

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta humanitních studií

Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Blažena Peková

Diplomová práce

Záchranná služba jako poskytovatel Lékařské služby první pomoci
v rámci Integrovaného záchranného systému

Vedoucí práce: Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc.

Studijní obor: Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Praha 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně s použitím literatury, kterou uvádím v seznamu na konci své práce. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK.

V Praze 23. června 2011

.....
Bc. Blažena Peková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala paní prof. PhDr. RNDr. Heleně Haškovcové CSc. za její trpělivost, lidskost, vstřícnost a cenné rady při přípravě mé diplomové práce.

Obsah

1. Úvod.....	3
2. Integrovaný záchranný systém v České republice	5
2.1 Vznik IZS – právní a mezinárodní aspekty.....	5
2.2 Integrovaný záchranný systém v ČR po roce 1989	7
2.3 Složky IZS	8
2.3.1 Úkoly jednotlivých složek IZS v rámci ZPP	8
2.3.2 Callcentrum IZS v České republice	12
2.4 Odborné aktivity zdravotníků IZS	13
2.4.1 Časopis 112	14
2.5 Historie zdravotnické složka IZS a jejích výkonných prvků.....	14
2.5.1 Historie záchranné služby.....	14
2.5.2 Rychlá zdravotnická pomoc.....	17
2.5.3 Rychlá lékařská pomoc	18
2.5.4 Lékařská služba první pomoci	18
3. Pacient jako uživatel služeb IZS	20
3.1 Ochrana pacienta přednemocniční péče v legislativě.....	21
3.1.1 Listina základních práv a svobod.....	21
3.1.2 Konvence o biomedicíně	22
3.1.3 Standardy přednemocniční péče	23
3.1.4 Etické profesní kodexy	24
4. Praktická část práce	28
4.1 Cíle studie	28
4.2 Popis zkoumaného pracoviště.....	29
4.2.1 Obecná charakteristika.....	29

4.2.2 Zdravotnický tým.....	33
4.2.3 Návrh zlepšení indikace výjezdů RZP.....	37
4.3 Metodologie	40
4.3.1 Dotazníkové šetření	41
4.3.2 Výběr respondentů	42
4.4 Hypotézy	43
4.4.1 Obecná hypotéza.....	43
4.4.2 Pracovní hypotézy.....	44
4.5 Výsledky výzkumného šetření.....	44
4.5.1 Vyhodnocení dotazníků pro pacienty.....	44
4.5.2 Shrnutí výsledků získaných z dotazníku pro pacienty.....	63
4.5.3 Vyhodnocení dotazníku pro zdravotníky	64
4.5.4 Shrnutí výsledků získaných z dotazníku pro zdravotníky	67
5. Závěr	70
Seznam použitých zdrojů.....	71
Seznam tabulek a grafů.....	73
Příloha č. 1 Etický kodex práv pacientů	Chyba! Záložka není definována.
Příloha č. 2 Konvence o biomedicině	Chyba! Záložka není definována.
Příloha č. 3 Dotazník určený pacientům	Chyba! Záložka není definována.
Příloha č. 4 Dotazník určený zdravotnickému personálu.....	Chyba! Záložka není definována.

Abstrakt

Předložená diplomová práce se snaží řešit problém špatného členění poskytování pohotovostní péče v rámci IZS (integrovaný záchranný systém) složkami RZP (rychlá zdravotnická pomoc) a LSPP (lékařská služba první pomoci). První část práce je literární a zabývá se pojmy jako je IZS, členění IZS, zdravotnická záchranná služba, vysvětlení pojmu pacient, popisem vztahu mezi pacientem, lékařem a složkami IZS a souvisejícími legislativními a etickými kodexy, jež jsou spojeny s poskytováním péče v rámci ZZS a IZS.

Druhá část je praktická. Obsahem praktické části práce je problematika pohotovostních služeb a služeb záchranných v rámci IZS, která v posledních 20 letech prochází významnými a dosud neukončenými změnami. V rámci těchto změn byl nově vytvořen komplexní IZS.

V práci je řešena nesprávná a vědomá indikace výjezdů složek IZS v rámci poskytování záchranných služeb na území Hlavního města Prahy. V rámci IZS jsou navrženy změny stavu. Součástí výzkumu byla také složitost postavení a zařazení všech složek IZS v rámci legislativního zařazení v systému ČR. Vlastní výzkum byl realizován na územním celku záchranné a pohotovostní služby městské části Prahy technikou kvantitativního a kvalitativního výzkumu, rozhovorem a pozorováním přímo v terénu ve výjezdové jednotce RZS, jako doplněk studií dostupných materiálů k IZS. Cílem bylo zjistit, zda dochází či nedochází k tomu, že RZS slouží v rámci IZS rovněž jako pohotovostní služba a pokud ano, co náhrada služby způsobuje. Výsledky jednoznačně vypovídají o vědomém poskytování pohotovostních služeb složkami rychlé zdravotnické pomoci, které jsou řízené organizovaně centrálním dispečinkem IZS v rámci celé Prahy. Výstupem je návrh řešení dané problematiky.

Posledním problémem, který se výrazně objevoval v rámci rozhovoru s pracovníky IZS je různé začlenění složek IZS pod rozdílná ministerstva a z toho vyplývající problémy s odměňováním, financováním složek IZS. Všeobecnými doporučeními je nastíněna možnost změny, byl zpracován plán změny na konkrétním pracovišti. Téma bylo zbytněno o etické aspekty, které z výzkumu vyplynuly.

Klíčová slova: Listina základních práv a svobod, ochrana osobních dat, úmluva o lidských právech a biomedicíně, Integrovaný záchranný systém, operační střediska, call centra, dopravní služba, dispečink záchranné služby, rychlá lékařská služba, zdravotnická záchranná služba, lékařská služba první pomoci, letecká záchranná služba, pacient, klient, etické aspekty práce.

Abstract

The presented master thesis tries to solve the problem of poor administration of providing emergency care in the IZS (Integrated Rescue System) by the RZP and LSP. The first part is literary and deals with concepts such as the IZS, the IZS divisions, the ambulance, explanation of the term „patient“, describing the relationship between patient and physician and with the components of the IZS and the relevant legislative and ethical codes that are associated with providing care in the ZZS IZS.

The second part is practical. The content of the practical work is the emergency services and rescue services in the IZS, which in the past 20 years was and still is undergoing a significant number of ongoing changes. In the context of these changes has been newly created the complex IZS, which concentrates the potential of rescue forces and non-medical resources in our country.

