravu metodických opatření v tehdejší Československu. (Pokorný, J., 2007)

Dne 18. listopadu 1974 vydalo tehdejší ministerstvo zdravotnictví vyhlášku č. 121/1974 Sb. o soustavě zdravotnických zařízení, jejíž součástí byl například § 9, hovořící o zajištění rychlé přepravy nemocných na příslušné oddělení nemocnice s poliklinikou vyššího typu. Paragrafy 10 a 11 pak hovořící o zřizování služby rychlé zdravotnické pomoci při nemocnicích s poliklinikou II. a III. typu. Ministerstvo zdravotnictví také vydalo Metodická opatření prostřednictvím věstníku. Například metodické opatření č. 33, Zásady organizace a poskytování první pomoci, opatření č. 34, Zásady organizace služby rychlé zdravotnické pomoci a opatření č. 35, Koncepce oboru anesteziologie a resuscitace.

Podle těchto legislativních nařízení došlo ke vzniku mnoha stanovišť záchranné služby, zřizovaných zpravidla při nemocnicích. Došlo ke sjednocení poskytované péče, lékaři byly téměř vždy anesteziologové, členy výjezdových skupin se stávají střední zdravotničtí pracovníci. Jak uvádí Pokorný, v této době již hovoříme o odborné přednemocniční neodkladné péči. (Pokorný, J., 2004)

Po roce 1974 tedy začalo systematické vytváření pracovišť RZP, většinou v rámci anesteziologicko-resuscitačních oddělení nemocnic (ARO). K vedení těchto pracovišť RZP, byli nejčastěji vybíráni anesteziologové, kteří byli přímo podřízeni náměstkovi ředitele pro léčebně preventivní péči. Mezi významné průkopníky této doby z hlediska budování systému přednemocniční neodkladné péče v celorepublikovém měřítku, lze oprávněně zařadit pana primáře MUDr. Dostála z Ostravy. Na jeho počest se dodnes konají Dostálovy dny urgentní medicíny, které jsou každoročním setkáním lékařů, záchranářů a sester, pracujících na zdravotnických záchranných službách a urgentních příjmech nemocnic.

Pokorný dále uvádí, že ve velkých městech, v Praze, v Brně a Ostravě pak byly zřizovány při krajských ústavech národního zdraví samostatné organizace záchranné služby. Při ministerstvu zdravotnictví vzniká v 80. letech samostatná komise RZP, která se pod vedením MUDr. Ždichynce, ředitele tehdejší pražské záchranné služby, věnuje výhradně odborným a organizačním záležitostem budované zdravotnické záchranné služby. Jak prezentuje Pokorný, v roce 1988 byla usnesením výboru České společnosti

anesteziologie a resuscitace ČLS JEP ustavena sekce přednemocniční neodkladné péče při této odborné společnosti. Na jejím základě pak v roce 1994 byla založena samostatná Česká společnost přednemocniční neodkladné péče a medicíny katastrof ČLS JEP v čele s MUDr. J. Hasíkem. Tímto krokem bylo umožněno tomuto samostatnému oboru pořádat konference, vyměňovat si zkušenosti a rozvíjet vlastní odbornost. (Pokorný, J., 2004)

2.5 Vznik systému letecké záchranné služby

Dalším velice důležitým milníkem, který má zásadní význam v systému poskytování přednemocniční neodkladné péče je vznik letecké záchranné služby v roce 1987. Její zřízení a zkušební provoz zorganizoval již zmiňovaný ředitel pražské záchranné služby MUDr. Ždichynec. V souvislosti s nárůstem počtu vážných dopravních nehod a také těžkých úrazů, prosadil MUDr. Ždichynec na tehdejších Federálních ministerstvech vnitra, dopravy a zdravotnictví jednání, které vyústilo v rozhodnutí o zahájení zkušebního provozu letecké záchranné služby v Praze za pomoci speciálně upraveného vrtulníku MI-2.

Od 1. 4. 1987 se tedy v Československu datuje vznik této služby. Postupně dochází k rozšiřování středisek LZS na celé území, takže v roce 1993, je již na území našeho státu v provozu celá síť letecké záchranné služby, začleněná do systému územních středisek záchranných služeb. (Dvořáček, D., 2009)

V současné době je již LZS nedílnou a významnou součástí ZZS. Na území ČR, je dnes provozováno 10 středisek letecké záchranné služby, takže je zajištěno celoplošné pokrytí území ČR s dobou dostupnosti maximálně do 20 minut v souladu s dnešní legislativou. Navíc mnohá střediska dnes poskytují službu ve 24. hodinovém provozu, takže je možnost v indikovaných případech přepravovat postižené do vysoce specializovaných center napříč celou republikou.

2.6 Vývoj záchranné služby po roce 1989

Změny, které přinesl rok 1989, ve společensko-ekonomickém systému není třeba dlouze popisovat. Měli zásadní vliv také na poskytování přednemocniční neodkladné péče. Bezprostředně po roce 1990 docházelo zejména k nákupům moderních lékařských a zdravotnických přístrojů. Záchrané služby obnovovali především vozový park. Morálně a zejména pak fyzicky zastaralá vozidla typu Škoda 1203 a Avia Furgon byly nahrazovány zejména vozidly typu Mercedes a Renault. Zastaralé přístroje socialistického podniku Chirana byly nahrazeny zahraničními přístroji z USA, Německa a Rakouska. Objevují se první moderní defibrilátory, EKG, plicní ventilátory. Součástí vozidel se stávají také infuzní pumpy, injektomaty, pulsní oxymetry a další moderní technika. Práce v terénu se významně mění, zejména dochází k posunu v rámci diagnostiky a léčebných postupů.

První polovina 90. let znamenala i rozvoj po stránce organizační. Byla přijata celá řada rezortních norem, která znamenala obrovský posun v systému zdravotnické záchranné služby. Výjezdové skupiny se vyčleňují ze systému nemocnic a dochází k vytváření samostatných subjektů poskytujících přednemocniční neodkladnou péči. (Pokorný, J., 2004)

Dne 28. července 1992 byla přijata vyhláška č. 434/1992 Sb. o zdravotnické záchranné službě, která novelizovala ustanovení v zákoně č. 20 z roku 1966. Stala se na mnoho let základním předpisem upravujícím poskytování přednemocniční neodkladné péče. Především nově definovala základní úkoly a povinnosti záchranné služby, zcela konkrétně vyjmenovala stavy, u nichž ZZS zasahuje. Zajímavé je srovnání, že první norma z roku 1857 týkající se Pražského dobrovolného sboru, jiným jazykem, ale z pohledu odbornosti vyjmenovává v podstatě tytéž činnosti, které ukládá vyhláška ZZS v této podobě.

Vyhláška dále stanovuje organizaci práce zdravotnického operačního střediska a také jednotlivých výjezdových skupin. Byla podkladem pro realizaci vybudování nové sítě pracovišť záchranné služby. Zakotvila pravidla pro leteckou záchrannou službu, dále stanovovala základní spojový řád a zdravotnickou dokumentaci v ZZS.

Zde bych se pozastavil u § 6 vyhlášky č. 434/1992 Sb. o zdravotnické záchranné službě, která zcela nově definovala typy výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby. Konkrétně skupiny rychlé lékařské pomoci (RLP), skupiny rychlé zdravotnické pomoci (RZP) a skupiny letecké záchranné služby (LZS). Do této doby byla chápána rychlá zdravotnická pomoc jako výjezdová skupina, v níž byl vždy lékař. (Sbírka zákonů, 1992)

2.7 Vznik nelékařských posádek v systému ZZS

Nově se tedy v § 6 odstavci 1a) objevuje skupina rychlé zdravotnické pomoci, v níž je nejméně dvoučlenná posádka složená z řidičů – záchranářů, nebo středních zdravotnických pracovníků – záchranářů, záchranář s vyšší kvalifikací je přitom vedoucím výjezdové skupiny. (Ertlová, F., 2003)

Také ve dvou ostatních typech výjezdových skupin, v odstavci 1b) RLP a v odstavci 1c) LZS je zmiňován záchranář, nebo střední zdravotnický pracovník, v těchto výjezdových skupinách je vedoucím posádky vždy lékař, (Sbírka zákonů, 1992)

Zde je vidět první legislativní ustanovení o zdravotnickém pracovníkovi, nelékařského povolání v systému zdravotnické záchranné služby. Je pravdou, že nebyla jiným právním předpisem přesně stanovena úroveň a druh vzdělání. Také nebyl legislativně stanoven rozsah činností. Avšak na vzdělávacích zdravotnických institutech, IDVPZ v Brně a v Praze, bylo možno absolvovat akreditovaný kvalifikační kurz řidiče rychlé zdravotnické pomoci a také rychlé lékařské pomoci. Délka studia byla 1 rok a připravovala nižší zdravotnické pracovníky pro práci v záchranné službě. Většinou se jednalo o řidiče dopravní zdravotní služby, kteří změnou legislativy přecházeli do pracovních pozic řidičů - záchranářů. Střední zdravotničtí pracovníci byli povětšinou všeobecné, anebo zdravotní sestry, podle dřívější legislativy. Zpravidla se jednalo sestry přecházející ze systému nemocniční péče, které pracovaly na odděleních ARO a JIP na nově vznikající střediska zdravotnických záchranných služeb.

Další novelizovanou právní normou byla vyhláška č. 49/1993 Sb. o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení. Stanovovala nejen vybavení zdravotnickými přístroji, ale i materiálem, léky a dalšími speciálními pomůckami. Také se v této vyhlášce již zcela konkrétně hovoří o způsobech poskytování péče a to ve smyslu rychlé zdravotnické pomoci, jež měla odlišné vybavení od vozidel rychlé lékařské pomoci a navíc jsou zde zmiňována i vozidla pro setkávací systém rendez-vous a vozidla pro přepravu nedonošených novorozenců. Tím byl položen nový způsob vnímání poskytování přednemocniční neodkladné péče.

Hlavním momentem z hlediska předkládané bakalářské práce je v tento okamžik legislativní zakotvení zdravotníků, nelékařů v systému zdravotnické záchranné služby. Této problematice se budu podrobněji věnovat později. Do dnešní doby se občanská veřejnost, ale i profesionální zdravotníci mylně domnívají, že v každé posádce zdravotnické záchranné služby je vždy přítomen lékař.

2.8 Vznik rendez-vous systému v ZZS

Nově vzniklé výjezdové skupiny rychlé zdravotnické pomoci, tvořené dvěma záchranáři, anebo středními zdravotnickými pracovníky, našli v systému přednemocniční neodkladné péče brzy široké uplatnění. Týkalo se nejen společných zásahů v setkávacím systému rendez-vous, který jako první zavádí na pražské záchranné službě MUDr. Schwarz již v roce 1987. Tento systém provozování záchranné služby velmi rychle přebírají i ostatní střediska záchranných služeb zejména ve velkých městech, Brno, Ostrava a další.

Rendez-vous systém je výhodný zejména pro velkoměsta. Díky rychlému osobnímu vozu se lékař na místo zásahu dostává rychleji a také může ošetřit více pacientů. Protože není nutno každého pacienta doprovázet do nemocnice. Lékař provede vyšetření, postiženého ošetří, zahájí terapii a na transport do nemocnice jej předává posádce rychlé zdravotnické pomoci. Pacient je doprovázen středním zdravotnickým pracovníkem a lékař je volný a je k dispozici pro další zásah. Další nesporná výhoda je ekonomická, kdy tímto

způsobem lze šetřit počet lékařů v systému přednemocniční neodkladné péče v dané oblasti. (Schwarz, Z., 2002)

Rovněž jako přínosné se ukázalo využití posádek rychlé zdravotnické pomoci u pacientů s méně závažnými úrazy anebo onemocněními. Z medicínského hlediska, není vždy zcela nezbytné, aby k postiženému vyjízďela výjezdová skupina rychlé lékařské pomoci. Z hlediska operačního řízení však došlo k významné změně. Střední zdravotničtí pracovníci, většinou zkušené sestry anebo záchranáři s mnohaletými zkušenostmi z výjezdů, pracující na zdravotnickém operačním středisku, museli začít diferencovat a rozlišovat naléhavost jednotlivých tísňových výzev. Bylo třeba operativně rozhodnout, zda k postiženému vyslat posádku s lékařem anebo zdravotnickou posádku. I zde hraje významnou roli právě rendez-vous systém, protože i posádka rychlé zdravotnické pomoci mohla zahájit ošetřování a lékaře v rychlém osobním voze si přivolat na pomoc. Vzhledem k využití tohoto systému zejména ve velkoměstech, byl dojezd lékaře k postiženému otázkou několika málo minut. Což ve výsledném efektu znamená úsporu lékařských pracovníků ve směně, naopak nedochází ke zhoršení zdravotní péče postiženému. Jak bylo již řečeno, tento systém se rozvíjel zejména ve velkoměstech a v aglomeracích s velkou hustotou obyvatelstva. V dalších částech republiky, pak systém zůstává víceméně nezměněný a dochází tak k diskrepancím v poskytované péči.

Z hlediska právní subjektivity zajišťoval poskytování přednemocniční neodkladné péče zejména stát, a to prostřednictvím zřízených okresních středisek záchranné služby (OSZS) na území okresů. Na úrovni území krajů a hlavního města Prahy to byly územní střediska záchranné služby (ÚSZS), které zřizovalo přímo Ministerstvo zdravotnictví. Tyto střediska také zajišťovaly leteckou záchrannou službu. Některá OSZS a ÚSZS provozovala také Lékařskou službu první pomoci (LSPP), která v mimopracovní době zajišťovala pohotovostní službu praktickými lékaři. (Pokorný, J., 2004)

2.9 Vznik integrovaného záchranného systému

Významným milníkem byl po revoluci rok 2000, kdy byl přijetím zákona č. 239/200 Sb. ustanoven Integrovaný záchranný systém (IZS). Zdravotnická záchranná služba (ZZS) se stává jednou ze základních složek tohoto systému. Dalšími základními složkami pak jsou Hasičský záchranný sbor ČR (HZS ČR) a policie ČR (PČR). V praxi to znamená, že celý systém poskytování péče, a to nejen zdravotnické, je lépe koordinován, jednotlivé složky spolu kooperují při záchranných a likvidačních pracích. Systém integrovaného záchranného systému se aktivuje vždy, pokud událost přesahuje rámec činností některé ze základních složek IZS. V nutném případě lze také aktivovat pomocné složky, jakými jsou Český Červený kříž, Armáda ČR, pohotovostní služby plynáren, elektráren a vodáren. Nedílnou součástí jsou orgány hygieny, krajské a okresní hygienické stanice. Každá ze složek IZS má při mimořádné události své specifické činnosti, které plní. (Ertlová, F., 2003)

Hasičský záchranný sbor se zabývá řízením a koordinací všech zúčastněných složek, zabezpečuje vyprošťování a transport postiženým na třídící místo, kde je předává do péče zdravotníků.

Zdravotnická záchranná služba pak zajišťuje třídění a poskytování neodkladné zdravotní péče na místě události. Dále zajišťuje odborný transport do lůžkových zdravotnických zařízení.

Úkolem policie ČR je zajištění bezpečnosti a ostraha vymezeného prostoru, odklon dopravy a zajištění příjezdových a odjezdových tras záchranných vozidel. Nedílnou součástí je pak dokumentace a vyšetřování události.

IZS se jako celek podílí na řešení mimořádných událostí z několika úhlů pohledu. Tím základní je koncepce krizového řízení. Odvíjí se od identifikace rizik v dané lokalitě, stanovování postupů a cílů v oblasti krizového řízení. (Pokorný, J., 2004)

Dále lze vidět oblast přípravy. Sem řadíme teoretickou přípravu příslušníků složek IZS a metodická, nebo prověřovací cvičení všech složek IZS v rámci přípravy na mimořádné události.

Do oblasti represivní spadá vlastní činnost při likvidaci následků událostí. Tedy vlastní zásahová činnost. Začíná zpracováním a vyhodnocením tísňové výzvy, dále předáním informací všem složkám IZS. Následné provedení zásahu, záchranných a likvidačních prací na místě události.

Poslední oblast činnosti složek IZS je analytická, do níž řadíme vyhodnocování zpětné vazby, která je dále zpracovávána za účelem následných školení a další přípravy. (Pokorný, J., 2004)

Jedním z nejvýznamnějších počinů v oblasti krizové připravenosti bylo celoplošné zřízení center tísňového volání linky 112, která je mezinárodní linkou pro příjem tísňových volání v rámci zemí EU.

2.10 Změny v systému ZZS po roce 2000

Jak bylo již dříve uvedeno, na základě legislativy, zejména pak vyhlášky č. 434/1992 Sb. došlo ke změnám v oblasti poskytování přednemocniční neodkladné péče.

Záchranné služby se vyčlenily ze sítě nemocnic a vznikají samostatné právní subjekty řízené Ministerstvem zdravotnictví, potažmo okresními úřady a státní správou.

Dochází nově ke vzniku nelékařských posádek RZP, ve velkých městech a aglomeracích měst zaznamenáváme rozvoj setkávacího, rendez-vous systému, RV. Je již dokončeno budování sítě letecké záchranné služby s pokrytím celého území české republiky.

Nicméně dochází k postupnému a pomalému útlumu počtu lékařů sloužících v systému záchranných služeb. Jednak je to způsobeno přirozeným odchodem dlouholetých pracovníků do důchodu a také skutečností, že mladé lékaře práce na ZZS příliš neláká. Možnosti osobního rozvoje, práce v zahraničí, možnosti založení soukromé lékařské praxe a na druhé straně specifické podmínky nastavené legislativními požadavky pro výkon práce a samotná zodpovědnost a náročnost práce na ZZS.