The work concerns with incorrect indication of the IZS trips during providing emergency services in the city of Prague. The IZS proposed some editions to the current state. The research has partially been interested in the complexity of position and classification of the IZS in the czech legislative. The actual research was conducted on a territorial unit of an emergency rescue services unit within the city of Prague by the technique of quantitative and qualitative research, interviewing and observation on the ground in the emergency unit of the RZS, in addition to studying the materials available to the IZS. The aim was to determine whether or not there is that RZS has been used in the IZS as well as a „slow“ emergency service and if so, what did the replacement of the service cause. The results clearly demonstrate the deliberate provision of emergency medical services by the RZP departments, while the process is being organized by the central dispatching rescue services throughout Prague. The result is a design of the solution to the problem. When talking to the IZS employees, other themes emerged: lack of communication between the service providers in the IZS-112, also based on the dissatisfaction of health workers' little sense of prestige and ranking within the IZS, ignorance of competencies within the IZS trips and many others, mostly internal problems within IZS communications.

The last problem that significantly appeared in the interview with the IZS staff is the integration of various components of the IZS under different ministries and the resulting problems with salaries and IZS funding. General recommendations outlined the possibility of change, the change plan has been prepared in a particular workplace. The topic was thickened of the ethical issues that resulted from the research.

Keywords: Magna charta libertatum, protection of personal data, the Convention on human rights and biomedicine, Integrated Rescue System, operational centers, call centers, transportation services, emergency dispatching services, fast medical service, ambulance, medical first aid, air ambulance, patient, client, ethical aspects of the work.

1. Úvod

Diplomová práce se zabývá možností zlepšení organizace a úkolů integračního záchranného systému (dále jen IZS) a zjišťováním, zda nedochází k řízenému poskytování pohotovostní služby záchrannou službou a dalšími složkami IZS .

Práce je rozdělena do tří částí:

ÚVOD DO PROBLEMATIKY

V úvodní části se zabývám teoretickými poznatky z historie záchranné služby, rychlé zdravotnické pomoci, rychlé lékařské pomoci, lékařské služby první pomoci, vznikem IZS v Česku po roce 1989.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část se zabývá vysvětlením pojmu pacient, klient, zákazník, uživatel. Dále pak rozebírá související pojmy jako svobodná volba nemocničního zařízení, souhlas pacienta ve volbě při poskytování neodkladné péče, etický kodex v přednemocniční a nemocniční péči, etický kodex záchranáře, Konvence o biomedicině, Listina základních práv a svobod atd. Všechny vysvětlované pojmy jsou ve vzájemném vztahu a historicky se změnami ve společnosti souvisí. Uvedený vztah se vyvíjí, což je v teoretické části popisováno z dostupných zdrojů. Dále se diplomová práce věnuje problematice zajištění dostupnosti lékaře pohotovostní služby na území Hlavního města Prahy a Záchrané služby.

PRAKTICKÁ ČÁST

Poslední část je praktická a popisuje zjišťování reálného vztahu pacient versus IZS, respektive záchranné složky první pomoci na konkrétním pracovišti rychlé zdravotnické pomoci a lékařské služby první pomoci, u pacientů a praktického lékaře. Pro získání dat z daných pracovišť byly použity techniky kvantitativního výzkumu: dotazníkové šetření, pozorování a neformální rozhovory.

Téma záchranné a pohotovostní služby jsem si zvolila z toho důvodu, že po celou dobu mé práce ve zdravotnictví jsem stála u změn záchranné a pohotovostní péče v územních obvodech, a proto téma využití, zajištění, eventuálně postavení záchranářů a složek záchranné služby v rámci IZS mě zajímá a přála bych si přispět ke změně. V rámci studia podkladů k diplomové práci jsem našla mnoho podnětů, které by bylo možné změnit. V závěru navrhuji některá opatření a kroky, vedoucí ke změně. Proto byl výzkum zaměřen na dvě části populace. První částí jsou profesionální složky IZS (zdravotníci, záchranáři a profesionální nezádravotnické složky). Druhou část výzkumu pak tvoří pacienti. Další složky IZS jsou zde pouze popsány jako součást IZS.

Na úvod práce uvedu dvě motta, kterými by se měla řídit celá problematika IZS, tedy i problematika mé diplomové práce:

„Abstinere debet non aeger...“ (Nemocný se nemá omezovat)¹

„Každý má právo na život. Lidský život je hoden ochrany...“²

¹ Cicero – nápis na chrámu sv. Sofie, Istanbul, Turecko.

² Listina základních práv a svobod, Ústava ČR, čl. 6

2. Integrovaný záchranný systém v České republice

V posledních letech dochází k různým reformním krokům ve zdravotnictví, které zasáhly do mnoha sfér v oblasti poskytování zdravotní péče občanům Česka. Už po roce 1989, kdy došlo ke změně politické, se pozornost politiků a občanů obrátila na rezort zdravotnictví. Docházelo sice k častým výměnám ministrů, přesto byla přijata závazná směrnice pro výstavbu IZS a to usnesení vlády č. 246 ze dne 19. května 1993, kterým byly ve 13 bodech stanoveny hlavní zásady IZS. Přijala se průběžně stanoviska v rámci změn péče o občany v oblasti poskytování pohotovostní péče a souvisejících služeb.

2.1 Vznik IZS – právní a mezinárodní aspekty

Výstavbě IZS v Česku předcházela řada dohod, úmluv a rezolucí nejen na vnitřní úrovni, ale především na úrovni mezinárodní a tyto úmluvy především vedly ke zmírnění dopadů mimořádných událostí, ať v rámci záchrany lidských životů při událostech v běžném životě (autohavárie, požáry, mimořádné události, akutní stavy), tak na snižování následků při mimořádných situacích.

V rámci politických změn byly přijaty změny v poskytování lékařské služby první pomoci. LSPP byla do roku 2007 v každém zdravotnickém obvodě zajištěna pohotovostní službou, fungující dvacet čtyři hodin po celý kalendářní rok, včetně stomatologie a dětského lékaře. Zásadní změnu prodělává také vztah lékař – zdravotník – pacient – společnost.

Díky rozvoji informačních technologií jsou pacienti více informováni, mají více znalostí o příznacích nemoci a jejím léčení, o možnostech vyšetřování přístroji, o vybavení, kvalitě spádových poliklinik, nemocnic a dalších nestátních i státních zařízení, které poskytují lékařskou pohotovostní službu. Naproti tomu ale existuje skupina osob, která nemá možnost pracovat s internetovým připojením, či ani o využití služeb s ním spojených neuvažuje, jedná se zejména o věkově starší populaci a o handicapované osoby – tyto dvě skupiny vytváří celek, který služby a informace pohotovostí a zdravotnických služeb v rámci IZS potřebuje nejvíce.

Proto velmi často dochází k zneužití záchranné služby a to právě z důvodu neznalosti fungování pohotovostní služby, místa, kde služba funguje a doby ordinace nebo nemocnice. Tento fakt je vnímán především složkami IZS, přesto se neřeší, a to z důvodů ekonomických a statistických.

V roce 2005 přešlo financování a provozování lékařské pohotovostní služby pod Magistrát Hl. města Prahy, který jednotlivým pražským obvodům přerozdělil finanční prostředky na pokrytí LSPP. Výše finančních dotací byla nedostatečná, proto došlo v průběhu roku 2006 k ukončení činnosti mnoha LSPP v územních obvodech a péče byla přenesena do nejbližších nemocnic, nebo městských částí, kde je LSPP celoročně provozována.

Tato nově vzniklá struktura je však nesrozumitelná, a to zejména seniorům, proto v případě jakýchkoli zdravotních potíží volají linky 155 či 112 místo toho, aby se obraceli na příslušné orgány. Ačkoli existuje v České republice zákon, který stanovuje zajistit občanům právo na dostupnou zdravotní péči při onemocnění, magistrát za tímto pokulhává, a proto zde vzniká prostor umožňující uplatnění opatření vedoucích ke zlepšení současného stavu.

Z výše vyplývajících důvodů se v této době ozývají hlasy zainteresovaných požadujících změnu znění Zákona o pohotovostních službách, rychlé záchranné a lékařské službě a změnách kooperace a odpovědnosti v rámci IZS. Změnou by též bylo zařazení všech složek IZS do působnosti Ministerstva vnitra a tím zajištění sjednoceného financování, odměn, čerpání dovolených, předčasný odchod do důchodu, odstupné. Požaduje se rozšířit síť pokrytí služeb IZS (Rychlá zdravotnická pomoc, Lékařská služba první pomoci) do 7 min dojezdu po nahlášení mimořádného stavu.

Za účelem dřívějšího dosažení změn se zakládají profesní spolky záchranářů, hasičů, které iniciují včasné přijetí nového znění Zákona o záchranné službě. Sama jsem participovala na přípravě uvedených změn.

2.2 Integrovaný záchranný systém v ČR po roce 1989

Česká republika je zemí s vysoce rozvinutým průmyslem, dopravou a službami. To vše přináší rizika, potencionální nebezpečné situace a ztráty. IZS má výrazně humanitární a mezinárodní charakter.

Naše republika už v roce 1989 přistoupila k rezoluci OSN č. 44/236 přijaté Valným shromážděním dne 22. 12. 1989 (následná č. 42/182 z roku 1991). Legislativní předpoklady IZS byly dány preambulí Ústavy ČR, kde se mimo jiné praví:

„My, občané ČR v Čechách, na Moravě, Slezsku v čase obnovy samostatného Českého státu, věrni tradicím, jsme odhodláni společně střežit přírodní, kulturní, hmotné, duchovní bohatství a zdraví lidu společně.“

Jinými slovy, právo na život a jeho ochrana je jedním ze základních lidských práv, zajištěných ústavou. Toto právo je také dáno Listinou základních práv a svobod, která je nedílnou součástí ústavního pořádku České republiky. Tím bere na sebe stát díl odpovědnosti za ochranu zdraví obyvatelstva. Proto se v naší republice vytváří v souladu s Listinou v kontextu s Ženevskými mezinárodními úmluvami model ochrany života a majetku našich občanů při vzniku mimořádných situací.

Závaznou směrnicí pro základ IZS se stalo usnesení vlády ČR ze dne 19. 5. 1993, kterým byly ve 13 bodech stanoveny hlavní zásady, které jednotlivě určují kompetence, působnost a financování jednotlivých složek IZS. Zásady IZS jsou postaveny na principech a zkušenostech z nezbytné spolupráce a dělby činností při záchráně životů, nebo majetku obyvatel. Tato součinnost především záchranné služby, policejních složek a hasičských záchranných sborů je sice nejasně stanovena v obecně závazných předpisech, ale vyplývá z kompetence činností těchto složek a úkolů, pro které byly jednotlivé složky zřízeny a za které jsou odpovědné.

Samotné slovo „integrovaný“ je zde použito proto, že tento systém spočívá ve sjednocení složek, ale nevytváří nový modul, novou profesionální instituci, ale cílem je vytvořit určitý právní institut spolupráce. V zásadách je kladen důraz na samostatnost

všech složek systému a vysoká odborná znalost svěřené problematiky činností. V oblasti zdravotnické první pomoci je samostatnost a vysoká odbornost vyžadována maximálně a jejím nástrojem jsou informační a operační střediska IZS.

2.3 Složky IZS

Za jednotlivé složky IZS jsou považována jednotlivá operační střediska v rámci Hasičských záchranných sborů, Zdravotnické záchranné služby a Policie ČR, a to jak obvodní, tak státní policie.

Složky IZS udržují nepřetržitou pohotovost a v důsledku toho jsou schopny okamžitě hlásit vznik krizové situace nebo havárie prostřednictvím operačních a informačních středisek. Střediska mají rozhodující význam pro rychlou a správnou iniciaci na likvidaci všech typů krizových situací a havárií.

Významnými spolupracujícími složkami jsou odborné a státní instituce, správci veřejných sítí a zařízení, kynologické svazy, Český červený kříž, dopravní služby a charitativní organizace.

2.3.1 Úkoly jednotlivých složek IZS v rámci ZPP

Hasičské záchranné sbory jako součást IZS

Hasičské záchranné sbory (dále jen HZS) jsou vzhledem ke stálému zajištění pohotovosti v každém regionu republiky a minimální časové prodlevě výjezdu stanoveny jako centrální operační střediska IZS. Hasičské sbory jako prvosledové složky plní neodkladné záchranné práce u havárií všeho druhu, vyprošťovací práce, koordinační činnosti v součinnosti se zdravotníky a Policií ČR.