Podmínky nastavené legislativním procesem způsobují, že ubývá odborně způsobilých lékařů pro práci v ZZS. Jak již bylo zmíněno, profesor Pokorný uvádí, že v roce 1994 byla ustanovena Česká společnost přednemocniční neodkladné péče a medicíny katastrof ČLS JEP. Celý proces přípravy se zaměřením na naplnění vyhlášky 434/1992 Sb., ve smyslu jejích novelizací, pak vedl k vyústění ustavení nového nástavbového oboru urgentní medicína. Od roku 1999 tedy lékaři pracující v systému ZZS, by měli mít absolvovanou tuto atestaci z oboru urgentní medicína, respektive specializovanou způsobilost podle dalších právních předpisů. (Pokorný, J., 2004)

Tyto a mnohé další faktory, včetně ekonomických, vedou k situaci, jíž zde popisují. Tedy postupné snižování počtu lékařů ve výjezdových složkách ZZS.

Dalším významným faktem je přijetí zákona č. 95/2004 Sb. Jednak určuje lékaři splňovat podmínky specializované způsobilosti, což významně omezuje počet nově přichozích lékařů do systému zdravotnických záchranných služeb a také se toto ustanovení dotýká lékařů, kteří již na ZZS pracují. Mnozí tak odcházejí pracovat do soukromého sektoru, anebo do jiných zdravotnických zařízení. Všechna výše uvedená fakta jsou příčinou stavu, že během cca 15 -ti let se obrací poměr výjezdových skupin ZZS. Dochází k postupnému snižování posádek RLP a navyšování posádek RZP. Zavádění RV setkávacího systému je pak částečným řešením této neutěšené situace. Této skutečnosti se budu věnovat v další části svojí bakalářské práce.

2.11 Nelékařský zdravotnický pracovník v systému ZZS

Pro nelékařské zdravotnické pracovníky (NLZP) je však zásadním momentem přijetí zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. Parlament ČR se na tomto zákoně usnesl dne 4. února 2004. Zákon nově definuje zejména podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských povolání. Z hlediska zdravotnické záchranné služby se zákon o NLZP dotýká v § 5 všeobecných sester, kdy v odstavci 3) definuje výkon povolání všeobecné sestry. Uvádí zde, že všeobecná sestra poskytuje ošetrovatelskou péči ve spolupráci s lékařem a podílí se na poskytování neodkladné péče. V § 18 téhož zákona jsou definovány podmínky pro výkon povolání zdravotnického záchranáře. Za výkon povolání zdravotnického záchranáře se považuje činnost na úseku neodkladné péče. Dalším zdravotnickým pracovníkem oprávněným dle tohoto zákona působit v systému ZZS je pak řidič vozidla zdravotnické záchranné služby, uvedený v § 35. Za výkon práce řidiče ZZS se považuje činnost v rámci přednemocniční neodkladné péče pod odborným dohledem. (Brůha, D., Prošková, E., 2011)

V návaznosti na zákon o NLZP byla přijata další významná legislativní norma. Dne 30. června 2004 vydalo MZ ČR vyhlášku č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků. Poprvé tak byl legislativně stanoven rozsah činností a tedy i kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků. Z hlediska předkládané bakalářské práce, orientované na poskytování zdravotní péče právě NLZP v systému ZZS, byla vyhláška významná z toho pohledu, že stanovovala činnosti, které může NLZP provádět bez odborného dohledu, tedy bez přítomnosti lékaře, jinak řečeno, tedy samostatně v posádce rychlé zdravotnické pomoci.

Významnou změnou bylo ustanovení v § 49. Všeobecná sestra pro intenzivní péči, tedy se specializovanou způsobilostí, vykonává činnosti podle stejného paragrafu jako zdravotnický záchranář. Tato skutečnost reflektovala na situaci, kdy velké procento NLZP v systému ZZS, byly právě všeobecné sestry se specializací ARIP. Obě kategorie NLZP bez odborného dohledu poskytují ošetrovatelskou péči na úseku neodkladné péče. Konkrétní činnosti byly stanoveny v § 17 této vyhlášky. NLZP bez odborného dohledu

a bez indikace lékaře, tedy v posádkách RZP samostatně monitoruje a hodnotí vitální funkce, včetně EKG a pulsního oxymetru, hodnotí poruchy srdečního rytmu. Zajišťuje periferní žilní vstup, provádí orientační laboratorní vyšetření a posuzuje je. Řídí, obsluhuje a udržuje pozemní dopravní prostředky, včetně jízdy s využitím výstražných zařízení. Provádí ošetření ran a zástavu krvácení, dále zajišťuje vyprošťování, polohování, fixaci, imobilizaci a zajišťuje transport. Další činnosti byly podpůrné, k zajištění provozu ZZS. (Sbírka zákonů, 2004)

Další činnosti provádí NLZP na základě indikace lékaře. Provádění kardiopulmonální resuscitaci, s použitím ručního křísícího vaku, včetně defibrilace srdce. Zajišťuje dýchací cesty dostupnými pomůckami, provádí kyslíkovou terapii, zajišťuje přístrojovou ventilaci, pečuje o dýchací cesty. Aplikuje léčivé přípravky a krevní deriváty. Asistuje při překotném porodu a provádí první ošetření novorozence. (Sbírka zákonů, 2004)

Tato další část byla, jak se v praxi ukázalo, poněkud problematická, protože například při náhlé zástavě oběhu pacienta, který byl v péči posádky rychlé zdravotnické pomoci, museli NLZP, nejprve telefonicky, anebo radiofonním spojením zkontaktovat lékaře ZZS a vyžádat si souhlas k samostatnému zahájení a provádění kardiopulmonální resuscitace, k defibrilaci a k dalším neodkladným výkonům. Lze tedy konstatovat, že stav nastavený legislativou nebyl zcela optimální.

Počet výjezdových skupin NLZP v systému ZZS se stále zvyšuje a stoupá také náročnost práce nelékařského personálu. Na druhou stranu lze oprávněně konstatovat, že ne u všech zásahů prováděných ZZS je nutná přítomnost lékaře.

Touto myšlenkou se začíná zabývat čím dál častěji také odborná veřejnost, úředníci Ministerstva zdravotnictví a také samotní zřizovatelé zdravotnických záchranných služeb.

Například doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc. polemizuje: „Potřebujeme lékaře pro výjezdy do terénu v akutních případech?“. Článek byl zveřejněn v odborném časopise Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína v roce 2007. Drábková poukazuje na funkčnost systému přednemocniční péče v zahraničí, kdy zdravotní péči poskytuje pouze nelékařský personál. Zmiňuje výčet základních činností potřebných pro záchranu zdraví a života. Mezi hlavní medicínské požadavky řadí zajištění dýchacích cest s minimální invazivitou, provádění rozšířené KPR, včetně defibrilace, natočení 12 -ti svodového EKG a jeho přenos na specializované kardiologické pracoviště, v poslední řadě zmiňuje zástavu krvácení a objemovou resuscitaci. Z odborných nemedicínských požadavků zdůrazňuje především správné směřování, radiokomunikaci, správné zvládnutí technického a speciálního vybavení a spolupráci v rámci složek IZS. Drábková dále uvádí, že zejména nemedicínskou složku zajišťuje nelékařský personál běžně a pro první, medicínskou, lze NLZP řádným studiem a výcvikem připravit. Uvedené metody zvládají nejen lékaři, ale i dobře vyškolení záchranáři. (Drábková, J., 2007)

Další odborník, vyjadřující se k této problematice je Bc. Drahomír Sigmund, hlavní sestra ZZS Olomouckého kraje. V článku uveřejněném v roce 2010 na webových stránkách Komory záchranářů ZZS ČR a otisknutém v odborné literatuře, poukazuje na skutečnost, že výjezdové skupiny bez lékaře fungují v ČR již 17 let a to bez větších problémů. Každoročně se také zvyšuje počet zásahů realizovaných výjezdovými skupinami RZP. Klade si řečnickou otázku, „Jak je možné, že se nezvyšuje mortalita pacientů ošetřených NLZP ve výjezdových skupinách bez přítomnosti lékaře?“ Dodává, že tato skutečnost je bezpochyby ovlivněna skutečností, že posádky RZP dělají svoji práci dobře, profesionálně, dle nejlepšího vědomí a svědomí. (Sigmund, D., 2010)

V této souvislosti bych také zmínil, že z volně dostupných zdrojů Asociace Zdravotnických záchranných služeb ČR, se každoročně v rámci celé ČR na zajištění PNP podílí posádky RZP v již 60 %, ku 40 % RLP. Výjezdové skupiny poskytují péči ve většině zásahů samostatně bez součinnosti s lékařem RLP. NLZP ve výjezdové skupině RZP je také plně odpovědný za poskytnutou zdravotní péči a nese plnou právní zodpovědnost. (Asociace ZZS ČR, 2012)

Také MUDr. Schwarz, ředitel ZZS HMP zdůrazňuje fakt, že výjezdové skupiny RZP se podílí na poskytování PNP na území Prahy až v 80 %. Pouze ve 20. % se účastní zásahu lékař RLP, v setkávacím systému rendez-vous. Dodává ovšem, že kvalitní systém poskytování PNP musí být postaven na plně kvalifikovaných, vzdělaných nelékařských pracovnících. K tomuto účelu má ZZS HMP zaveden interní systém vzdělávání, nácviků a přezkušování zdravotnických pracovníků. (Schwarz, Z., 2011)

O skutečnosti, že každým rokem přibývá v ČR posádek NLZP bez lékaře, se lze přesvědčit nejen v praxi, ale také například ze statistických dat Asociace ZZS ČR. Na svých webových stránkách Asociace každoročně zveřejňuje ukazatele všech krajských záchranných služeb. Z těchto dat vyplývá, že v roce 2012 59,5 % všech vykázaných zdravotnických výkonů provedli NLZP v posádkách RZP. (Asociace ZZS ČR, 2012)

3 NOVINKY V LEGISLATIVĚ VE VZTAHU K ZZS

V předkládané bakalářské práci si mimo jiné kladu za úkol představit ty nejzásadnější změny v legislativě, které přinesly roky 2011 a 2012, právě ve vztahu k poskytování zdravotních služeb Zdravotnickou záchrannou službou. Tyto legislativní změny se ve velké míře dotýkají také nelékařských zdravotnických pracovníků. Uvádí výjezdové skupiny RZP jako zcela plnohodnotný legitimní prostředek v systému poskytování přednemocniční neodkladné péče. Dávají přímou legislativní oporu výkonům prováděným NLZP samostatně bez odborného dohledu a bez indikace lékaře. Také vzhledem k úhradám poskytnutých zdravotních služeb umožňuje NLZP vykazovat provedenou zdravotní péči s následnou úhradou výkonů z veřejného zdravotního pojištění. Mezi důležitá ustanovení zakotvená v právním systému lze zařadit také nová oprávnění pracovníků ZZS a další normy jimž se budu podrobněji věnovat.

3.1 Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Tuto vyhlášku vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR dne 1. března 2011 pod číslem 55/2011 Sb. a stanovuje podle § 90 odstavce 2 písmene e) zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních činnosti, ke kterým jsou zdravotničtí pracovníci oprávnění. (Sbírka zákonů, 2011)

Z pohledu přednemocniční neodkladné péče a zejména zdravotnických pracovníků poskytujících zdravotní služby bez odborného dohledu je důležité zmínit dvě kategorie NLZP, kteří však z pohledu kompetencí vykonávají totožné činnosti.

Zdravotnickým pracovníkem způsobilým pro výkon práce v ZZS bez odborného dohledu v souladu se zákonem č. 96/2004 Sb. je zdravotnický záchranář, který získal odbornou způsobilost absolvováním bakalářského studijního oboru pro přípravu zdravotnických záchranářů, nebo studiem v oboru diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšších

zdravotnických školách, anebo studiem střední zdravotnické školy v oboru zdravotnický záchranář před rokem 1998. (Brůha, D., Prošková, E., 2011)

Odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického záchranáře má také zdravotnický pracovník, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecná sestra a specializovanou způsobilost v oboru sestra pro intenzivní péči a byl členem výjezdové skupiny ZZS nejméně v rozsahu alespoň poloviny týdenní pracovní doby po dobu 5 let. (Brůha, D., Prošková, E., 2011)

Tato novelizace vydaná zákonem č. 105/2011 Sb. dne 25. března 2011, reflektovala na skutečnost, že velká většina NLZP pracujících na ZZS byly zdravotničtí pracovníci právě se zmíněnou specializovanou způsobilostí, tedy sestry pro intenzivní péči s mnohaletou praxí v oboru.

Vyhláška č. 55/2011 Sb. na tuto skutečnost v souladu se zákonem č. 105/2011 Sb. reagovala v § 55 odstavci 2. Sestra pro intenzivní v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby, poskytuje specifickou ošetrovatelskou péči a neodkladnou diagnosticko-léčebnou péči podle §17. (Sbírka zákonů, 2011)

V praxi to znamená, že sestra pro intenzivní péči pracující na ZZS, má stanovený stejný rozsah činností jako zdravotnický záchranář.

V souladu s vyhláškou č. 55/2011 Sb. vykonává bez odborného dohledu a bez indikace lékaře podle § 17 následující činnosti. Může:

- a) monitorovat a hodnotit vitální funkce včetně snímání elektrokardiografického záznamu, průběžného sledování a hodnocení poruch rytmu, vyšetření a monitorování pulzním oxymetrem,
- b) zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci s použitím ručních křísicích vaků, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu,

- c) zajišťovat periferní žilní vstup, aplikovat krystaloidní roztoky a provádět nitrožilní aplikaci roztoků glukózy u pacienta s ověřenou hypoglykemií,
- d) provádět orientační laboratorní vyšetření určená pro urgentní medicínu a orientačně je posuzovat,
- e) 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,
- f) provádět první ošetření ran, včetně zástavy krvácení,
- g) zajišťovat nebo provádět bezpečné vyproštění, polohování, imobilizaci, transport pacientů a zajišťovat bezpečnost pacientů během transportu,
- h) vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při řešení následků hromadných neštěstí v rámci integrovaného záchranného systému,
- i) zajišťovat v případě potřeby péči o tělo zemřelého,
- j) přejímat, kontrolovat a ukládat léčivé přípravky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,
- k) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu,
- m) provádět neodkladné výkony v rámci probíhajícího porodu,
- n) 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,
- o) provádět telefonní instruktáž k poskytování první pomoci a poskytovat další potřebné rady za použití vhodného psychologického přístupu.

Další činnosti může provádět bez odborného dohledu, na základě indikace lékaře. Může:

- a) zajišťovat dýchací cesty dostupnými pomůckami, zavádět a udržovat inhalační kyslíkovou terapii, zajišťovat přístrojovou ventilaci s parametry určenými lékařem, pečovat o dýchací cesty pacientů i při umělé plicní ventilaci,
- b) podávat léčivé přípravky, včetně krevních derivátů,
- c) asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků a ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji,
- d) provádět katetrizaci močového měchýře dospělých a dívek nad 10 let,

- e) odebírat biologický materiál na vyšetření,
- f) asistovat při porodu a provádět první ošetření novorozence,
- g) zajišťovat intraoseální vstup.

(Sbírka zákonů, 2011)

Z uvedeného výčtu zjevně vyplývá, že rozsah kompetencí přisouzený NLZP při činnosti v ZZS je velice široký a spektrum odráží činnosti, jež zdravotnický pracovník při poskytování PNP provádí. Přijetí vyhlášky v tomto znění znamenalo obrovský posun v kompetencích a zároveň umožnilo nasazení výjezdových skupin RZP k širšímu spektru zásahů. V praxi to například znamená, že posádka RZP může samostatně zahájit a provádět kardiopulmonální resuscitaci, včetně defibrilace. Přitom dle dřívější legislativy musela výjezdová skupina RZP nejdříve získat souhlas lékaře k zahájení resuscitace a k provedení defibrilace. Obdobná situace se týkala infuzní terapie, kdy zdravotnický záchranář mohl bez indikace zajistit periferní žilní vstup, ale k aplikaci infuzní terapie musel mít souhlas lékaře.

Dnes tedy NLZP pracující bez odborného dohledu samostatně ve výjezdové skupině RZP je oprávněn k širokému spektru výkonů a činností, což klade velký důraz na kvalitu přípravy a další vzdělávání NLZP v oboru intenzivní a urgentní medicíny a medicíny katastrof. Důležitý je také osobní a morální profil zdravotnického pracovníka, velice se zvýšila zodpovědnost a trestně právní odpovědnost v případě pochybení.

3.2 Zákon o zdravotních službách

V letech 2011 a 2012 bylo přijato hned několik zákonných norem vztahujících se k poskytování zdravotnické záchranné služby. Po čtyřiceti pěti letech byl nahrazen zákon o péči o zdraví lidu z roku 1966. Dne 6. listopadu 2011 se Parlament ČR usnesl na zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. Účinnost tohoto zákona byla od 1. 4. 2012. Z hlediska poskytování přednemocniční neodkladné péče je důležité zmínit, že zdravotnická záchranná služba je zařazena mezi zdravotní služby podle § 2 odstavce 2 písmene d). (Sbírka zákonů, 2011)

V praxi to znamená, že tuto službu nemůžou poskytovat například hasiči, jak je tomu v některých sousedních zemích, například Spolkové republice Německo.

Zákon o zdravotních službách upravuje další náležitosti ve vztahu ke zdravotním službám, například oprávnění k poskytování zdravotních služeb, postavení pacienta a postavení zdravotnických pracovníků v systému zdravotních služeb a mnoho dalších norem. Avšak z hlediska předkládané bakalářské práce nemají zásadní význam.

3.3 Zákon o zdravotnické záchranné službě

Rovněž tak s účinností od 1. 4. 2012 vstoupil v platnost zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě. Jelikož se jedná o zásadní právní normu, přímo ovlivňující práci záchranářů, budu se jí věnovat podrobněji i s příslušnými komentáři.