Policie ČR jako součást IZS

Zasahuje v rámci svých kompetencí. Jako výkonný orgán státní moci plní své specifické poslání při ochraně pořádku a zajištění bezpečnosti občanů. V rámci IZS

zamezuje přístup občanů do uzavřeného prostoru, ve kterém došlo k mimořádné situaci, omezuje vznik nebezpečných situací spojených s poskytováním pomoci na veřejných místech a prostranstvích, zajišťuje vyčištění, nebo uvolnění cesty a vstup pouze pro záchranné jednotky. Vyčleněná skupina policistů zajišťuje neodkladná opatření vedoucí k objasnění vzniklé nenadálé situace.

V případě ztrát na lidských životech zajišťuje součinnost zdravotníků s dalšími poskytovateli služby, likviduje následky havárií spolu s dalšími složkami IZS. Zajišťuje ochranu majetku proti možnému zcizení a řeší úkoly související s danou situací v zasaženém prostoru.

Zdravotní záchranná služba součást IZS

Usnesením vlády České republiky č. 339 ze dne 12. 21. 1990 je deklarováno, že stát zaručuje občanům neodkladnou pomoc v naléhavých případech. K zabezpečení tohoto úkolu proběhly v období let 1992-1994 zásadní transformační změny i na úseku přednemocniční zdravotní péče tak, aby při náhlém onemocnění, náhlé poruše zdraví nebo přímém ohrožení života byla zabezpečena zdravotní péče při respektování principu dostupnosti a posloupnosti.

Pro systém IZS slouží jako základní článek poskytování zdravotní péče Zdravotnická záchranná služba (dále jen ZZS). Podle zákona 86/1992 Sb. a podle prováděcí příhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 434/1992 Sb. poskytuje odbornou a neodkladnou přednemocniční péči a to od přijetí tísňové výzvy čili oznámení, až po předání postiženého do nemocniční, nebo jiného druhu odborné péče, včetně jeho transportu.

K zabezpečení zmíněných úkolů je vytvořena síť zařízení a pracovišť záchranné služby, v níž jako řídicí prvek záchranného řetězce vystupuje:

a) Zdravotnické operační středisko:

Přijímá požadavky a výzvy k poskytnutí přednemocniční a neodkladné péče.

Nepřetržitě a bezprostředně řídí činnost výjezdových skupin a současně integruje všechny články přednemocniční péče v nepřetržitém provozu. Operační středisko je buď samostatným pracovištěm v rámci zdravotnického zařízení, nebo zcela samostatným subjektem ovšem s tím, že musí být ve smyslu usnesení vlády č. 339/1990 dodržena podmínka vládní garance péče.

Při komunikaci veřejnosti s operačním střediskem je nutné respektovat jednotné tísňové volání na linku 155. Toto číslo mají v jednotlivých okresech pracoviště zdravotnického operačního střediska, která jsou součástí ZZS v IZS.

b) Výkonné prvky zdravotnického operačního střediska:

Pod tímto označením můžeme rozumět jednotlivé výjezdové skupiny, které se liší svým zaměřením a akutností úkolů, ke kterým jsou vysílány.

Rychlá lékařská pomoc - je tvořena týmem, vedeným lékařem. Tento tým využívá speciální mobilní prostředky dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 49/1993 Sb.

Rychlá zdravotnická pomoc - tvoří zdravotnické týmy zajišťující zdravotní péči, která nevyžaduje přítomnost lékaře. Využívá speciální zdravotnické mobilní prostředky dle stejné vyhlášky jako RLP.

Dopravní služba - doprava raněných a nemocných v podmínkách neodkladné péče. Tvoří jí zdravotnické týmy ovládající zásady tzv. zajištěného transportu. Kromě tísňových výzev zajišťuje operační dispečink i zdravotní transporty v rámci IZS, ale také v rámci ZZS HMP. Dopravní posádky u transportních služeb jsou dvoučlenné, zdravotnický vzdělané, schopné zajistit transport nemocných imobilních pacientů. Dopravní služby při ZZS jsou zajištěny po celých 24 hodin, po celý týden, rok. Naproti tomu soukromé pohotovostní služby a dopravní soukromí poskytovatelé zajišťují přepravu, nebo transport v případě nemoci ve většině případů pouze v pracovních dnech a tím všechny transporty nemocného zajišťují v době pohotovostní vozy ZZS. S tím je spojeno i tísňové volání osob, které nejsou indikováni pro linku 155 a jejich následné ošetření

a doprava do spádového nemocničního zařízení. Na 19 výjezdových stanovištích dopravních služeb, rovnoměrně rozložených po celé Praze, jsou k dispozici výjezdové skupiny, rozložené tak, aby dojezd na místo tísně bylo maximálně 15 min.

Další úkoly dopravní služby jsou:

- c) zajišťování sekundárních transportů,
- d) doprava rodiček a přeprava raněných a nemocných,
- e) přeprava nedonošených dětí a novorozenců v případě nutnosti převozu,
- f) přepravy v rámci transplantačního programu,
- g) přeprava krve a krevních derivátů v případě nutného transportu,
- h) zajištění ošetření nemocného zdravotníkem v případě absence pohotovostních služeb a odvoz domů, nebo spádové nemocnice.

Letecká záchranná služba - byla založena v roce 1985. Střediska postupně vznikala v Brně, Plzni, Ostravě a na dalších místech České republiky. Službu konající personál se skládá z lékaře, sestry nebo záchranáře, pilota. Je schopna doletu k pacientovi v rámci regionu do 14 minut. Leteckou záchrannou službu provozuje Policie ČR anebo vojenské instituce.

Zkušenosti ukázaly, jak důležitým prvkem je letecká záchranná služba při záchraně lidských životů, neboť může zasáhnout co nejvčasněji při všech stavech ohrožujících život člověka, bez ohledu na denní dobu, a také zejména tam, kde není terén přístupný pro dojezd sanitek, nebo v případě, kdy postižení pacienta nesnese odkladu v rámci poskytované pomoci v terénu.

Letecká záchranná služba spolupracuje především s ostatními složkami záchranářů - např. horskou službou, policií, terénními lékaři, dispečinkem v okrese. Jediným omezením vzletu jsou meteorologická omezení - nepříznivé počasí, nebo předpověď o blížící se bouři, nebo jiné kalamitní situaci.

Státní instituce jako součást IZS

Součástí IZS jsou i státní instituce, odborné profesní organizace, které v případě živelných či jiných katastrof kdy dojde k újmě na zdraví, životě, majetku či dalších hodnot, poskytují součinnost při odstraňování následků v rámci svých kompetencí tak, aby životně důležité zdroje byly co nejdříve obnoveny a neohrožovaly zdraví jedince. Významnými spolupracujícími složkami v tomto případě jsou odborné služby veřejných sítí (vodohospodářské, energetické, plynárenské, komunikační, meteorologické, dopravní), jejichž jednotky jsou schopny okamžitě zasáhnout. Při větším rozsahu působí v IZS ještě další složky, které se nasazují dle rozsahu havárií - civilní obrana, hygienická služba, důlní záchranná služba, radiační síť a další.³

Charitativní, dobrovolné organizace a zájmové spolky jako součást IZS

Na záchranných akcích mohou nemalou měrou přispět dobrovolníci z řad zájmových spolků a dobrovolných organizací jako je například Český červený kříž, spolek kynologů, Svaz potápěčů, dobrovolníci či aktivní jedinci z řad občanů. Ačkoliv by se mohl zdát význam těchto organizací mizivý, opak je pravdou. Především občané a dobrovolníci, kteří jsou v okamžik krizové události přítomni na místě nehody, mohou přispět nejúčinnější a nejrychlejší pomocí, která mnohdy zachrání život.

2.3.2 Callcentrum IZS v České republice

Callcentrum integrovaného záchranného systému je velmi důležitou součástí celého procesu záchranných prací v krizové situaci. Slouží jako sběrna informací a vyhodnocovací středisko, které převzatou informaci vyhodnotí a předá na další složky IZS, tak aby došlo k učinění všech kroků potřebných ke stabilizaci situace a záchraně života. Centrální Callcentrum pro celou Českou republiku bylo zavedeno v dubnu roku 2004. Co tomu předcházelo:

³ PANOCHA, Václav, pplk.: *Integrovaný záchranný systém (IZS) v České republice*. Praha: Armex, 1997.

1991 Rozhodnutí Rady Evropy o zavedení jednotného evropského čísla tísňového volání ve všech členských státech

1996 Diskuze o zavedení čísla v České republice

2000 Přijato vládní usnesení o způsobu zavedení jednotného evropského čísla- Usnesení vlády č. 391/2000 a jeho změny č. 350/2002

2003 Zprovoznění linky ve všech telefonních stanicích České republiky

2004 Zahájení ostrého provozu evropské linky pro tísňové volání 112

Avšak ani po ostrém startu callcentra integrovaného záchranného systému se nepřestalo pracovat na jeho zdokonalování a nepřestaly se přidávat nové služby a funkce, které celý proces přenosu informace od svědka krizové situace až po zorganizování a příjezd pomoci na místo nehody urychlují:

2007 Zpracován a uveden do provozu e-projekt. Byl zprovozněn automatický e-call systém, který umožňuje automatické tísňové volání z vozidel.⁴

2009 V Bruselu udělena cena „Cena 112“ Asociací evropského čísla tísňového volání (EENA) integrovanému záchrannému systému v České republice a to proto, že celoevropský průzkum ukázal, že Češi patří mezi nejinformovanější národy Evropy. K tomuto závěru EENA došla tím, že od roku 2004 do roku 2009 bylo uskutečněno 12 512 416 volání (tj. 8780 volání denně) a pokud bychom nasměrovali linky 155 a 150 do linky 112, pak to představuje 15 milionů volání za 4 roky.⁵

2.4 Odborné aktivity zdravotníků IZS

V rámci IZS se začala rozvíjet aktivita zdravotníků, dobrovolných organizací a dalších složek IZS, a to především ze strany záchranářů z důvodu absence odborné a profesní komunikace v rámci IZS v České republice. K této aktivitě patří zejména zakládání a odborných spolků a komor, jejich činnost a vydávání odborných publikací.

⁴ Odborný časopis PO 112: *Záchranný integrovaný systém*. Roč. 8, č. 3. 2009

⁵ Celoevropský výzkum veřejného mínění: *CZ je v tísňové lince 112 vzorem pro celou Evropu*. [online] dostupné z <http://www.hzscr.cz/clanek/celoevropsky-vyzkum-verejneho-mineni-cr-je-v-tisnove-lince-112-vzorem-pro-celou-evropu.aspx> k 14. 4. 2011

Komora záchranářů zdravotnických záchranných složek ČR byla založena v roce 2005 a jejím presidentem se stal záchranář Drahomír R. Sigmund. Složky IZS -zdravotníci- zakládají další spolky a asociace, kde se zaměřují na informovanost občanů, na vzdělávání pracovníků IZS, především v rámci ZZS, rozvíjení spolupráce všech složek IZS, aktivita zdravotníků v rámci rozvíjení komunikace mezi záchranáři, HS, Policií ČR a veřejností.

Prostřednictvím internetu se velmi dobře prezentuje spolek Záchranný kruh (Asociace Zelený kruh Karlovy Vary), který se zaměřuje především na komunikaci s veřejností a její vzdělávání.⁶

2.4.1 Časopis 112

Odborný časopis policie ČR, IZS a ochrany obyvatelstva, který se zabývá především komunikací všech složek IZS, poskytováním péče v oblasti ochrany zdraví a majetku, zajišťuje informace o chystaných školících cvičeních a dalších akcích v rámci regionu i celé České republiky, a to pro všechny složky IZS. V časopise ale převládá téma hasičských sborů nad ostatními, protože jsou hlavními vydavateli a časopis financuje Ministerstvo vnitra. Přesto v každém vydání je téma na součinnost HS, Policie ČR, ZZS.⁷

2.5 Historie zdravotnické složka IZS a jejích výkonných prvků

2.5.1 Historie záchranné služby

První záchranná služba, pod názvem „*Humanitní společnost pro záchranu zdánlivě mrtvých a v náhlém nebezpečí smrti se ocitnuvších*“, byla u nás založena roku 1798. Již

⁶ <http://www.zachranny-kruh.cz/>

⁷ Odborný časopis PO 112: *Součinnost při zneužití IZS a integrovaných složek osobami opilými a ovlivněnými psychotropními látkami*. Roč. 7, č. 2. 2008

předtím, roku 1792 při korunovaci Františka II, byla zřízena stanoviště lékařů, ranhojičů, kteří prováděli první záchranné akce i preventivní zásahy při hromadných akcích. Byla to první snaha o organizovanou pomoc.⁸