Zákon v obecné formě upravuje podmínky poskytování zdravotnické záchranné služby, práva a povinnosti poskytovatele ZZS. Nově stanovuje povinnosti poskytovatelů akutní lůžkové péče, tedy nemocnic. Mimo jiné zákon také definuje podmínky zajištění připravenosti ZZS na řešení mimořádných událostí a krizových situací. (Sbírka zákonů, 2011)

V § 2, zákon říká, že zdravotnická záchranná služba je zdravotní službou, v jejímž rámci je na základě tísňové výzvy, poskytována zejména přednemocniční neodkladná péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života. (Sbírka zákonů, 2011)

Zákon také definuje případy, kterých zdravotnická záchranná služba zasahuje. V § 3, uvádí závažné postižení zdraví, jako náhle vzniklé onemocnění, úraz nebo jiné zhoršení zdravotního stavu, které působí prohlubování chorobných změn, jež mohou vést

bez neprodleného poskytnutí zdravotnické záchranné služby ke vzniku dlouhodobých nebo trvalých následků, případně až k náhlé smrti, nebo náhle vzniklá intenzivní bolest nebo náhle vzniklé změny chování a jednání postiženého ohrožující zdraví nebo život jeho samého nebo jiných osob. ZZS také zasahuje u postižených s přímým ohrožením života při náhle vzniklém onemocnění, úrazu nebo jiném zhoršení zdravotního stavu, které vede nebo bez neprodleného poskytnutí zdravotnické záchranné služby by mohlo vést k náhlému selhání některé ze základních životních funkcí lidského organismu. (Sbírka zákonů, 2011)

Jakkoliv vypadá toto ustanovení převratně, je značně obtížně aplikovatelné do praxe. Pro ilustraci mohu uvést fakt, že operátoři tísňové linky na zdravotnickém operačním středisku jsou sestry pro intenzivní péči, anebo zdravotničtí záchranáři, kteří musí takzvaně vytěžít volajícího a vyhodnotit stav postiženého během velice krátké doby, ideálně během minuty nebo dvou a okamžitě rozhodnout o vyslání výjezdové skupiny. Nejen, že je to mnohdy nemožné, ale uvedenými příznaky se může projevovat téměř kterékoli onemocnění. Proto mnohdy dochází k neadekvátním výjezdům vozidel ZZS. Jak můžou operátoři tuši, zda stav postiženého v budoucnu nevyvolá zhoršení zdravotního stavu, anebo dokonce trvalé následky? Často se také setkáváme se situacemi, kdy volající z neznalosti, anebo i záměrně zneužívají služeb poskytovaných ZZS.

Zajímavou novinkou z hlediska poskytovaných zdravotních služeb, je ale v § 4 uvedené povinné poskytnutí instrukcí k zajištění první pomoci operátory tísňové linky do příjezdu výjezdové skupiny na místo události. (Sbírka zákonů, 2011)

Jde již o několik let praktikovanou telefonicky asistovanou první pomoc (TAPP), která je nyní legislativně zakotvena v zákoně. Za její nejvýznamnější část lze po právu považovat telefonicky asistovanou neodkladnou resuscitaci (TANR). Jedná se o předání instrukcí k poskytnutí první pomoci volajícímu. TAPP se provádí nejčastěji u případů náhlé obstrukce dýchacích cest, u poranění s tepenným krvácením, při překotném porodu apod. Tedy u situací, s nimiž si laický záchránce ne vždy dokáže poradit. Zkušení operátoři

vedou volajícího krok po kroku, jak nejideálněji poskytnout první pomoc před příjezdem profesionálních záchranářů.

Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace je pak instruována a prováděna u postižených v bezvědomí a při bezdeší, kdy je vysoká pravděpodobnost náhlé zástavy oběhu a pouze kvalitní laická resuscitace dává postiženému reálnou šanci na přežití.

V § 5, uvádí zákon dostupnost ZZS, která je nově stanovena v době do 20 -ti minut. Takzvané pokrytí území ČR výjezdovými základnami je dáno plánem pokrytí. (Sbírka zákonů, 2011)

K ustanovení tohoto paragrafu bych však rád podotknul, že se jedná o tzv. nedostupný terén, z hlediska dosažitelnosti po pozemní komunikaci. Například vysokohorské oblasti, méně osídlené příhraniční oblasti, bývalé vojenské újezdy apod. Zde je však možnost operativního nasazení vrtulníku letecké záchranné služby.

§ 6, odstavec 1) zákona o ZZS stanovuje zcela nově součinnost poskytovatelů akutní lůžkové péče při poskytování zdravotnické záchranné služby. Poskytovatelé akutní lůžkové péče jsou v souladu s tímto ustanovením povinni do 1. 4. 2013 zřídit tzv. kontaktní místa pro trvalou spolupráci se ZZS. Jsou také povinni nepřetržitě předávat informace o počtu volných akutních lůžek pro příjem pacientů z terénu. (Sbírka zákonů, 2011)

Toto legislativní opatření prozatím nelze objektivně zhodnotit, protože uplynula velice krátká doba od data účinnosti této části zákona.

Totéž se týká dalších ustanovení v § 6, například odstavec 2) uvádí, že poskytovatel akutní lůžkové péče je povinen převzít do své péče, pokud jeho kontaktním místem byla možnost přijmout pacienta potvrzena, také je zde zakotvena povinnost přijmout pacienta do své péče vždy, je-li pacient v přímém ohrožení života. (Sbírka zákonů, 2011)

Jak bude toto ustanovení zákona dodržováno v praxi, ukáže až delší časové období, kdy bude možnost provést vyhodnocení. Nicméně již krátká doba účinnosti tohoto zákona ukazuje na jeho nedodržování a problémy. V rozhovoru pro MF Dnes na ně upozorňoval například ředitel ZZS HMP, MUDr. Schwarz. (Schwarz, Z., 2013)

Zákon dále stanovuje náležitosti traumatologických plánů ZZS, definuje poskytovatele a organizaci zařízení ZZS. Důležitými složkami tak jsou, ředitelství, zdravotnické operační středisko, výjezdové základny a výjezdové skupiny. Zde bych také zdůraznil § 9 odstavec 2), který nově zřizuje v rámci ZZS pracoviště krizové připravenosti a vzdělávací a výcvikové středisko. (Sbírka zákonů, 2011)

Ředitelství je centrálním řídicím a koordinačním pracovištěm pro poskytování ZZS. Zdravotnické operační středisko je centrálním pracovištěm, které zabezpečuje příjem a vyhodnocení tísňových výzev, vydává pokyny výjezdovým skupinám, řídí a koordinuje jejich činnost, poskytuje instrukce k zajištění první pomoci. Také zajišťuje komunikaci mezi ZZS a poskytovateli akutní lůžkové péče. (Sbírka zákonů, 2011)

Dále jsou v zákoně o ZZS v § 13, definovány výjezdové skupiny. Zde zaznamenáváme změny v oblasti složení výjezdových skupin. Definována je skupina rychlé lékařské pomoci a skupina rychlé zdravotnické pomoci. Zatímco dříve byla výjezdová skupina rychlé lékařské pomoci tvořena třemi zdravotnickými pracovníky, dnes v návaznosti na zřizování setkávacího systému hovoří zákon o výjezdové skupině RLP jako o možné dvoučlenné skupině, tvořené lékařem a NLZP. Dále zákon stanovuje, že jednotlivé výjezdové skupiny mohou pracovat samostatně, anebo též v rámci setkávacího systému. Toto opatření právě lze praktikovat v tomto systému, kdy lékaře doprovází v malém osobním voze NLZP s odbornou způsobilostí. (Sbírka zákonů, 2011)

Významné je nové ustanovení v § 18, které dává oprávnění členům výjezdových skupin vstupovat za účelem poskytnutí přednemocniční neodkladné péče do cizích objektů

a na cizí pozemky, pokud se tam dle dostupných informací nachází osoba, které má být poskytnuta PNP. (Sbírka zákonů, 2011)

Zákon se ještě zabývá názvem a označením budov, dopravních prostředků a pracovních oděvů zaměstnanců ZZS. Obecně zmiňuje zajištění letecké záchranné služby, financování ZZS a její krizové připravenosti a působnosti Ministerstva zdravotnictví a krajů. Uvádí též správní delikty proti tomuto zákonu a další činnosti poskytovatele ZZS.

Jelikož mnohá ustanovení částí zákona o zdravotnické záchranné službě, nabyla své účinnosti až od 1. 4. 2013, budou se skutečnosti ovlivňované tímto zákonem postupně vyvíjet a jejich naplňování bude otázkou budoucnosti.

3.4 Prováděcí vyhláška k zákonu o ZZS

Rok po uvedení zákona o ZZS do praxe spatřila světlo světa vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 240/2012 Sb. ze dne 26. června 2012, kterou se provádí zákon o ZZS. Zde bych se pozastavil u ustanovení, která se přímo dotýkají práce NLZP v systému přednemocniční neodkladné péče.

V § 2 odstavci 1) této vyhlášky, jsou stanoveny stupně naléhavosti pro tísňová volání, na základě kterých pak operátoři zdravotnického operačního střediska organizují činnosti jednotlivých výjezdových skupin.

- a) prvním stupněm se klasifikují události, kdy došlo u postiženého k selhání nebo bezprostředně hrozí selhání základních životních funkcí, anebo se jedná o událost s hromadným postižením osob,
- b) druhým stupněm se klasifikují události, kdy u postiženého pravděpodobně hrozí selhání základních životních funkcí,

- c) třetím stupněm se klasifikují události, kdy nehrozí selhání základních životních funkcí, ale stav postiženého vyžaduje poskytnutí zdravotnické záchranné služby,
- d) čtvrtý stupeň zahrnuje případy, které nejsou klasifikovány pod body a) až c), ale kdy operátor rozhodnul o vyslání výjezdové skupiny.

Z hlediska operačního řízení je nutné zmínit i odstavec 2), který nařizuje operátorům vysílat výjezdové skupiny na místo událostí vždy podle závažnosti tísňového volání, tedy podle stupně naléhavosti.

V případě prvního stupně naléhavosti je na místo přednostně vyslána, nebo přesměrována nejbližší dostupná výjezdová skupina; je-li touto skupinou výjezdová skupina RZP, je na místo události současně vyslána, nebo přesměrována skupina RLP. (Sbírka zákonů, 2012)

Z hlediska tématu práce se jedná o jeden ze zásadních momentů a to proto, že nově se skupiny tvořené NLZP primárně setkávají při své práci s postiženými, kterým selhaly základní životní funkce, anebo jimž bezprostředně hrozí selhání základních životních funkcí. Praxe tedy přináší situace, kdy NLZP zahajují kardiopulmonální resuscitaci, primárně zajišťují pacienty s akutním infarktem myokardu, s cévní mozkovou příhodou, setkávají se s postiženými v bezvědomí, s vážně zraněnými pacienty a dalšími život ohrožujícími stavy. Jak však bylo popsáno výše, z hlediska legislativy jsou posádky NLZP kompetentní k činnostem, které je třeba provést v těchto situacích.

V prováděcí vyhlášce je dále definována problematika operačního řízení letecké záchranné služby, obsah organizačně provozního řádu zdravotnického operačního střediska, komunikační řád ZZS a detailně jsou popsány činnosti při mimořádných událostech s hromadným postižením osob. Přestože se jedná o velice důležitou problematiku, nezmiňují ji nikterak podrobně, protože nespadá do tématu práce.

3.5 Vyhláška o personálním zabezpečení zdravotních služeb

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb ze dne 22. března 2012, nabyla účinnosti od 1. 4. 2012.

Personální zabezpečení zdravotnické záchranné služby je uvedeno v příloze č. 6.

Uvádí se, že pozemní skupinu RLP tvoří urgentní lékař, zdravotnický záchranář, nebo sestra pro intenzivní péči, nebo všeobecná sestra. Všichni NLZP způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu a jako řidič, buď řidič vozidla ZZS, anebo zdravotnický záchranář. Posádka je standardně tvořena třemi zdravotnickými pracovníky.

Pokud výjezdová skupina vykonává činnost v rámci setkávacího systému rendez-vous, jsou požadavky následující: urgentní lékař a řidič vozidla ZZS nebo zdravotnický záchranář, tedy posádka dvoučlenná.

Posádku RZP tvoří dva NLZP a to: zdravotnický záchranář, nebo sestra pro intenzivní péči, oba způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu a jako řidič, buď řidič vozidla ZZS, nebo zdravotnický záchranář. (Sbírka zákonů, 2012)

3.6 Vyhláška o požadavcích na vybavení poskytovatele ZZS

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 296/2012 Sb. ze dne 3. září 2012 o požadavcích na vybavení poskytovatele zdravotnické záchranné služby a o požadavcích na dopravní prostředky. Vyhláška se také dotýká dopravních zdravotních služeb, avšak vybavení vozidel pro poskytování ZZS je v příloze č. II.

Vozidlo rychlé lékařské pomoci musí být vybaveno:

nosítka s podvozkem a zádržným systémem pro děti i pro dospělé, vakuovou matrací, transportní plachtou, příkryvkami a lůžkovinami, termoizolační fólií, fólií pro zemřelé, přenosným defibrilátorem a monitorem s 12-ti svodovým EKG a stimulátorem srdečního rytmu, ručním dýchacím přístrojem s příslušenstvím pro novorozence, děti a dospělé s možností připojení medicínálního kyslíku, přenosným přístrojem pro plicní ventilaci, dvěma tlakovými láhvemi s obsahem 10 l a 2 l s příslušenstvím k inhalačnímu podávání kyslíku, sadou pomůcek pro zajištění dýchacích cest – laryngoskop s různými velikostmi lžic, endotracheální kanyly, Magillovy kleště, zavaděč do kanyly, supraglotické pomůcky, soupravou pro koniotomii, pomůckami pro zvlhčování dýchacích cest a pro aplikaci léčiv, PEEP ventilem, přenosnou bateriovou odsávačkou, zařízením na ohřev infuzí, vybavením pro podávání injekcí a infuzí, včetně kanyl, vybavením pro podání infuze přetlakem, infuzní pumpou a injekčním dávkovačem, pomůckami pro intraoseální vstup, soupravou pro hrudní punkci, pro punkci perikardu, kapnometrem, tonometrem s různými velikostmi manžet, pulsním oxymetrem, stetoskopem, glukometrem, vybavením k měření tělesné teploty, pohotovostní porodní soupravou, odběrovou zkumavkou pro odběr hemokultury, pomůckami k znehybnění krční páteře, pomůckami pro imobilizaci, materiálem pro ošetření ran a popálenin, diagnostickým světlem, nádobou na moč, sáčky na zvratky, kontejnerem na zdravotnický odpad, odpadkovým košem, rukavicemi sterilními a jednorázovými, spinální vestou, scoop rámem, bezpečnostními přilbami, bezpečnostními rukavicemi, osobním ochrannými prostředky proti infekci, náhlavní osvětlovací soupravou, přenosným

reflektorem, nůžkami na oděv, desinfekčními prostředky, radiostanicí, výstražnými světly a zvukovými znameními.

Karoserie musí být žluté barvy a na bocích vozidla musí být retroreflexní značení v podobě střídajících se obdélníků zelené a žluté barvy. Dále musí být vozidlo označeno nápisem „Zdravotnická záchranná služba“. (Sbírka zákonů, 2012)

Obdobně je vybaveno a označeno vozidlo RLP v setkávacím systému s výjimkou transportních prostředků. V praxi to znamená, že lékař má k dispozici v malém osobním voze stejné přístrojové, lékové i materiální vybavení jako ve velkém sanitním voze.

Vozidlo rychlé zdravotnické pomoci, v podstatě vybavením kopíruje vozidlo lékařské, s výjimkou soupravy pro punkci hrudníku a perikardu, což jsou lékařské výkony. Z hlediska vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků mají NLZP pro poskytování přednemocniční neodkladné péče k dispozici stejné vybavení jako lékař. Což plně koresponduje s dalšími v práci uvedenými skutečnostmi.

Z uvedeného výčtu také jednoznačně vyplývá, že sanitní vozidla zdravotnické záchranné služby již dnes představují komplexně vybavené samostatné jednotky na velmi vysoké úrovni, které odpovídají svým vybavením jednotkám intenzivní a resuscitační péče v lůžkových zdravotnických zařízeních.

3.7 Novela zákona o ZZS

Jako poslední legislativní novinku bych uvedl změnu zákona o ZZS a změnu zákoníku práce, která vyšla zákonem č. 385/2012 Sb. dne 24. října 2012 a vstoupila v platnost dne 1. 1. 2013.

Tato změna zavádí sociální výhodu pro zdravotnické pracovníky v ZZS, tzv. odchodné. Zdravotnickému pracovníkovi, který vykonával činnosti v ZZS po dobu 15 let a dosáhl alespoň 50 -ti let věku náleží odchodné. To je vypočítáno v závislosti na délce trvání pracovního poměru a určuje se v souvztažnosti k průměrné mzdě zdravotnického pracovníky. Dalším sociálním zvýhodněním je týden dodatekové dovolené pro zdravotnické pracovníky v ZZS c úvazkem vyšším jak 0,5 stanovené týdenní pracovní doby. Nově tak zdravotničtí pracovníci mají nárok čerpat celkem 6 týdnů dovolené. (Sbírka zákonů, 2012)

4 ZMĚNY VE VZTAHU K POSKYTOVÁNÍ PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČE NELÉKAŘSKÝMI ZDRAVOTNICKÝMI PRACOVNÍKY

Jak jsem přiblížil v předkládané práci, výrazné změny a vývoj poskytování PNP se odehrály zejména v letech 2011 a 2012. Přestože první reformní změny přinesla již vyhláška č. 434/1992 Sb., další důležitou změnu přinesl až zákon o NLZP č. 96/2004 Sb. a vyhláška č. 424/2004 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků. Nicméně z hlediska poskytování PNP nebylo toto období nijak převratné. Napříč republikou u všech ZZS vznikají posádky typu RZP, které však samostatně nemohou řešit příliš velké spektrum stavů a proto jsou využívány zejména k zajištění transportu pacientů po ošetření lékařem RLP, anebo praktickým lékařem v terénní péči, popřípadě LSPP. Dalším polem působnosti NLZP v ZZS jsou zajištěné transporty pacientů mezi nemocnicemi a při specializovaných vyšetřeních, anebo samostatná výjezdová činnost, která je však významně omezena kompetencemi a činnostmi k nimž jsou NLZP legislativně oprávněni.

Jelikož tato situace neodpovídala ani potřebám společnosti, ani samotných zdravotnických záchranných služeb, vyústila situace v řadu jednání na úrovni ředitelů ZZS, Asociace ZZS ČR, Ministerstva zdravotnictví, profesních organizací, zejména pak Komory záchranářů ZZS ČR a dalších zainteresovaných subjektů, například zástupců zdravotních pojišťoven. Výsledkem pak bylo přijetí celé řady legislativních norem v letech 2011 a 2012. Nejzásadnější je zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě. Doplnily je pak vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků, vyhláška č. 99/2011 Sb. o personálním zajištění zdravotních služeb, dále vyhláška č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o ZZS a neposlední řadě pak vyhláška č. 296/2012 Sb. o požadavcích na vybavení poskytovatele ZZS. Novelizaci zákona o ZZS a sociální výhody zdravotnickým pracovníkům v ZZS přinesl zákon č. 385/2012 Sb. s účinností od 1. ledna 2013.

Na základě přijatých legislativních opatření a vývoji v systému ZZS v poslední době, se jeví jako nejvýhodnější varianta poskytování přednemocniční neodkladné péče v setkávacím systému rendez-vous.

Tento systém plně reflektuje na postupné snižování počtu lékařů v systému ZZS a zvyšování počtu posádek RZP s navyšováním kompetencí NLZP. Dalším významným faktorem je skutečnost, že od 1. ledna 2014 skončí legislativní výjimka pro lékaře o přesčasové práci. Na tuto skutečnost již dnes upozorňuje řada ředitelů ZZS. Lékaři tak budou moci od příštího roku odsloužit pouze 416 hodin přesčasové práce. Při aktuálním nedostatku počtu plně kvalifikovaných lékařů pro práci v ZZS se tento systém jeví jako nejoptimálnější řešení.

4.1 Spolupráce nelékařských posádek s lékařem v setkávacím systému

V žádném případě však přijetí těchto legislativních norem neznamená vymizení lékařů a jejich působení ze systému PNP. Naopak umožňuje efektivnější využití posádek s lékařem provozováním setkávacího systému. V praxi přijíždí na místo události výjezdová skupina RZP, ve velkém sanitním voze, která provede základní vyšetření pacienta, provede prvotní ošetření, radiofonicky informuje lékaře RLP, který přijíždí na místo v malém speciálním sanitním voze. Do příjezdu lékaře provede výjezdová skupina RZP další nezbytné úkony, zajištění periferního žilního vstupu, aplikuje infuzi krystaloidních roztoků, zahájí inhalační kyslíkovou terapii, provede ošetření poranění a další nezbytné úkony v souladu s vyhláškou o činnostech. Lékař, který se dostaví na místo události v následujících minutách, provede lékařské vyšetření postiženého, zahájí farmakologickou terapii, provede další výkony nezbytné ke stabilizaci postiženého a po vyplnění zdravotnické dokumentace, předává pacienta do péče posádky NLZP, která jej transportuje do vhodného zdravotnického zařízení. Lékař v malém osobním voze se uvolňuje a je k dispozici pro spolupráci s dalšími výjezdovými skupinami RZP. V praxi je prokázáno, že takto může lékař spolupracovat s třemi až čtyřmi posádkami RZP v určité oblasti.

Další variantou je doprovod pacienta do nemocnice. Pokud je onemocnění, anebo poranění pacienta natolik závažné, že je nutná trvalá přítomnost lékaře, přestoupí lékař z malého vozu do velké sanitky a doprovází pacienta do zdravotnického zařízení za pokračující intenzivní anebo resuscitační péče.

Oba nastíněné modely fungování setkávacího systému vedou k udržení kvality poskytované zdravotní péče. V případě nutnosti je vždy zajištěna přítomnost lékaře, avšak v situaci, kdy není nutné, aby lékař doprovázel pacienta do lůžkového zdravotnického zařízení, je možné jej využít pro jiný zásah. Tato varianta přináší možnosti flexibility systému a ekonomické stabilizace. Částečně také může řešit nedostatek lékařů v systému PNP.

4.2 Samostatné výjezdy nelékařských posádek

V mnohých případech však posádka RZP může zasahovat samostatně. Jak bylo již uvedeno počet nelékařských výjezdů, jak vyplývá ze statistických údajů Asociace ZZS za rok 2012 činí přes 60 %. Dokonce Zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy uvádí 80 % výjezdů realizovaných pouze posádkou RZP. (Asociace ZZS ČR, 2012)

V této souvislosti je nutné uvést, že i z odborného medicínského hlediska není nezbytné, aby ke spoustě případů vyjížděla skupina s lékařem. NLZP mají dnes z hlediska kompetencí daných legislativou široké pole působnosti, které umožňuje zasahovat zcela samostatně. Z hlediska legislativy navíc dnes lékař musí zasahovat pouze u pacientů se selhávajícími, nebo již selhanými základními životními funkcemi, jak uvádí vyhláška č. 240/2012 Sb. V praxi se též osvědčuje model, kdy NLZP ve výjezdové skupině RZP má možnost prostřednictvím konferenčního hovoru, přes nahrávanou linku zkontaktovat zdravotní stav s lékařem a zpřesnit diagnózu postiženého. Na základě indikace lékaře, může také aplikovat léčivé přípravky v souladu s vyhláškou o činnostech zdravotnických pracovníků. V praxi tak například není nutné, aby k postiženému s úrazem vyjížděl lékař.

Výjezdová skupina RZP provede samostatně základní vyšetření, ošetření úrazu a opatření vedoucí ke stabilizaci stavu postiženého, fixaci a imobilizaci, zajistí periferní žilní vstup, aplikuje krystaloidní infuzi. To vše bez odborného dohledu a bez indikace lékaře. Při vyhodnocení akutní bolesti způsobené úrazem zkontaktuje NLZP stav s lékařem a následně aplikuje analgetika v dávce a způsobu podání dle ordinace lékaře. Transport a předání do péče poskytovatele akutní lůžkové péče provádí skupina RZP standardně, včetně provedení zápisu do zdravotnické dokumentace dle předepsaných parametrů, které jsou dnes pevně stanoveny ve vyhlášce o zdravotnické dokumentaci.

Se zlepšujícím se vybavením vozidel ZZS je dnes již prakticky celá ČR vybavena přístroji EKG, které umožňují datový přenos EKG záznamu do specializovaných kardiologických center. V praxi tak může i NLZP u pacienta se stenokardiemi natočit 12 -ti svodový záznam EKG a pomocí datového satelitního přenosu jej odeslat na příslušné kardiologické pracoviště. Následně při konferenčním nahrávaném hovoru přímo s lékařem kardiologem, zkontaktuje diagnostiku dle EKG, doplní informace o klinickém stavu pacienta. Lékař má tak k dispozici kompletní informace, na jejichž základě se může rozhodnout o nejvhodnějším způsobu terapie a směřování do definitivní péče. Zdržení, které v praxi znamená asi 5 minut, je nesrovnatelné oproti například hodině, či dvěma, pokud by byl pacient transportován na nevhodné pracoviště bez možnosti kardiologické intervence. Také toto opatření se významně podílí na úspěšné diagnostice a léčbě akutního infarktu myokardu, které ČR řadí mezi světové špičky.

Velkou a nezanedbatelnou výhodou při poskytování zdravotní péče výjezdovými skupinami RZP je i fakt, že na základě jednání se zdravotními pojišťovnami, mohou v dnešní době NLZP v ZZS vykazovat výkony poskytnuté zdravotní péče, ale také zvlášť účtovatelný materiál (ZUM), například fixační krční límec, anebo zvlášť účtované léčivé přípravky (ZULP), které podali na základě ordinace lékaře.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 467/2012 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami s účinností od 1. 1. 2013 uvádí, že kódem 06713, lze vykazovat „přednemocniční neodkladnou péči, sledování eventuálně transport pacienta

zdravotnickým záchranářem nebo všeobecnou sestrou se specializací v ARIP á 15 min.“ Čas výkonu je 15 minut, bodová hodnota 194 bodů. S tímto výkonem lze také vykazovat další položky ZUM a ZULP. (Sbírka zákonů, 2012)

Na rozdíl od NLZP pracujících v jiných oborech poskytování zdravotních služeb, lze na ZZS přímo vyjádřit hodnotu práce nelékařských zdravotnických pracovníků. Výjezdové skupiny RZP s NLZP se tak stávají důležitou součástí v systému poskytování přednemocniční neodkladné péče a z faktů předložených v této práci lze dovodit, že budou v budoucnu nabývat na významu a bude se zvyšovat jejich počet.

Otázkou pro následující období zůstává, jak je společnost, ale i sami lékaři a ostatní zdravotničtí pracovníci v lůžkových zdravotnických zařízeních připraveni na tento fakt? Jsou připraveni nelékařští zdravotničtí pracovníci působící v ZZS? Jak vnímají svoje postavení? Je vzdělání NLZP dostatečné pro poskytování těchto služeb? Na tyto otázky bych rád našel odpověď v praktické části práce.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ A ANALÝZA DAT

V teoretické části práce jsem představil významné aktuální změny v systému poskytování přednemocniční neodkladné péče. V praktické části bych rád získal názory zainteresovaných pracovníků ZZS, tedy lékařů, zdravotnických záchranářů, všeobecných sester a řidičů ZZS na tyto změny, přímo se dotýkající výkonu práce NLZP v ZZS.

5.1 Cíle výzkumného šetření

Abych měl možnost analyzovat názory jednotlivých kategorií zdravotnických pracovníků ve vztahu k definované problematice, stanovil jsem si několik dílčích cílů. Snažil jsem se o stanovení konkrétních cílů, které přinesou validní a reliabilní informace o jednotlivých názorech na danou problematiku.

- 1) Zjistit, zda je vnímána dnešní úroveň vzdělání zdravotnických záchranářů a všeobecných sester se specializací, pracujících na ZZS, po absolvování studia jako dostatečná.
- 2) Zjistit, zda jsou teoretické znalosti po absolvování základního studia zdravotnických záchranářů a všeobecných sester dostatečné pro práci v ZZS.
- 3) Zjistit, zda zdravotnický záchranář a všeobecná sestra mají po absolvování studia dostatečné praktické dovednosti a jsou připraveni poskytovat adekvátní zdravotní péči v RZP.
- 4) Zmapovat, jaký je současný pohled na kompetence NLZP ve výjezdových skupinách RZP.
- 5) Zhodnotit jak nově vznikající systém poskytování přednemocniční neodkladné péče vnímají samotní NLZP a lékaři pracující v ZZS.

5.2 Charakteristika respondentů

Respondenti byli zdravotničtí pracovníci, zaměstnanci Zdravotnické záchranné služby Jihomoravského kraje, příspěvkové organizace, Územní oddělení Brno. Byli zvoleni jako reprezentativní vzorek mezi zaměstnanci ZZS v ČR. Největší skupinu mezi respondenty tvořili nelékařští zdravotničtí pracovníci, především všeobecné sestry pro intenzivní péči, dále pak zdravotničtí záchranáři a řidiči vozidel ZZS. Výzkumného šetření se také zúčastnilo několik lékařů pracujících v ZZS JmK. Celkem bylo rozesláno 105 dotazníků. To z toho důvodu, že počet zaměstnanců v ÚO Brno odpovídá tomuto počtu, bez zaměstnanců, kteří byli v době prováděného šetření na pracovní neschopnosti.

5.3 Metody výzkumného šetření

Pro zjištění požadovaných údajů a dosažení stanovených cílů jsem jako nejvýhodnější variantu, zvolil metodu kvantitativního dotazníkového šetření. Tato metoda mi umožňuje statisticky popsat jednotlivé závislosti mezi proměnnými, například úroveň vzdělání a názorem na danou problematiku. Také lze výzkumné šetření hodnotit jako empirické, jelikož mi umožňuje využít důkazy objektivní reality. Názory respondentů jsou totiž v určité míře ovlivněny jistým stupněm reality.

5.4 Charakteristika položek výzkumného šetření

Dotazník, jehož prostřednictvím bylo realizováno výzkumné šetření mezi zdravotnickými pracovníky ÚO Brno, ZZS JmK, je anonymní. Byl sestaven z celkem 18 -ti otázek, jež lze rozdělit do charakteristických podskupin. V úvodu dotazníku se respondentům představuji a sděluji svůj záměr získat jejich názor na současné změny ve vývoji legislativy, kompetencí a výkonu práce.

První podskupinu tvoří 6 identifikačních otázek. Zaměřuji se v nich na identifikaci respondenta. Položky jsou uzavřené a týkají se pohlaví, věku, délky praxe v ZZS, dosaženého vzdělání a pracovního zařazení. Otázky budou vyhodnoceny vzhledem k názorům na konkrétní problematiku podle dosaženého vzdělání, pracovního zařazení a délky praxe.

V druhé podskupině jsou uzavřené otázky zjišťující názor na úroveň vzdělání NLZP, rozsah teoretických znalostí a praktických dovedností pro výkon práce v ZZS. Zajímavé bude zjistit, zda se názor významně liší podle úrovně dosaženého vzdělání, pracovního zařazení a délky praxe.

V dalších otázkách, které jsou zčásti uzavřené a zčásti volné, pak chci zhodnotit názor respondentů na rozsah současných kompetencí NLZP, popřípadě zjistit, zda by respondenti uvítali vyšší, či nižší kompetence a zda mají sami zájem o další vzdělávání se v oboru.

V předposlední podskupině otázek chci zmapovat, jak vnímají NLZP a lékaři, pracující v ZZS systém telefonických konzultací a zda vnímají tento systém jako vhodný pro samostatnou práci NLZP v ZZS.

V posledním okruhu otázek bych rád zjistil, zda mají jednotlivé kategorie zdravotnických pracovníků v ZZS výhrady k systému, který se v současnosti vyvíjí v PNP.

Poslední otázka je otevřená a vybízí respondenta ke sdělení svého názoru k dané problematice.

V závěru dotazníkového šetření respondentům děkuji za spolupráci a vyjádření vlastního názoru. Dotazník je přiložen v příloze této práce.

5.5 Organizace výzkumného šetření

Po stanovení cílů, ke kterým chci dospět prostřednictvím výzkumného šetření, jsem definoval okruh otázek tak, aby šetření bylo validní a výstupy bylo možno analyzovat standardními metodami kvantitativního šetření. Sestavil jsem proto okruhy otázek a dotazníkové šetření předal předem stanovenému počtu 5 -ti respondentů k předvýzkumu,

tzv. pilotáži. Předvýzkum mi umožnil prověřit dotazníkové šetření po věcné a formální stránce a ověřit jasnost a srozumitelnost otázek.

Rovněž jsem koncept dotazníkového šetření konzultoval s vedoucím práce, který mi byl nápomocen při odhalení chyb v konstrukci otázek. S jeho dopomocí jsem vyřešil problém s nepřesně formulovanými otázkami.

Před provedením výzkumného šetření jsem zajistil souhlas s provedením dotazníkového šetření u vedoucího pracovníka organizace, v níž jsem zamýšlel výzkumné šetření provádět. Po získání souhlasu, jehož kopii přikládám v příloze, jsem realizoval vlastní výzkumné šetření. Dotazník byl rozeslán na jednotlivé výjezdové základny Územního oddělení Brno ve Zdravotnické záchranné službě Jihomoravského kraje. Bylo rozesláno celkem 105 dotazníků, přičemž zpět ke zpracování se navrátilo 78 dotazníků.

5.6 Zpracování dat

Výzkumné šetření bylo realizováno v průběhu jednoho týdne, přičemž bylo rozesláno 105 očíslovaných dotazníků. Zpět se navrátilo ke zpracování 78 dotazníků, přičemž tři navracené dotazníky jsem byl nucen vyloučit ze zpracování, z důvodu nevyplnění všech požadovaných položek, čímž by došlo ke statistické chybě a poklesu reliability. Návratnost tedy byla 74,29 % a validitu je možné vyjádřit číslem 71,43 %.

Získaná data jsem analyzoval pomocí PC softwaru, v programu Microsoft Excel. Výstupem analytického zpracování dat jsou jednotné grafy, popřípadě přehledové tabulky a příslušné komentáře

V grafech a tabulkách jsou vyhodnoceny položky, které mají významný vztah k dané problematice. U každé uvedené položky je vyjádřena absolutní a relativní četnost analyzovaných dat.

Absolutní četnost hodnoty je vyjádřena číslem, které udává, kolikrát se proměnná ve zkoumaném souboru vyskytuje. Hodnota je uvedena v celých číslech.