V roce 1857 se na doporučení ředitele c. k. Policie pražské přihlašuje 36 dobrovolníků různých profesí a ustanovují společně „*Pražský dobrovolný sbor ochranný*“ Účelem jest: „... *za každé doby poskytovatí první pomoc, jakožto podporovati akci přímou při všech úrazech a nehodách, bezpečnosti osoby a majetku se týkající, tudíž zejména při požáru, povodních, pak v případech zabití, poranění všeho druhu a zvlášt' též vpádu mobilizace a války.*“⁹

Ochranný sbor se při požáru Šiklových mlýnů v roce 1858 a povodních v letech následných stal tak věhlasným, že další města požádala o pomoc při zakládání obdobných sborů. Zajímavé je, že původně ve sboru byli jen tři zdravotníci. První oficiální stanoviště a sídlo získává sbor na Václavském náměstí, pak se přestěhoval do staré mincovny na Staroměstském náměstí. V roce 1945 byla budova zničena, sbor přesídlil do prostor ulice Dukelských hrdinů, kde je stanoviště záchranné služby dodnes.¹⁰

Roku 1924 získává sbor charakter obecní služby, Ministerstvo vnitra povoluje fanfáru, získává nové technické vybavení v podobě patnácti automobilů, které nahradily vozy tažené koňmi.

Po roce 1949 je záchranná služba začleněna pod státní správu a od těchto let do roku 1989 se stává průkopníkem přednemocniční neodkladné péče v ČR, provozovala vlastní lůžkové a resuscitační oddělení v Nemocnici na Strahově, v roce 1987 oficiálně zahájila provoz letecké záchranné služby. V tomtéž roce zahajuje činnost záchranné středisko provozující tzv. rande-vous, kdy lékař vyráží na místo problému menším,

⁸ Portál Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy: *Historie záchranné služby v Praze*. [Online] dostupné z <http://www.zzshmp.cz/zdravotnicka-zachranna-sluzba/historie/> k 15. 4. 2011

⁹ Portál Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy: *Historie záchranné služby v Praze*. [Online] dostupné z <http://www.zzshmp.cz/zdravotnicka-zachranna-sluzba/historie/> k 16. 4. 2011

¹⁰ Portál Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy: *Historie záchranné služby v Praze*. [Online] dostupné z <http://www.zzshmp.cz/zdravotnicka-zachranna-sluzba/historie/> k 17. 4. 2011

rychlejší osobním vozem a velká sanita přijíždí v případě potřeby za ním. Jen díky tomuto systému funguje záchranná služba v Praze daleko efektivněji, než záchranné stanice po celé ČR. Zraněnému je tedy poskytována pomoc dvojím způsobem: RLP- rychlá lékařská pomoc, systém rande-vous, a RZP- rychlá zdravotnická pomoc, kdy posádku sanity tvoří zdravotník (záchranář) a řidič.

V roce 1989 má záchranná služba v Praze 23 jednotek RZP, 8 jednotek RLP, přičemž oproti celostátnímu průměru by mělo být na území města Prahy 45 jednotek RZP včetně RLP.

V roce 1990 získává záchranná služba areál Nemocnice na Malvazinkách. Areál koncem roku 1998 zaniká z ekonomických důvodů. V roce 1999 bylo otevřeno Operační středisko „dispečink záchranné zdravotnické pomoci, lékařské pomoci a letecké záchranné služby“ v Praze 2, Korunní ulici, kde je dodnes spolu s vedením záchranné služby.

První zmínky o „dispečinku“ dostupném jinak, než osobní žádostí, pocházejí z dvacátých let, kdy centrála sídlila na Staroměstském náměstí a začala používat telefonní linku č. 60727. Od roku 1937 byly k dispozici linky dvě. Tím, že posádka prostřednictvím dopravních dispečerských stojanů hlásila předání pacienta do nemocnice, byl položen základ pro budoucí dispečerské linky a operativní řízení záchranné služby.

Další vývoj na sebe nedal dlouho čekat a v roce 1945 byl švýcarskou firmou představen radiotelefon, ale do sanitek byl instalován až v roce 1952. V roce 1977 byl vybudován radiový systém na deseti pracovištích, kde se realizovalo až 1200 výzev denně. Začátkem devadesátých let 20. století však i tento systém technicky i morálně zastaral, tak bylo zřejmé, že jej bude nutné zásadně inovovat. Navíc se začala uplatňovat satelitní navigace, mobilní telefony, nové technologické možnosti, a tak se v roce 1999 slavnostně otevřelo nové středisko v Korunní ulici na Vinohradech, kde v současnosti záchranná služba disponuje 8 špičkovými pracovišti.

Kvalita poskytovaných služeb odborníky dispečinku je vyjádřena certifikací ISO. Denně zde 5-8 pracovníků přijme zhruba 1000 telefonátů, zasahuje asi v 300 případech,

z nichž jen asi 60 případů je skutečným ohrožením života a vyžaduje si urgentní zásah lékaře. Na místo události vyjíždí ze stanoviště výjezdová skupina RZP. Pokud jde o život ohrožující stav, nebo stav, při kterém hrozí trvalé poškození zdraví, vyjíždí zároveň i lékař v týmu RLP, nebo vzlétá letecká záchranná služba.

Za dojezdový čas se považuje čas, který uplyne od přijetí telefonátu na centrálním dispečinku do příjezdu zdravotníků k nemocnému. Všechna vylepšení, technický pokrok, rozdělení typů záchranných složek má jeden společný cíl, a to v co nejkratší době poskytnout co nejvyšší zdravotní péči a co nejvíce zkrátit dobu dojezdu lékaře, zdravotnické záchranné služby, lékaře pohotovostní služby. Zkracováním dojezdových časů se zabráňuje většímu poškození zdraví.

Předepsané dojezdové časy:

Rychlá zdravotnická služba	- do 15 min. po nahlášení
Lékařská služba první pomoci	- do 2 hod. po přijetí telefonátu
Rychlá lékařská pomoc	- do 7 min. po nahlášení výjezdu

2.5.2 Rychlá zdravotnická pomoc

Skupina Rychlé zdravotnické pomoci (dále jen RZP) disponuje sanitami s možností transportu imobilního pacienta, tzv. velkou sanitou s plným vybavením k ošetření širokého spektra všech zdravotních příhod a úrazů od těžkého poranění přes náhlé srdeční zástavy až například k překotnému porodu. Ve vybavení těchto vozidel je přístroj pro monitoring srdečního rytmu - EKG, defibrilátor, přístroj pro umělou ventilaci, komplexní lékovou zásobárnu pro léčbu kritických stavů, kyslíkové lahve, obvazový materiál, infuze atd. Posádky vozů RZP zjišťují 80 % výzev s lehčími případy.