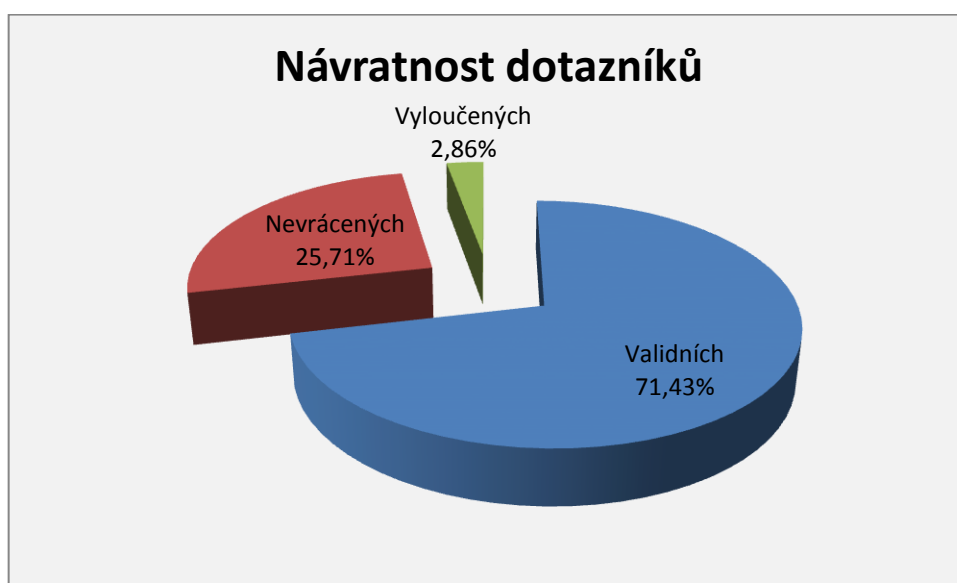
Relativní četnost hodnoty je vyjádřena číslem, které udává podíl absolutní četnosti a celkového množství ve zkoumaném souboru. Hodnota je uvedena v procentech a je zaokrouhlena na dvě desetinná čísla.

6 VÝSLEDKY A ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V této části práce prezentuji výsledky výzkumného šetření prostřednictvím grafů s příslušnými komentáři. Dále se zabývám analýzou výzkumného šetření.

6.1 Výsledky výzkumného šetření

Nejprve jsem provedl analýzu celého souboru výzkumného šetření za účelem zjištění návratnosti a validity výzkumného šetření.



Graf č. 1: Návratnost dotazníků

Tabulka č. 1: Návratnost dotazníků

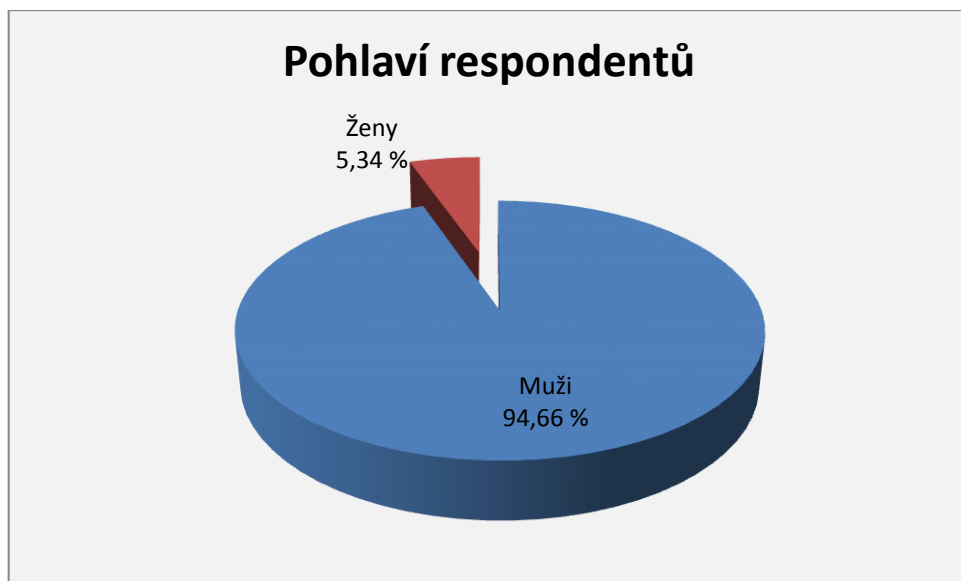
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Celkem	105	100 %
Návratnost	78	74,29 %
Nevrácených	27	25,71 %
Vyloučených	3	2,86 %
Validních	75	71,43 %

Jak jsem již uvedl, v rámci výzkumného šetření bylo rozesláno celkem 105 dotazníků. Návratnost byla 78 dotazníků, relativní počet lze vyjádřit poměrem 74,29 %. Což znamená, že nebylo vráceno 27 dotazníků, tedy 25,71 %. Další 3 dotazníky, vyjádřeno relativní četností 2,86 %, jsem byl nucen vyloučit ze zpracování, z důvodu nevyplnění všech požadovaných položek, čímž by došlo ke statistické chybě a poklesu reliability. Validních pro účely zpracování výzkumného šetření bylo 75 dotazníků, což odpovídá 71,43 %.

Jedná se podle mého názoru o velice úspěšnou návratnost a validitu, kterou si vysvětluji zajímavostí a aktuálností tématu z pohledu respondentů.

6.1.1 Pohlaví respondentů

V této položce jsem provedl analýzu výsledků identifikačních znaků respondentů. Konkrétně mě zajímalo pohlaví respondenta.



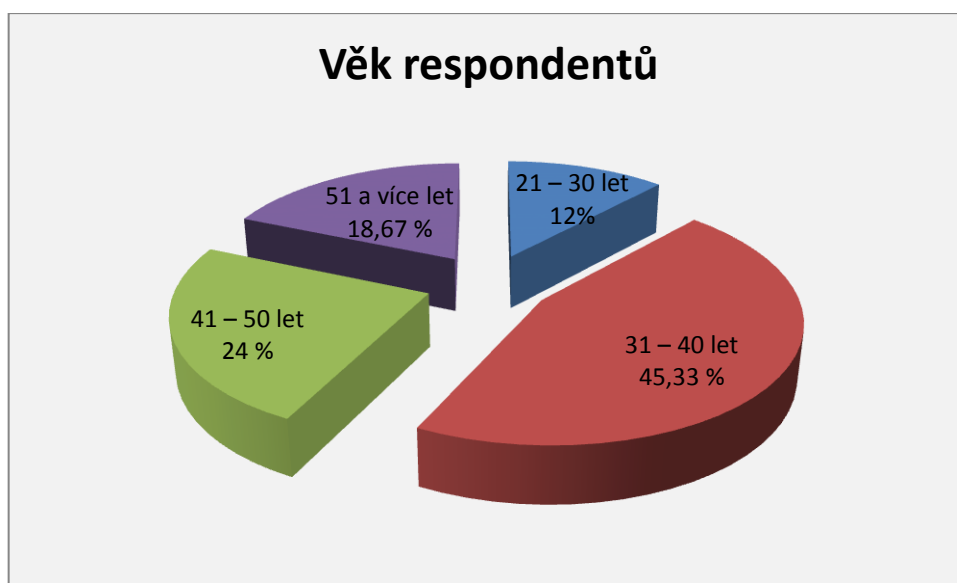
Graf č. 2: Pohlaví respondentů

Co se týče pohlaví respondentů, v 94,66 % jsou zastoupeni muži, oproti 5,34 % žen. Tato položka jednoznačně koresponduje s faktem, že na pozicích NLZP na pracovištích, kde bylo prováděno výzkumné šetření, pracují muži. Uvedené procentuální zastoupení žen představují výhradně lékařky ZZS.

6.1.2 Věk respondentů

Také v této položce jsem se věnoval analýze výsledků identifikačních znaků respondentů.

V této položce to byl věk respondentů.

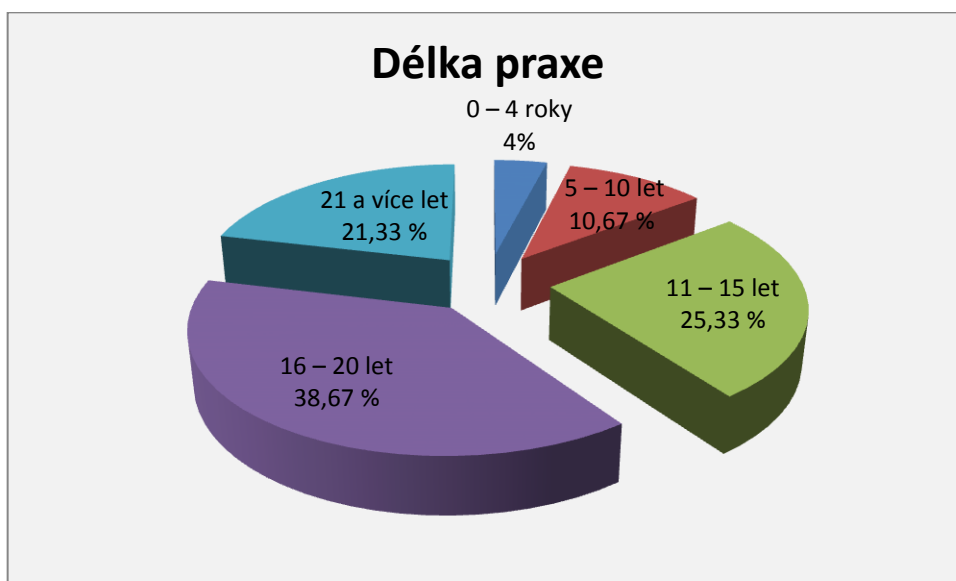


Graf č. 3: Věk respondentů

V položce věk respondentů je nejvíce zastoupena věková kategorie 31 – 40 let a to v 45,33 %. Poměrně významně je také zastoupena kategorie 41 – 50 let. Tvoří ji 24 % respondentů. Věková kategorie starších 51 let je zastoupena v 18,67 %. Překvapivě menšinu tvoří mladí pracovníci ve věku 21 – 30 let, pouze 12 %. Tento jev si vysvětlují poměrně malou fluktuací NLZP a menším počtem starších NLZP, odcházejících do důchodu. Kategorie pod 21 let nemůže z legislativních a věcných důvodů být v ZZS zastoupena.

6.1.3 Délka praxe na ZZS

Tato položka z hlediska identifikačních znaků respondentů nabývá na významnosti. Lze očekávat, že s délkou praxe výkonu povolání se budou měnit i hodnotové postoje k jednotlivým položkám.

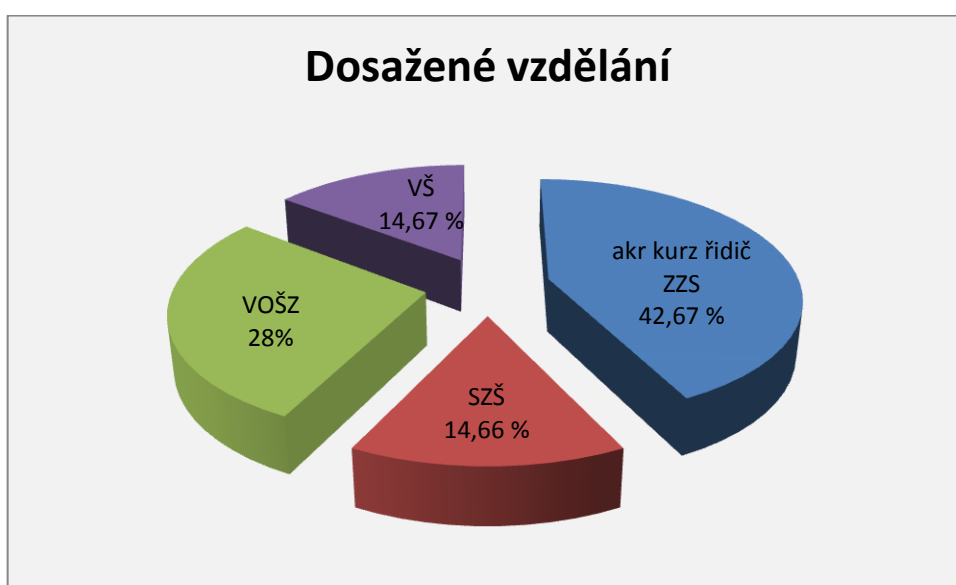


Graf č. 4: Délka praxe respondentů

Nejpočetněji jsou mezi respondenty zastoupeni zdravotničtí pracovníci s 16 – 20 lety praxe, a to v 38,67 %. Dále jsou následováni respondenty s délkou praxe 11 – 15 let v 25,33 %. Za nimi pak s délkou praxe 21 a více let v četnosti 21,33 %. Relativně málo je zastoupena kategorie respondentů s délkou praxe 5 – 10 let, kterých je 10,67 %. Nejméně jsou zastoupeni ve 4 % respondenti s délkou praxe do 4 let. Tento výsledek koresponduje s předchozí položkou věk respondentů. I když například respondent ve věku 50 let může mít pouze 3 roky praxe v ZZS.

6.1.4 Dosažené vzdělání v oboru

V této položce se zabývám dosaženým vzděláním v oboru. Vzhledem k faktu, že počet vysokoškolsky vzdělaných NLZP se neustále zvyšuje lze předpokládat, že počet těchto respondentů bude vyšší než počet lékařů. V souvztažnosti s tímto faktem lze také očekávat hodnotové postoje k jednotlivým položkám.

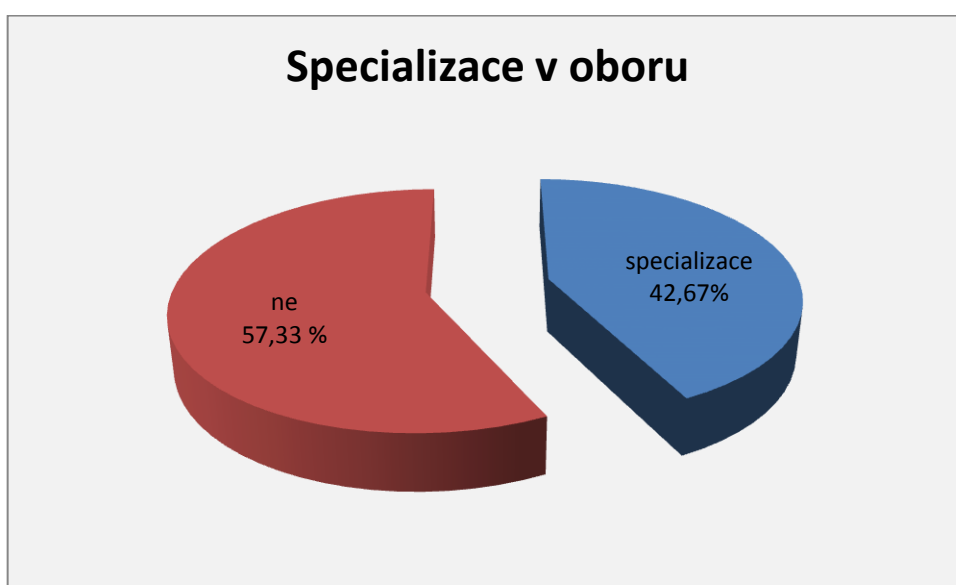


Graf č. 5: Dosažené vzdělání

Z analýzy této položky vyplývá, že téměř třetina respondentů má vyšší odborné vzdělání a to 28 %. Poměrně silně jsou zastoupeni řidiči vozidel ZZS, kteří dosáhli vzdělání absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu. Jejich relativní četnost činí 42,67 %. Respondenti se středním odborným vzděláním jsou zastoupeni v 14,66 %. Pouze 14,67 % respondentů má vysokoškolské vzdělání, přičemž převážnou většinu budou s největší pravděpodobností tvořit lékaři. V dalších položkách lze následně vysledovat zastoupení vysokoškolsky vzdělaných NLZP.

6.1.5 Specializovaná způsobilost

V této položce chci zjistit, kolik procent respondentů má specializovanou způsobilost podle zákona. Vzhledem ke skutečnosti, že všeobecná sestra pracující na ZZS musí podle legislativy mít specializovanou způsobilost, lze předpokládat, že relativní četnost bude poměrně vysoká.

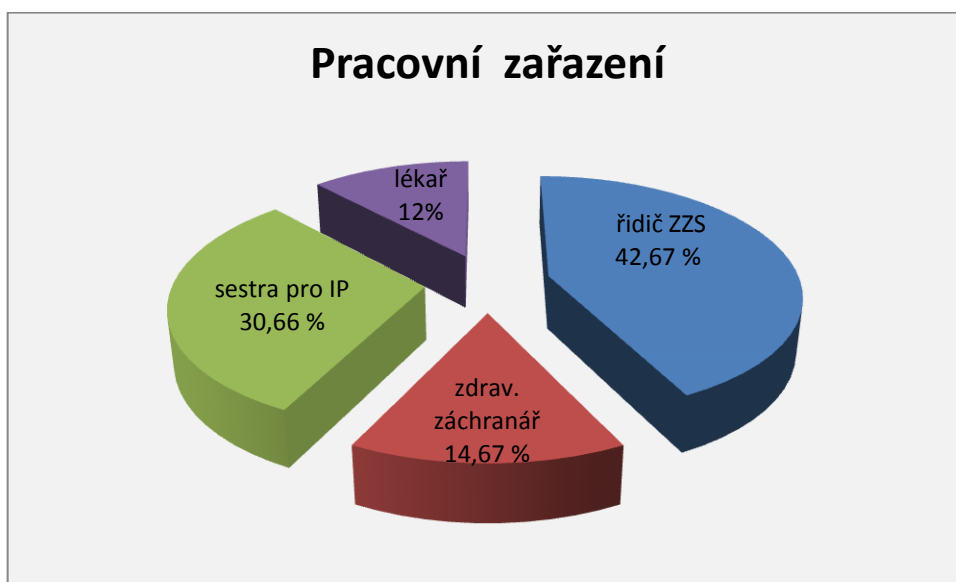


Graf č. 6: Specializovaná způsobilost

Z tohoto zjištění vyplývá, že pouze 42,67 % respondentů má specializovanou způsobilost, zatímco 57,33 % ji nemá. Zpětnou vazbu mi poskytuje i fakt, že specializovanou způsobilost musí podle legislativy mít všichni lékaři a všeobecné sestry pracující na ZZS. Což lze ověřit následující položkou pracovní zařazení.

6.1.6 Pracovní zařazení

V položce pracovní zařazení chci analyzovat, kolik respondentů pracuje v uvedených pracovních pozicích. Domnívám se, že nejvíce zastoupená bude skupina všeobecných sester se specializovanou způsobilostí a zdravotnických záchranářů.

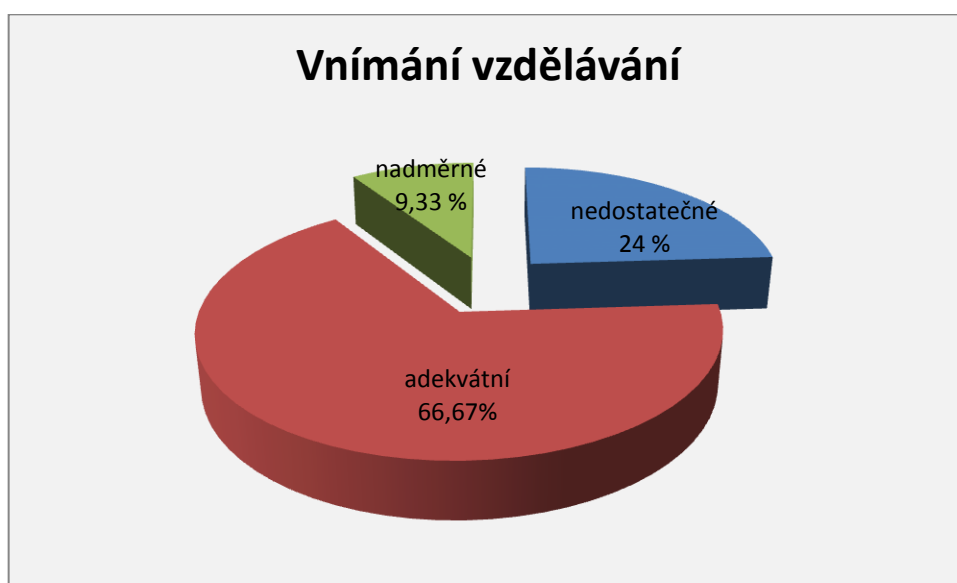


Graf č. 7: Pracovní zařazení

Analýzou výzkumné položky pracovní zařazení jsem zjistil, že 42,67 % respondentů byli řidiči vozidel ZZS. Další významně zastoupenou skupinu tvořili v 30,66 % sestry pro IP. Zdravotnických záchranářů bylo 14,67 % a lékaři tvořili skupinu 12 % respondentů. Tato položka odpovídá také vyhodnoceným předchozím výzkumným otázkám. Také z ní vyplývá, že 2,67 % respondentů z NLZP má vysokoškolské vzdělání.

6.1.7 Vnímání systému vzdělávání

V této výzkumné položce se zabývám otázkou, jak vnímají jednotliví respondenti systém vzdělávání NLZP pro výkon povolání v ZZS.



Graf č. 8: Vnímání systému vzdělávání

Překvapivě, po vyhodnocení otázky jsem zjistil, že 24 % dotazovaných považuje systém vzdělávání NLZP za nedostatečný, vzhledem ke kompetencím. 9,33 % se naopak domnívá, že vzdělání je zbytečně vysoké a nadměrné, vzhledem k požadavkům. 66,67 % respondentů je spokojených se současným systémem vzdělávání NLZP.

6.1.8 Úroveň teoretických znalostí

V této výzkumné otázce se zabývám myšlenkou, zda je úroveň teoretických znalostí zdravotnických záchranářů a všeobecných sester po absolvování studia dostatečná pro výkon práce ve zdravotnické záchranné službě.



Graf č. 9: Úroveň teoretických znalostí

Při analýze této výzkumné otázky jsem zjistil, že 66,67% respondentů považuje teoretické znalosti za ideální a dostačující. 13,33 % respondentů si myslí, že úroveň znalosti po absolvování školy je vyšší, nežli je třeba. Oproti tomu 20 % respondentů se domnívá, že by znalosti NLZP měli být vyšší. Dovožuji, že do této kategorie lze zařadit zejména lékaře.

6.1.9 Rozsah praktických dovedností

V této položce se zabývám myšlenkou, zda je rozsah praktických dovedností zdravotnických záchranářů a všeobecných sester po absolvování studia dostatečná pro výkon práce ve zdravotnické záchranné službě.

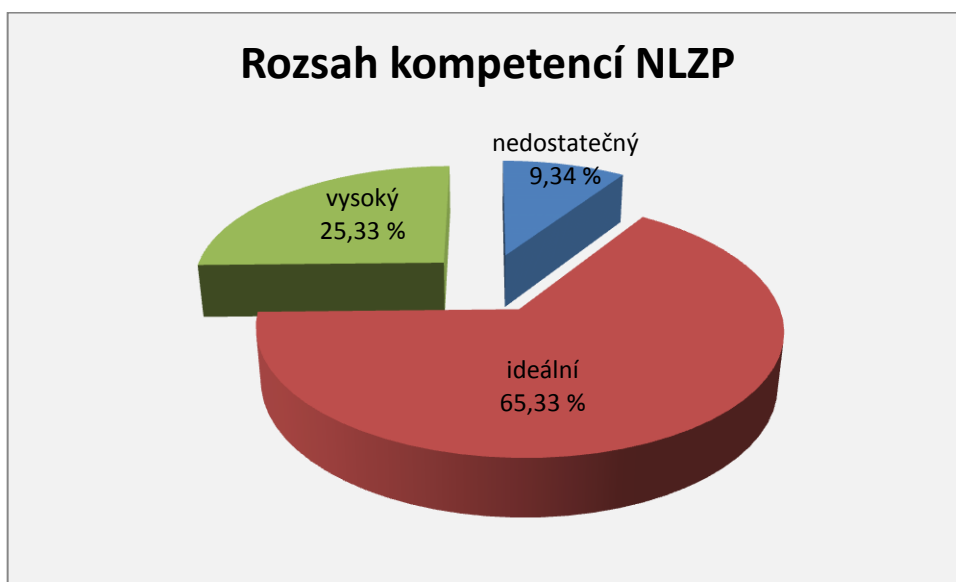


Graf č. 10: Rozsah praktických dovedností

Při vyhodnocení této položky jsem zjistil, že 64 % respondentů považuje rozsah praktických dovedností po absolvování školy za ideální a dostačující. 10,67% respondentů se domnívá, že rozsah dovedností je příliš vysoký, naopak 25,33 % respondentů uvádí, že rozsah dovedností je nedostatečný. Otázkou pro zamyšlení je fakt, že čtvrtina respondentů by považovala za ideální větší rozsah praktických dovedností.

6.1.10 Rozsah kompetencí NLZP

V této položce chci zjistit, jak respondenti vnímají rozsah kompetencí stanovený legislativou pro výkon práce NLZP v ZZS. Bude zajímavé zjistit, zda výpovědi respondentů korespondují s předchozími otázkami, týkajícími se vzdělávání.



Graf č. 11: Rozsah kompetencí NLZP

Při vyhodnocení této položky jsem zjistil, že 65,33 % respondentů je spokojeno se současnou výší kompetencí stanovených legislativou. 9,34 % dotazovaných uvádí, že kompetence jsou nízké. Domnívám se, že se jedná zejména o respondenty, kteří uvedli, že rozsah teoretických znalostí a praktických dovedností je vysoký. Oproti tomu 25,33 % respondentů uvedlo, že kompetence jsou vysoké zejména vzhledem k nedostačující úrovni vzdělání NLZP.

6.1.11 Připomínky respondentů ke kompetencím

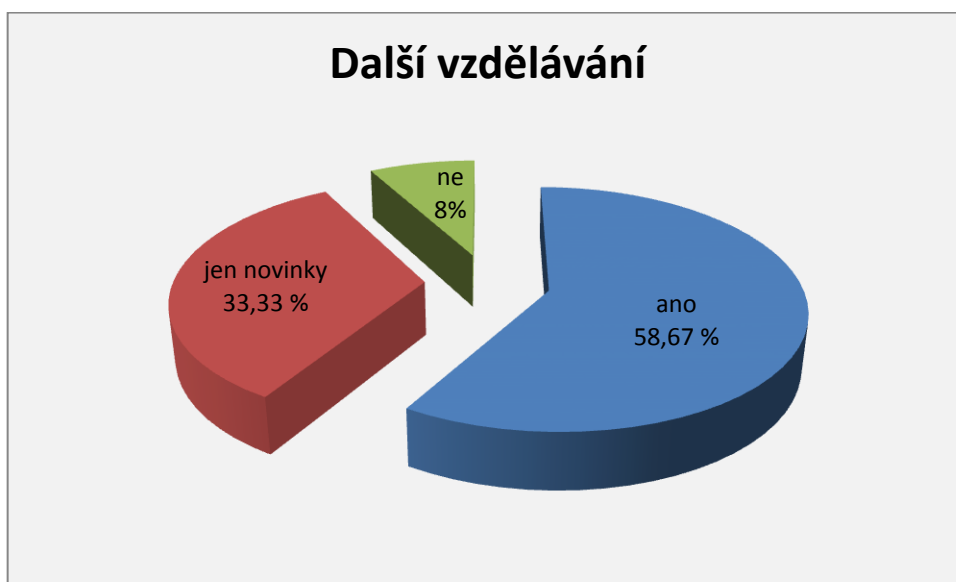
Tato položka byla otevřená, proto není možno ji vyhodnotit graficky. Respondenti byli vyzváni, aby sdělili, v čem by se měli kompetence NLZP zvýšit, anebo naopak snížit.

Nejčastější připomínkou týkající se zvýšení kompetencí, byla aplikace medikace bez nutnosti konzultace s lékařem, kterou uvedlo 6 respondentů, což odpovídá relativní četnosti 8 %. Další často uváděnou kompetenci je zajištění dýchacích cest endotracheální intubací. Tuto variantu uvedli 4 respondenti, což odpovídá četnosti 5,33 %. Domnívám se, že tyto názory vyslovili zejména NLZP s vysokoškolským vzděláním a relativně krátkou praxí.

Naopak připomínky týkající se snížení kompetencí nebyly respondenty uvedeny vůbec.

6.1.12 Zájem o další vzdělávání v oboru

V další výzkumné otázce měli respondenti sdělit, zda mají zájem o další vzdělávání v oboru. Nebo zda sledují pouze novinky, popřípadě zda nemají potřebu dalšího vzdělávání vůbec.

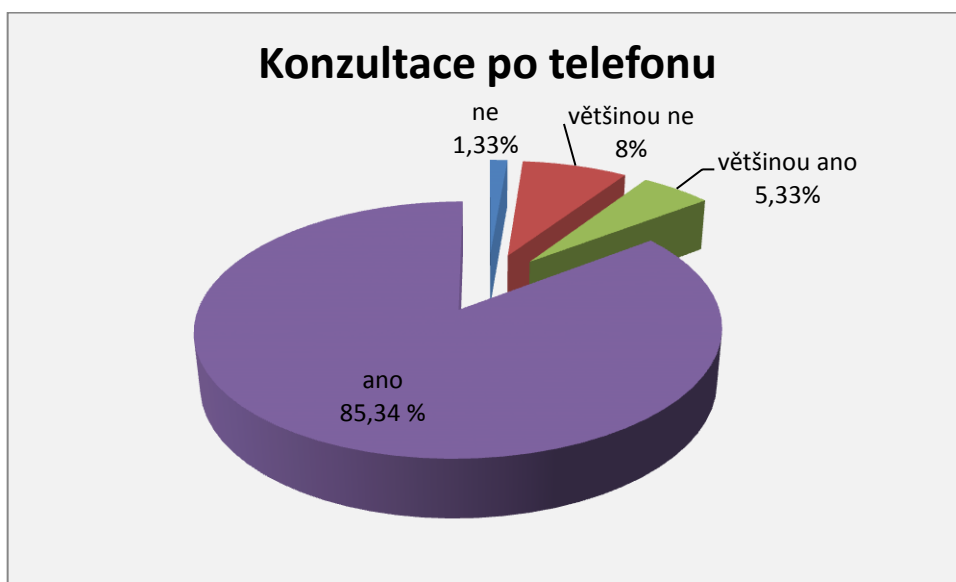


Graf č. 12: Zájem o vzdělávání v oboru

Z vyhodnocení této výzkumné otázky vyplývá, že převážná většina zdravotnických pracovníků se má zájem dále vzdělávat. I když o systémové vzdělání má zájem pouze 58,67 %. 33,33 % respondentů uvedlo, že sledují pouze novinky. 8 % pak necítí potřebu dalšího vzdělávání.

6.1.13 Telefonická konzultace NLZP s lékařem ZZS

V této výzkumné položce měli respondenti sdělit svůj názor, zda nahrávanou telefonickou konzultaci NLZP s lékařem považují za ideální a dostačující vzhledem k poskytování PNP a medikace.

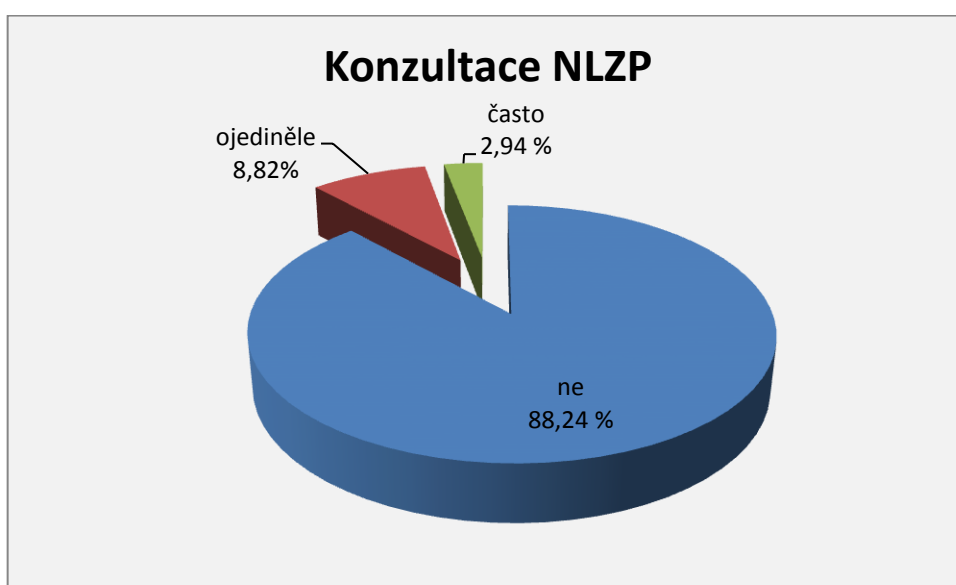


Graf č. 13: Konzultace po telefonu

Vyhodnocením této položky jsem zjistil, že 85,34 % respondentů sdělilo, že konzultaci NLZP s lékařem přes nahrávanou telefonickou linku považují za ideální. 5,33 % uvedlo, že většinou takováto konzultace je dostačující. Oproti tomu 8 % dotazovaných uvádí, že většinou není. 1,33 % uvedlo, že tento systém je nevyhovující.

6.1.14 Konzultace z pohledu NLZP

Tato výzkumná otázka se týkala pouze NLZP pracujících bez odborného dohledu. Tedy zdravotnických záchranářů a všeobecných sester pro intenzivní péči. Měli vyjádřit svůj názor, zda se dostali do situace, kdy bez konzultace s lékařem nebyli schopni poskytnout adekvátní PNP.



Graf č. 14: Konzultace NLZP

Z vyhodnocení této položky vyplynulo, že 88,24 % NLZP se do této situace nikdy nedostalo. Ojediněle tuto situaci zaznamenalo 8,82 % NLZP. Často se taková situace přihodí 2,94 %. Nicméně lze dovodit, že toto procentuální zastoupení odpovídá počtu nelékařských zdravotnických pracovníků, kterým tento systém poskytování PNP nevyhovuje.

6.1.15 Konzultace z pohledu lékaře

Tato výzkumná otázka se týkala pouze lékařů ZZS. Měli vyjádřit svůj názor, zda se dostali do situace, kdy poskytnuté informace NLZP byli z hlediska konzultace nedostačující.

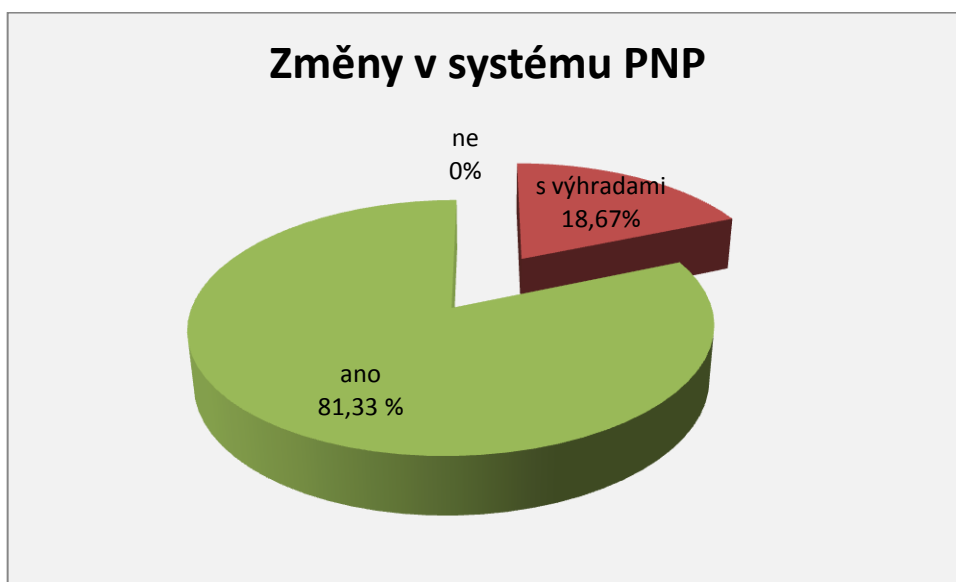


Graf č. 15: Konzultace lékaři

Jelikož ve zkoumaném vzorku respondentů byl počet lékařů pouze 9, nelze vyhodnocení této otázky považovat za dostatečně relevantní. Přesto z analýzy vyplývá, že 78 % lékařů se do této situace nedostalo. Pouze ojediněle se s touto situací setkala 22 % lékařů. Často se s touto situací neseťkal nikdo z respondentů.