2.5.3 Rychlá lékařská pomoc

Lékař přijíždí na místo události v osobním voze se zdravotnickou nástavbou a se skupinou RZP se setkává u pacienta. Tento systém, o kterém se zmiňuji v části historie záchranné služby, se nazývá rande-vous a lze ho označit za jeden z největších pokroků v poskytování přednemocniční neodkladné péče. Zkracuje dojezdový čas k pacientovi na nejnižší možnou míru a zároveň dovoluje lépe rozvrhnout práci lékaře: ten na místě zásahu provede všechny zákroky a lékařské výkony potřebné k odvrácení život a zdraví ohrožujícího stavu.

Stabilizovaného pacienta pak do nemocnice transportuje RZP, pokud je stav kritický, doprovází pacienta lékař až na příslušnou jednotku nemocnice. Pokud je pacient stabilizován, pak je lékař znovu okamžitě k dispozici a může vyjet k dalšímu případu daleko dříve. Skupinami Rychlé lékařské pomoci (dále jen RLP) je realizováno zhruba 20 % nejzávažnějších případů ohrožení života a zdraví

2.5.4 Lékařská služba první pomoci

Od roku 2003, kdy Lékařská služba první pomoci (dále jen LSPP) přešla do kompetencí krajů, ji v Praze zajišťovaly s pomocí městských dotací jednotlivé městské části. Na jejich rozhodnutí nyní je, zda si nad rámec stanovený a financovaný městem zachovají vlastní smlouvy s poskytovateli LSPP a vynaloží na to vlastní prostředky. Tato povinnost pro městské úřady ale není v rámci republiky legislativně definována a tudíž ne všude zajištěna.

Začátek služby možno spatřovat v úloze rodinného lékaře 19. století, kdy lékař na přání rodiny, nebo žádosti pacienta, přijel v kteroukoli dobu a pacienta v rámci možností ošetřil, nebo dal doporučení do nemocnice. Jednalo se o akutní stavy a služba byla placená. Definice typu onemocnění, pro která byl volán lékař, nebyla tehdy stanovena. Volání o pomoc se spíše odvíjelo od majetnosti pacienta, nebo jeho rodiny, nebo závažnosti zdravotního stavu.

Ve dvacátých a třicátých letech minulého století se otevřely první „služebny“ lékařských služeb první pomoci. Byly částečně financovány pokladnou, částečně státem a sponzoringem, který byl v té době zastoupen významnou měrou. V minulém režimu byla služba LSPP poskytována v rámci poliklinik a pohotovostních ordinací praktickými lékaři, případně specialisty. Lékaři buď v rámci ordinačních hodin prováděli návštěvní službu u pacientů příslušného lékaře, nebo v rámci pohotovosti vyjížděli k pacientům, kteří nebyli schopni navštívit ordinaci, například k pacientům které postihlo náhlé zhoršení zdravotního stavu, nebo je náhle postihla např. srdeční slabost, žlučnicková či ledvinová kolika, nevolnosti doprovázené bolestí hlavy, ztrátou orientace, výpadkem paměti s tím, že se může jednat o iktus, ale také k astmatickým záchvatům po bodnutí hmyzem apod.

Od roku 2003 nastala změna, kdy byla schválena vyhláška č. 27/2002 sb. , kterou přešel výkon státní správy v oblasti zdravotnictví z městských částí na Hlavní město Prahu, tj. magistrát. Jednotlivé městské části tak již nemohou ovlivňovat veřejnou správu na úseku zdravotnictví, nemohou zasahovat do provozu lékařské a zdravotnické činnosti a nemohou vyřizovat stížnosti, které se LSPP a zdravotnictví týkají. Vzhledem k tomu, že Hlavní město Praha nemělo v době přijetí změny schválenou strategii změny v poskytování LSPP a jeho financování, došlo mezi městskými částmi a magistrátem k dohodě, že ještě rok 2003 budou provozovat LSPP jednotlivé městské části za finanční podpory magistrátu. Dotace ale byly nedostatečné, proto došlo ke zrušení pohotovostních služeb v mnoha městských částech Prahy. Od roku 2004 v podstatě nedošlo ke změně a provoz LSPP byl dále omezován, nebo zastaven.

V několika městských částech (např. Praha 12), došlo k redukci pohotovosti jen na období svátků a pracovního volna. V současné době ostatní městské části odkazují na svých internetových stránkách na poskytování LSPP ve spádových nemocnicích, nebo doporučují včasnou návštěvu praktického lékaře v běžné ordinační době, nebo kontakt RZP IZS na linkách 155 a 112 (mimo Prahu 1, 3, 4 a 5). Systém financování a zajišťování LSPP vč. legislativních změn není ještě dokončen.¹¹

¹¹ Portál Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy: *Historie záchranné služby v Praze*. [Online] dostupné z <http://www.zzshmp.cz/zdravotnicka-zachranna-sluzba/historie/> k 15. 4. 2011

3. Pacient jako uživatel služeb IZS

Z literárních zdrojů se dozvídáme, že terminologie označujícího nemocného člověka je více než různorodá. Slovo pacient je odvozeno od latinského *pateo*, *patere* - trpět, trpící a označuje toho, kdo potřebuje pomoc sociální, zdravotní a jemuž je poskytovatel péče morálně zavázaný. V době průmyslové revoluce byl pojem pacient používán v souvislosti s příměrem nemoci, stupně postižení, bolestí a stupněm odborné péče ze strany lékaře. Zatímco lékař byl aktivní a odborně vzdělaný, pacient byl pasivním příjemcem lékařské péče. Očekávala se tedy podřízenost a pasivita ze strany pacienta a rodiny.