6.1.16 Vnímání změn v systému poskytované péče

V poslední uzavřené otázce měli respondenti vyjádřit svůj názor, zda považujete postupný trend přechodu poskytování PNP v ČR mezi výjezdovými skupinami RLP a RZP a současné zvyšování kompetencí, nastavených legislativou za optimální.



Graf č. 16: Změny v systému PNP

Při analýze této otázky vyplynulo, že 81,33 % respondentů nemá s těmito změnami potíže. 18,67 % uvedlo, že k těmto postupným změnám má výhrady. Lze předpokládat, že se bude jednat o lékaře a nelékařské zdravotnické pracovníky, kteří vyjadřovali svůj nesouhlas s navyšováním kompetencí. Přesto nikdo z dotazovaných nevedl, že změny v systému PNP absolutně nepovažuje za optimální.

6.2 Analýza výzkumného šetření

Analýza přinesla velké množství zajímavých statistických údajů přímo se dotýkajících aktuálních změn v systému poskytování přednemocniční neodkladné péče.

Že se jedná o zajímavé a aktuální téma lze dovodit z faktu, že návratnost dotazníků a jejich validita byly vyjádřeny relativní četností více jak 71%.

Zajímavým bylo zjištění, že více jak čtvrtina respondentů uvedla, že současný systém vzdělávání zdravotnických záchranářů a sester pro intenzivní péči pro přípravu výkonu práce v systému zdravotnické záchranné služby není zcela optimální. Zejména nedostatečné teoretické znalosti po studiu, které uvedlo 20 % respondentů a nedostatečné praktické dovednosti, které uvedlo více jak 25 % dotazovaných. Lze objektivně předpokládat, že se jednalo o názor přímo NLZP, kteří tak vnímají svoji situaci po nástupu do praxe po získání odborné způsobilosti. Tomuto zjištění odpovídá i fakt, že více 25 % respondentů uvádí, že výčet kompetencí je vysoký, vzhledem k úrovni teoretické a praktické přípravy. Domnívám se, že kompetence by se měly v ideálním případě úměrně navyšovat až se získáním specializované způsobilosti a také v závislosti na délce praxe v oboru. Velmi příznivě působí fakt, že nadpoloviční většina respondentů cítí potřebu dalšího zvyšování a prohlubování kvalifikace. Nově zaváděný systém, kdy NLZP v ZZS může konzultovat diagnostiku a terapii s lékařem přes konferenční hovor nahrávaný z forezních důvodů, vyhovuje více jak 80 -ti % respondentů. Ojedinelé připomínky vnesli lékaři a to z důvodu, kdy od NLZP nedostanou dostatek kvalitních informací. Celkově však změny v systému poskytování přednemocniční neodkladné péče hodnotí kladně více jak 81 % všech respondentů.

7 DISKUZE

V bakalářské práci jsem se zabýval vznikem, vývojem a současnými změnami v systému zdravotnické záchranné služby u nás. Předmětem mého zájmu byly především pak zásadní změny dotýkající se poskytování přednemocniční neodkladné péče zejména v období posledních dvou let. Tyto významné legislativní změny s přímým dopadem na fungování tohoto systému jsem chtěl představit nejen odborné zdravotnické, ale i laické veřejnosti.

Zatímco před ne mnoha lety bylo typické, že výjezdů posádek zdravotnické záchranné služby se účastnil vždy lékař, dnes naopak získávají na významnosti posádky tvořené nelékařskými zdravotnickými pracovníky, záchranáři. Většinou poskytují zdravotní péči samostatně a to v přibližně 60 -ti % zásahů. Zbývajících 40 -ti % zásahů se účastní lékař. Rozhodující je postižení pacienta a jeho zdravotní stav. Ve velkých aglomeracích, s velkým počtem zásahů a výjezdových skupin, je poskytování přednemocniční neodkladné péče řešeno převážně rendez-vous systémem, kdy se zdravotnická posádka a lékař setkávají u pacienta.

Pro zjištění jak jsou vnímány tyto změny samotnými nelékařskými zdravotnickými pracovníky a lékaři, pracujícími na ZZS jsem stanovil několik cílů.

Cíl č. 1) Zjistit, zda je vnímána dnešní úroveň vzdělání zdravotnických záchranářů a všeobecných sester se specializací, pracujících na ZZS, po absolvování studia jako dostatečná. Analýzou výzkumného šetření jsem zjistil, že více jak 66 % respondentů považuje úroveň vzdělání NLZP pracujících na ZZS, po absolvování studia jako dostatečnou. Tento výsledek považuji za uspokojivý a adekvátní. Lze jej také porovnat s dalšími cíli.

Cíl č. 2) Zjistit, zda jsou teoretické znalosti po absolvování základního studia zdravotnických záchranářů a všeobecných sester dostatečné pro práci v ZZS. Také u tohoto cíle jsem dosáhl uspokojivého zjištění. Výsledek korespondoval s předchozím cílem. Rovněž 66 % respondentů uvedlo, že je spokojeno s rozsahem teoretických znalostí NLZP.

Cíl č. 3) Zjistit, zda zdravotnický záchranář a všeobecná sestra mají, po absolvování studia dostatečné praktické dovednosti a jsou připraveni poskytovat adekvátní zdravotní péči v RZP. Zde jsem rozbořem výzkumného šetření zjistil, že 64 % respondentů považuje praktické dovednosti NLZP v ZZS za dostatečné. Tento výsledek mě překvapil, protože jsem se domníval, že výsledek bude vyšší. Vycházel jsem z faktu, že je pro poskytování zdravotní péče zejména důležité perfektně ovládat veškeré poskytované výkony.

Cíl č. 4) Zmapovat, jaký je současný pohled na kompetence NLZP ve výjezdových skupinách RZP. Zde jsem při analyzování šetření dospěl ke zjištění, že 65 % dotázaných považuje rozsah kompetencí za ideální. Také toto zjištění lze považovat za uspokojivé.

Cíl č. 5) Zhodnotit jak nově vznikající systém poskytování přednemocniční neodkladné péče vnímají samotní NLZP a lékaři pracující v ZZS. V této, zřejmě nejdůležitější položce výzkumného šetření jsem dospěl k závěru, že více jak 81 % respondentů, tedy NLZP i lékařů považuje současné změny v systému poskytování péče za optimální.

Z celého kontextu výzkumného šetření však vyplynula významná skutečnost. Zhodnocením negativních odpovědí jsem dospěl k závěru, že část respondentů, přibližně 20 %, považuje úroveň vzdělání, rozsah znalostí a dovedností, za neodpovídající a naopak považují kompetence za vysoké, vzhledem k úrovni vzdělání. Dle analýzy výzkumného šetření takto odpověděli zejména respondenti s nejkratší délkou praxe.

Je tedy otázkou, zda toto negativní vnímání není ovlivněno osobními zkušenostmi některých NLZP, případně i lékařů. S největší pravděpodobností ano. Pak je třeba se objektivně zabývat systémem vzdělávání a přípravy budoucích, ale i současných nelékařských zdravotnických pracovníků pro práci v ZZS.

8 NÁVRH ŘEŠENÍ

Jak bylo naznačeno v diskuzi, není zcela optimálním stavem jev, kdy se setkáváme s různou úrovní znalostí a dovedností jednotlivých NLZP pracujících v ZZS. Je obecně známým jevem, že s délkou praxe a zkušenostmi vzrůstá odborná úroveň znalostí a erudice zdravotnických pracovníků.

Ideálním stavem by bylo, pokud by NLZP pracující v ZZS po absolvování odborné způsobilosti pro výkon práce zdravotnického povolání měl pouze omezený okruh kompetencí a pracoval například jako řidič vozidla ZZS, kde by se pod odborným dohledem NLZP se specializovanou způsobilostí zdokonaloval. Po stanovené délce praxe a osvojení základních dovedností by takový zaměstnanec mohl vstoupit do specializačního studia a teprve po jeho úspěšném absolvování by mohl samostatně pracovat bez odborného dohledu. Dnešní stav tomuto návrhu neodpovídá, a proto dochází k situacím, kdy paralelně odbornou zdravotní péči samostatně poskytuje například absolvent po získání odborné způsobilosti a adaptačního procesu, oproti NLZP se specializovanou způsobilostí a mnoha lety praxe.

Ze samotného výzkumného šetření vyplynulo, že právě NLZP s nejkratší délkou praxe a bez specializované způsobilosti vnímají kompetence NLZP ve výjezdových skupinách RZP za vysoké a neúměrné rozsahu teoretickým znalostem a praktickým dovednostem. Lze se tedy oprávněně domnívat, že ideálním stavem by byla situace, kdy by všichni NLZP pracující v ZZS měli specializovanou způsobilost.

ZÁVĚR

Bakalářská práce měla za cíl poskytnout ucelený průřez historií poskytování odborné zdravotnické pomoci, ale i pohled na vývoj v oblasti přednemocniční neodkladné péče v České republice. Dále se zabývala zásadními změnami v systému poskytování péče zdravotnickou záchrannou službou v současné době.

Bakalářská práce byla rozdělena do dvou základních částí, přičemž v teoretické části jsem popisoval vznik a dlouhodobý vývoj systému přednemocniční neodkladné péče. Část teoretické práce byla věnována aktuálním změnám v legislativě, které se zásadním způsobem odráží v systému poskytovaných zdravotních služeb. Přibližuji současný trend změn ve zdravotnické záchranné službě a zvyšující se význam nelékařských zdravotnických pracovníků, jejich vzdělání a kompetencí.

V praktické části bakalářské práce jsou analyzovány a prezentovány výsledky výzkumného šetření týkajícího se vnímání aktuálních změn ve zdravotnické záchranné službě v ČR. Přičemž se zejména zaměřuji na systém vzdělávání a zvyšující se trend poskytování přednemocniční neodkladné péče nelékařskými zdravotnickými pracovníky.

Cíle stanovené při zpracování bakalářské práce byly splněny a výsledek výzkumného šetření byl uspokojivý.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie

BRŮHA, Dominik a Eva PROŠKOVÁ. *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwer, 2011, 559 s. ISBN 978-807-3576-615.

ERTLOVÁ, Františka a kol. *Přednemocniční neodkladná péče*. 2. vyd. Brno: NCO NZO Brno, 2003, 368 s. ISBN 80-7013-379-1.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

POKORNÝ, Jiří. *Urgentní medicína*. Praha: Galén, 2004, 547 s. ISBN 80-726-2259-5.

ROZSYPALOVÁ, Marie a Alena ŠAFRÁNKOVÁ. *Ošetrovatelství I: pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. Praha: Informatorium, 2002, 231 s. ISBN 80-860-7396-3.

SCHWARZ, Zdeněk. *145 let Záchrané služby hl. m. Prahy: 1857 – 2002*. Praha: ASA, 2002. 110 s. ISBN 80-902895-2-5.

ŠUMAN-HREBLAY, Marián. *Sanitní vozidla: české a slovenské sanitní automobily, karoserie a nástavby od roku 1907 do současnosti*. Brno: Computer Press, 2011, 200 s. ISBN 978-80-251-3101-5.

TĚŠINOVÁ, Jolana, ŽDÁREK, Roman a POLICAR, Radek. *Medicínské právo*. Praha: C. H. Beck, 2011. 414 s. ISBN 978-80-7400-050-8.

Časopisy

DRÁBKOVÁ, J. Potřebujeme lékaře pro výjezdy do terénu v akutních případech? *Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*. 2006, Praha: Národní lékařská knihovna, číslo 4, s. 32. ISSN 1212-3048.

DVOŘÁČEK, David. Stručné dějiny poskytování první pomoci, organizovaného záchranářství a ošetrovatelské péče o zraněné. *Urgentní medicína*. 2009, České Budějovice: Mediprax, číslo 3, s. 31-33. ISSN 1212-1924.

DVOŘÁČEK, David. Stručná historie leteckých záchranných služeb. *Urgentní medicína*. 2009, České Budějovice: Mediprax, číslo 4, s. 30-31. ISSN 1212-1924.

DVOŘÁČEK, David. Historie zdravotnické záchranné služby v ČR. *Urgentní medicína*. 2010, České Budějovice: Mediprax, číslo 1, s. 32-34. ISSN 1212-1924.

POKORNÝ, Jiří. Přednemocniční péče o nemocné a raněné v minulosti. *Urgentní medicína*. 2007, České Budějovice: Mediprax, číslo 4, s. 4-9. ISSN 1212-1924.

Elektronické zdroje

ČESKO. Zákon č. 134 ze dne 15. listopadu 1867 o právě spolčovacím. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [on-line]. 2013, [cit. 2013-04-06]. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://spcp.prf.cuni.cz/lex/134-1867.htm>.

ČESKO. Zákon č. 68 ze dne 30. dubna 1870 jenž se týče organizace veřejné služby zdravotní. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [on-line]. 2013, [cit. 2013-04-06]. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: http://www.spolecnost-hygieny.cz/dokumenty/zakon-68_1870.pdf.

ČESKO. Vládní nařízení č. 219 ze dne 7. září 1948 o ústavech národního zdraví. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [on-line]. 2013, [cit. 2013-04-06]. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1948-219>.

ČESKO. Zákon č. 20 ze dne 17. března 1966 o péči o zdraví lidu. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [on-line]. 2013, [cit. 2013-04-06]. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1966-20>.

ČESKO. Vyhláška č. 121 ze dne 18. listopadu 1974 o soustavě zdravotnických zařízení. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [on-line]. 2013, [cit. 2013-04-06]. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1974-121>.

ČESKO. Vyhláška č. 434 ze dne 28. července 1992 o zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [on-line]. 2013, [cit. 2013-04-27]. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-434>.

ČESKO. Zákon č. 239 ze dne 28. června 2000 o integrovaném záchranném systému. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [on-line]. 2013, [cit. 2013-04-27]. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-239>.

ČESKO. Zákon č. 95 ze dne 29. ledna 2004 o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [on-line]. 2013, [cit. 2013-05-08]. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-95>.

ČESKO. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 o nelékařských zdravotnických povoláních. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [on-line]. 2013, [cit. 2013-05-08]. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>.

ČESKO. Vyhláška č. 424 ze dne 30. června 2004 o činnostech zdravotnických pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [on-line]. 2013, [cit. 2013-05-08]. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-424>.

ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [on-line]. 2013, [cit. 2013-05-08]. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>.

ČESKO. Zákon č. 105 ze dne 25. března 2011, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [on-line]. 2013, [cit. 2013-05-08]. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-105>.

ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách In: *Sbírka zákonů České republiky*. [on-line]. 2013, [cit. 2013-05-14]. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.

ČESKO. Zákon č. 374 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [on-line]. 2013, [cit. 2013-05-14]. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>.

ČESKO. Vyhláška č. 99 ze dne 22. března 2012 o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [on-line]. 2013, [cit. 2013-05-14]. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>.

ČESKO. Vyhláška č. 240 ze dne 26. června 2012, kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [on-line]. 2013, [cit. 2013-05-14]. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-240>.

ČESKO. Vyhláška č. 296 ze dne 3. září 2012 o požadavcích na vybavení poskytovatele zdravotnické záchranné služby. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [on-line]. 2013, [cit. 2013-05-16]. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-296>.

ČESKO. Zákon č. 385 ze dne 24. října 2012, kterým se mění zákoník práce a zákon o zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [on-line]. 2013, [cit. 2013-05-16]. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-385>.

Asociace ZZS ČR. Vybrané statistické údaje ZZS ČR. [on-line]. 2013, [cit. 2013-05-16]. Dostupný také z: <http://www.azzs.cz/uploads/doc/zzs-v-cislech/Vybrané%20ukazatele%20ZZS%20ČR%20za%20rok%202012.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
ARIP	anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče
Bc.	Bakalář
c. k.	císařsko - královský (označení dvojí monarchie)
CSc.	Candidatus Scientiarum, kandidát věd
č.	číslo
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
ČSČK	Československý červený kříž
ČSR	Československá republika
ČSSR	Československá socialistická republika
DiS.	diplomovaný specialista
doc.	docent
EKG	elektrokardiograf, elektrokardiografie
EMS	Emergency Medical Service
EU	Evropská unie
hl. m.	hlavní město
HZS ČR	Hasičský záchranný sbor České republiky
IDVPZ	Institut dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví
IP	intenzivní péče
IZS	Integrovaný záchranný systém
JIP	jednotka intenzivní péče
KPR	kardiopulmonální resuscitace
KÚNZ	Krajský ústav národního zdraví
LSPP	lékařská služba první pomoci
LZS	letecká záchranná služba
Mgr.	Magistr
MUDr.	Medicinae universae doctor, doktor všeobecného lékařství
MÚNZ	Městský ústav národního zdraví
NLZP	nelékařský zdravotnický pracovník

OSZS	Okresní středisko záchranné služby
OÚNZ	Okresní ústav národního zdraví
PC	personal computer, osobní počítač
PČR	Policie České republiky
PEEP	Positive End Expiratory Pressure
PNP	přednemocniční neodkladná péče
RLP	rychlá lékařská pomoc
RV	rendez-vous, setkávací systém
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
ř. z.	říšský zákon
Sb.	Sbírka zákonů
SZŠ	střední zdravotnická škola
TANR	telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace
TAPP	telefonicky asistovaná první pomoc
tj.	to jest
tzv.	tak zvaně
ÚNZ	ústav národního zdraví
ÚO	územní oddělení
USA	United States of America
ÚSZS	Územní středisko záchranné služby
VOŠZ	vyšší odborná škola zdravotnická
VŠ	vysoká škola
ZULP	zvlášť účtovatelné léčivé přípravky
ZUM	zvlášť účtovatelný materiál
ZZS	zdravotnická záchranná služba
ZZS HMP	Zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy
ZZS JmK	Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje

SEZNAM GRAFŮ

Graf č.1: Návratnost dotazníků	63
Graf č.2: Pohlaví respondentů	65
Graf č.3: Věk respondentů	66
Graf č.4: Délka praxe respondentů	67
Graf č.5: Dosažené vzdělání	68
Graf č.6: Specializovaná způsobilost.....	69
Graf č.7: Pracovní zařazení.....	70
Graf č.8: Vnímání systému vzdělávání.....	71
Graf č.9: Úroveň teoretických znalostí	72
Graf č.10: Rozsah praktických dovedností	73
Graf č.11: Rozsah kompetencí NLZP.....	74
Graf č.12: Zájem o vzdělávání v oboru	76
Graf č.13: Konzultace po telefonu	77
Graf č.14: Konzultace NLZP	78
Graf č.15: Konzultace lékaři	79
Graf č.16: Změny v systému PNP	80

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: návratnost dotazníků	64
--	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Záznam o založení Pražského dobrovolného sboru ochranného

Příloha č. 2: Výňatek z říšského zákona z roku 1870

Příloha č. 3: Výkaz o činnosti z roku 1900

Příloha č. 4: Zákon o péči o zdraví lidu z roku 1966

Příloha č. 5: Statistické údaje Asociace ZZS ČR za rok 2012

Příloha č. 6: Dotazník

Příloha č. 1: Záznam o založení pražského dobrovolného sboru ochranného

Vest. Nr.	Name, Zweck und Mittel des Vereines	Sitz	Zeit der Entstehung	Behörde, Datum und Geschäftszahl der Genehmigung der Vereinsbildung bzw. der Statutenänderung
	<p><i>Prager freiwilliges Rettungs-Corps</i> <i>Pravský dobrovolný sbor ochranný</i> <i>Histori dobrovolný sbor ochranný oddíl</i> <i>První pomoci</i></p>	<p><i>Prag</i></p>	<p><i>1892</i></p>	<p><i>Das k. k. freiwillige Rettungs-Corps wurde am 1. August 1892 in Prag gegründet. Die Statuten wurden am 1. August 1892 genehmigt. Die Geschäftsnummer ist 1892/13.</i> <i>Statutenänderung vom 12. März 1892 Nr. 20/131/1892.</i> <i>Statutenänderung vom 1. April 1891 Nr. 22/131/1891.</i> <i>Genehmigung der Statutenänderung vom 1. April 1891 Nr. 22/131/1891.</i> <i>Genehmigung der Statutenänderung vom 1. April 1891 Nr. 22/131/1891.</i> <i>Genehmigung der Statutenänderung vom 1. April 1891 Nr. 22/131/1891.</i></p>
	<p><i>Pravský dobrovolný sbor ochranný</i> <i>Histori dobrovolný sbor ochranný oddíl</i> <i>První pomoci</i></p>			<p><i>Pravský dobrovolný sbor ochranný oddíl</i> <i>Histori dobrovolný sbor ochranný oddíl</i> <i>První pomoci</i></p>

Příloha č. 2: Výňatek z říšského zákona z roku 1870

System ASPI - stav k 5. 12. 2010 do částky 125/2010 Sb. a 48/2010 Sb. m. s.
Obsah a text 68/1870 ř. z.

68/1870

Zákon,

daný dne 30. dubna 1870,

jenž se týče organizace veřejné služby zdravotní.

S přivolením obojí sněmovny rady říšské vidí se Mi naříditi takto:

§ 1.

Nejvyšší dohled k veškerému zdravotnictví a nejvyšší řízení záležitostí medicínálních přísluší správě státní. K přímé působnosti správy státní přísluší práce, které se jí pro jejich zvláštní důležitost v příčině obecného způsobu zdraví výslovně k vykonávání vyhražují.

§ 2.

Správě státní přísluší zvláště:

- a) Aby měla v evidenci veškeré osoby zdravotní a dohlížela k nim, co věci lékařských se týče, a aby držela ruku nad zákony o vykonávání praxe těmto osobám příslušející;
- b) přísluší státní správě dozorství vrchní k nemocnicím, k domům pomatených, k porodnicím, domům nalezenců a kojných, k ústavům očkovacím, k chorobnicím a podobným ústavům, též k lázním léčivým a dobrým vodám, a rovněž jí přísluší dávatí povolení ke zřizování takových ústavů soukromých;
- c) přísluší jí přihlížeti k tomu, aby se vykonávaly zákony o nakažlivých nemocech, o endemiích, epidemiích a pádu dobytka, o karanténách a kontumáci dobytka, jakož o prodávání jedů a léků;
- d) přísluší jí řídití očkování;
- e) upravovati veškeré lékárnictví a dohlížeti k němu;
- f) nařizovati a předsebráti obdukcce z příčiny policie zdravotní, konečně
- g) přihlížeti k ohledání mrtvých a k tomu, aby se plnily zákony o pochovávání mrtvých, o místech pohřebních, a o vykopávání i převážení těl mrtvých, jakož jí přísluší přihlížeti k mrchovištím a rasovným.

§ 3.

Obcím náležejí v příčině policie zdravotní zákony obecními jim přikázané v samostatné působnosti tyto funkce:

- a) Mají pečovati o to, aby se plnily zákony k policii zdravotní se vztahující, co se týče silnic, cest, míst a niv, míst k veřejnému shromažďování, bytů, kanálů nečistotu odvádějících a trativodů, vod tekoucích a stojatých, též co se týče vody k pití a vody k užitku, věci potravních (ohledání dobytka a masa atd.) a nádob, konečně co se týče veřejných lázní;
- b) přísluší jim pečovati o to, aby se poskytlo náležité pomoci onemocnělým a rodičkám a ochrany osobám, které náhle přijdou v nebezpečství života;**
- c) náleží jim, míti v evidenci nalezence, hluchoněmé, pomatence a blbce, kteří nejsou v některém veřejném ústavě, a přihlížeti k opatrování těchto osob;
- d) náleží obcím, zřizovati a chovati v dobrém způsobu komory umrlčí a hřbitovy a dohlížeti k nim;

V Schönbrunně, dne 30. dubna 1870.

František Josef m. p.

Potocki m. p.

Taaffe m. p.

Příloha č. 3: Výkaz o činnosti z roku 1900

Výkaz o poskytnuté první pomoci záchrannou stanicí roku 1900.

První pomoci a ošetření bylo v roce 1900 poskytnuto v 7206 případech, o 800 případů více roku předešlého.

V noci byla žádána ochranná stanice o první pomoc v 656 případech.

Ze všech případů bylo **chirurgických onemocnění 5617** a to: těžkých: 1279, z kterých opět bylo:

1. zlomení kostí	271
2. vymknutí	59
3. pohmoždění	266
4. rány střelné	55
5. rány bodné	111
6. popálení	184
7. otřesení mozku	36
8. kýly uskřínuté	29
9. cizí tělesa v hltanu	125
10. různé krvácení	143

Onemocnění lehkého rázu bylo 4338.

Vnitřních onemocnění bylo celkem 591 a to těžkého rázu:

1. případy mrtvice	64
2. záchvaty padoucnice	38
3. záchvaty hysterie	32
4. záchvaty eclampsie	13
5. chrlení krve	57
6. mdloby	53
7. otravy	59
8. případy choromyslnosti	6
9. různé, těžké	269

Očních onemocnění bylo: 998 a to hlavně cizí tělesa v oku.

Pokusů sebevraždy bylo 81 případů.

Ročník 1966

Sbírka zákonů

Československé socialistické republiky

Částka 7

Vydána dne 30. března 1966

Cena

OBSAH:

19. Zákon o vysokých školách
20. Zákon o péči o zdraví lidu
Oznámení o vydání obecných právních předpisů

20

ZÁKON

ze dne 17. března 1966
o péči o zdraví lidu

Zdraví je jedním ze základních předpokladů šťastného a tvůrčího života jednotlivce i celé společnosti; je zároveň významným činitelem v rozvoji výrobních sil. Právo na péči o zdraví patří k základním občanským právům zaručeným ústavou Československé socialistické republiky. Socialistické společenské zřízení, v němž je zájem společnosti na zdraví lidu v souladu se zájmem jednotlivců, vytváří podle současných poznatků vědy a techniky všechny podmínky pro úspěšné rozvíjení péče o zdraví. Úsilí o dosažení co nejlepšího zdraví lidu patří proto k hlavním úkolům socialistické společnosti, všech organizací i každého jednotlivce.

Aby toto úsilí bylo účinně soustředěno k plnění uvedeného úkolu, usneslo se Národní shromáždění Československé socialistické republiky na tomto zákoně:

Hlavní zásady péče o zdraví lidu

Článek I

Socialistická společnost a všechny její složky zajišťují plánovitě péči o zdraví lidu jako nedílnou součást hospodářské a kulturní výstavby ekonomickými, sociálními, kulturními a zdravotnickými opatřeními.

Článek II

Péči společnosti o zdraví lidu musí odpovídat snaha každého jednotlivce žít zdravě a vyvarovat se vlivů škodlivě působících na jeho zdraví. Zároveň má každý občan napomáhat dobrému vývoji zdraví svých spoluobčanů, a proto aktivně přispívat k vytváření zdravých podmínek a zdravého způsobu života a práce a podílet se na řízení a

úsecích národního hospodářství, jejichž činnost má vliv na zdraví lidu.

Článek IV

Socialistická péče o zdraví lidu se zaměřuje především preventivně k ochraně a k soustavnému upevňování a rozvíjení tělesného i duševního zdraví lidu; zvláštní pozornost je přitom věnována péči o novou generaci a ochraně zdraví pracujících.

Článek V

Péči o zdraví lidu poskytuje stát všem občanům bezplatně. Plynulost, soustavnost, dostupnost a obsahová jednota této péče je zajišťována účelným organizačním uspořádáním zdravotnických služeb, poskytovaných bezplatně ve stanoveném rozsahu.

Článek VI.

K provedení těchto zásad péče o zdraví lidu upravuje zákon vytváření a ochranu zdravých podmínek a zdravého způsobu života a práce a zabezpečování zdravotnických služeb.

PRVNÍ ČÁST

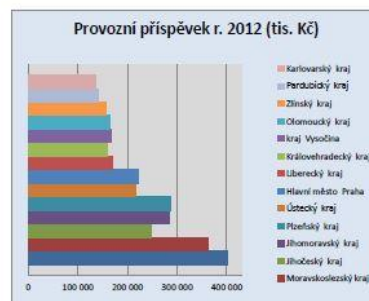
**VYTVÁŘENÍ A OCHRANA ZDRAVÝCH PODMÍNEK
A ZDRAVÉHO ZPŮSOBU ŽIVOTA A PRÁCE**

§ 1

Příloha č. 5: Statistické údaje Asociace ZZS ČR za rok 2012

Vybrané ukazatele za rok 2012

Ukazatel	Středočeský kraj	Moravskoslezský kraj	Jihočeský kraj	Jihomoravský kraj	Plzeňský kraj	Ústecký kraj	Hlavní město Praha	Liberecký kraj	Královéhradecký kraj	kraj Vysočina	Olomoucký kraj	Zlínský kraj	Pardubický kraj	Karlovarský kraj
Rozloha kraje km ²	11 014	5 427	10 057	7 067	7 561	5 335	496	3 163	4 799	6 924	5 267	3 604	4 519	3 315
Počet obyvatel	1 289 211	1 205 834	628 334	1 163 508	570 401	808 961	1 268 796	432 439	547 916	505 565	628 427	539 944	511 627	295 595
Počet výjezdových míst	46,0	30,0	26,8	23,0	23,0	19,0	19,0	14,0	15,0	20,0	15,0	13,0	15,0	11,0
Počet výjezdových skupin	77,0	59,0	46,0	41,5	36,0	34,5	31,0	29,8	27,8	27,0	26,0	25,5	24,5	20,5
z toho: RLP	16,5	14,7	10,0	17,0	6,0	15,0	0,0	0,0	3,0	11,0	8,0	9,1	9,0	4,0
RZP	47,5	37,5	29,0	19,5	23,0	19,0	24,0	18,0	18,2	13,0	16,0	13,4	10,5	12,5
RV	14,4	5,8	6,3	4,5	7,0	0,0	6,0	11,0	6,8	2,0	1,0	3,5	5,0	4,0
LZS	0,0	1,0	0,5	1,0	0,0	0,5	0,0	0,5	0,6	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0
Provozní příspěvek (tis Kč)	403 029	363 996	248 000	285 882	287 373	216 677	221 747	171 360	158 922	167 184	164 243	157 283	141 950	136 022
z toho: na činnost ZS (709)	401 210	361 957	217 271	285 882	283 407	168 468	221 072	154 224	158 922	167 184	154 396	153 603	141 950	133 538
ostatní	1 819	2 039	30 729	0	3 966	48 209	675	17 136	0	0	9 847	3 681	0	2 484
Průměrný přepočtený evidenční počet zaměstnanců	720,00	701,90	488,06	530,28	408,90	530,80	429,00	298,47	316,10	350,57	313,60	328,80	289,60	269,18



Příloha č. 6: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Vladimír Jarušek. Jsem studentem Fakulty humanitních studií, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, kde studuji obor Všeobecná sestra, ve studijním programu Ošetřovatelství.

Rád bych Vás požádal o spolupráci při vyplnění tohoto dotazníku, s jehož pomocí chci získat Váš názor na současné změny ve vývoji v oblasti legislativy, kompetencí a výkonu práce, které se týkají poskytování přednemocniční neodkladné péče.

Dotazník je zcela anonymní a získaná data budou použita výhradně pro potřeby mé bakalářské práce s názvem Novinky v legislativě vztahující se k poskytování přednemocniční neodkladné péče nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Vyplnění tohoto dotazníku Vám zabere přibližně 15 minut. Rád bych Vám poděkoval za spolupráci a za Váš drahocenný čas.

S přáním hezkého dne

Vladimír Jarušek

Prosím o jasné označení Vaší odpovědi

- 1) Jste:
- žena
 - muž
- 2) Váš věk:
- 21 – 30 let
 - 31 – 40 let
 - 41 – 50 let
 - 51 a více let

3) Délka Vaší praxe na ZZS:

- 0 – 4 roky
- 5 – 10 let
- 11 – 15 let
- 16 – 20 let
- 21 a více let

4) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru?

- akreditovaný kvalifikační kurz, zakončení odbornou zkouškou
- středoškolské, zakončené maturitní zkouškou
- vyšší odborné, zakončené absolutoriem
- vysokoškolské, zakončené státní závěrečnou zkouškou

5) Absolvoval/a jste specializační vzdělávání?

- ano
- ne

6) Vaše pracovní zařazení:

- řidič ZZS
- zdravotnický záchranář
- všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí
- lékař

7) Jak vnímáte systém vzdělávání NLZP vzhledem ke kompetencím stanoveným legislativou?

- vzdělání je nedostatečné
- vzdělání je adekvátní
- vzdělání je nadměrné

8) Jaká je podle Vás úroveň teoretických znalostí NLZP z kvalifikačního studia zdravotnických záchranářů a všeobecných sester pro samostatný výkon práce v ZZS?

- je nedostatečná
- je ideální
- je mnohdy zbytečně vysoká

9) Je rozsah praktických dovedností NLZP v ZZS po kvalifikačním studiu zdravotnických záchranářů a všeobecných sester na dostačující úrovni pro samostatný výkon práce v ZZS?

- je nedostačující
- ano je dostačující
- je mnohdy zbytečně vysoký

10) Považujete rozsah kompetencí NLZP v ZZS definovaný legislativou za ideální?

- kompetence jsou nedostačující, měly by být vyšší
- kompetence jsou definovány ideálně
- kompetence jsou příliš vysoké, měly by být nižší

11) Pokud jste uvedl/a že by měly být kompetence vyšší, anebo nižší, uveďte prosím, v čem by se měli zvýšit, anebo naopak snížit?

.....
.....
.....

12) Máte zájem o další vzdělávání v oboru?

- ne
- sleduji pouze novinky
- ano

13) Považujete nahrávanou telefonickou konzultaci NLZP s lékařem za ideální a dostačující v případě poskytování PNP NLZP?

- ne
- většinou ne
- většinou ano
- ano

14) Jste-li NLZP, dostal/a jste se do situace, kdy jste bez konzultace s lékařem nebyl/a schopen/na poskytnout odpovídající PNP?

- ne
- ojediněle
- ano, často

15) Jste-li lékař/ka, dostal/a jste se do situace, kdy se Vám informace poskytnuté NLZP v rámci konzultace jeví jako nedostačující?

- ne
- ojediněle
- ano, často

16) Považujete postupný trend přechodu poskytování PNP v ČR mezi výjezdovými skupinami RLP a RZP a současné zvyšování kompetencí, nastavených legislativou za optimální?

- ne
- s výhradami
- ano

17) Pokud jste uvedl/a výhrady prosím specifikujte je.

.....

.....

.....

.....

18) Pokud byste rád/a cokoliv k této problematice sdělil/a, prosím Vás o Váš názor:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Děkuji Vám