Ve dvacátém století dochází k terminologickému posunu, jenž odrážel změnu ve vztahu mezi lékařem a pacientem. V novém tisíciletí se častěji užívá nový pojem, spojený se vztahem komunikujících partnerů, aktivních příjemců a poskytovatelů služby, kde se postupně vytrácí nadřazenost postavení lékaře. Pacient se stává klientem, zákazníkem. Uživatel zdravotní péče přináší do zdravotnického systému finanční prostředky.¹² Je však nezbytné uvědomit si, že pojem klient a pacient se nekryjí významem.¹³

Je potřebné poznamenat, že pro účely mé práce je důležité označit uživatele služby RZP, LSPP či RLP podle situace a funkce či vztahu s lékařem, který v dané situaci zastává. V situaci, kdy je pasivní a nevstupuje do procesu poskytování lékařské pomoci, je považován za pacienta. Budeme-li však brát v potaz platbu paušálních poplatků a využívání služeb plně hrazeného soukromého poskytovatele zdravotnické první pomoci, musíme již hovořit o klientovi, který využívá nadstandartních služeb.

Ve výkladu práva je za klienta označován pacient, který si sjednává služby za úplatu¹⁴. V určitých oblastech medicíny můžeme pro osoby používající služby ve zdravotnictví použít slovo zákazník. Dobrým příkladem je stomatologie a zubní práce

¹² VONDRÁČEK, LUDVÍK: *Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi*. Brno: IDVPZ, 2002.

¹³ HAŠKOVCOVÁ, H.: *Pacient nebo klient?*. In Gerontologické aktuality, č. 1, roč. 2004. s. 4-5.

¹⁴ Všeobecná encyklopedie Diderot. Praha: Nakladatelský dům OP Diderot, 1997.

s tím spojené, estetické operace, nadstandardní služby a úkony žádané klientem.

Pokud ale uvažujeme o lidech zraněných, nebo akutně postižených nemocí, tj. o uživatelích zdravotní péče, jimž je poskytována diagnosticko-terapeutická péče z důvodu ohrožení zdraví či života, je pak nasnadě používat slovo pacient ve všech možných případech, které v procesu poskytování LSPP mohou nastat.

Z uvedených důvodů ve své práci preferuji pro osoby vyhledávající pomoc pohotovostních a záchranných složek označení pacient.

„Pacient je osoba, která je nemocná, nebo zraněná a je lékařsky ošetřovaná nebo toto lékařské ošetření potřebuje.“ Právní předpisy používají slova pacient jako legislativní zkratky i pro ostatní uživatele zdravotnických činností, například zdravé příjemce služeb ve zdravotnictví (posudková činnost, porod, poradna atd.).“¹⁵

3.1 Ochrana pacienta přednemocniční péče v legislativě

3.1.1 Listina základních práv a svobod

Ochranou osobnosti se zabývali poskytovatelé zdravotní péče již v období středověku. V legislativě České republiky nalezneme několik zákonů, jež upravují právo jednotlivce na ochranu osobnosti, soukromí, a osobních údajů. Zákon, který je hierarchicky na nejvyšší úrovni, je Ústavní zákon č. 2/ 1992 Sb., Listina základních práv a svobod. Zde se říká, že „...každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a pomůcky za podmínek, které stanoví zákon“.¹⁶

¹⁵ Výkladový slovník dostupný z <http://dictionary.sensagent.com/patient/cs-cs/> k 15. 4. 2011

¹⁶ Ústavní zákon č. 2/ 1992 Sb., hlava čtvrtá, článek 31 Listiny základních práv a svobod.

3.1.2 Konvence o biomedicině

V roce 2001 Česká republika ratifikovala mezinárodní dokument s názvem „Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny“. Tento dokument má několik synonym pro svůj název, jednou z nich je „Konvence o biomedicině.“

Ratifikací se Konvence o biomedicině stala nejvyšším zákonem pro zdravotnickou oblast. Konvence o biomedicině je mezinárodní dokument, proto je zde návaznost k ostatním českým právním předpisům. V české legislativě existují zákony, které přiznávají pacientům práva v menším rozsahu, než je zaručuje Konvence o biomedicině. To je však nepřijatelné. V Ústavě České republiky je však v článku 10 deklarováno, že: „*Vyhlášené mezinárodní smlouvy, k jejichž ratifikaci dal Parlament souhlas a jimiž je Česká republika vázána, jsou součástí právního řádu, stanoví-li mezinárodní smlouva něco jiného než zákon, použije se mezinárodní smlouva.*“¹⁷

Problematika svobodné volby zdravotnického zařízení či lékaře není Listinou blíže upravena, naproti tomu Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny poukazuje na to, že „*jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možné provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svůj souhlas svobodně odvolat*“.¹⁸

Také další zákony vymezují jasné právo pacienta na „...výběr lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a právo na svobodnou volbu zdravotnického zařízení.“¹⁹ Uvedený paragraf nijak neomezuje volbu zdravotnického zařízení ve vztahu k prostředí, a nikterak nepřikazuje, aby pacient vyhledal ošetření ve spádovém zdravotnickém zařízení.

¹⁷ Mezinárodní smlouvy [online] dostupné z http://www.sagit.cz/pages/lexikonheslatxt.asp?cd=154&typ=r&levelid=pr_069.htm k 15. 4. 2011

¹⁸ Úmluva o biomedicině, kapitola II, článek 5.

¹⁹ Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. § 11, odstavec 1 písmena b.

Zdravotní transport záchrannými složkami do zdravotnického zařízení je nutné považovat za zdravotnický výkon. Je proto nezbytné získat k tomuto výkonu informovaný souhlas pacienta v případě, že povaha onemocnění a stav jeho vědomí je objektivně nebrání vyslovit. Ve smyslu kapitoly II, článku 5 Úmluvy o biomedicíně tak nelze transportovat postiženého bez jeho přímého souhlasu do zdravotnického zařízení, které si nezvolil nebo které vyloženě odmítá.

Přednemocniční neodkladnou péči poskytují výjezdní skupiny tak, jak jsou popsány výše. Jedná se zejména o skupiny rychlé lékařské pomoci, skupiny rychlé zdravotnické pomoci, službu lékařské první pomoci a složky IZS (hasiči, Policie ČR, dobrovolné instituce). V zásadě je dělíme na skupiny lékařské (RLP a LSP) a nelékařské (RZP, HZS, PZS) s předepsaným vzděláním a praxí.

Při poskytování akutní péče se obě skupiny setkávají z mnoha právními a etickými problémy, které právě ovlivňují i rozsah poskytované péče v rámci LSPP a RZP. Právě chybějící standardy a přesné vymezení přístupů komplikují stávající výjezdy maximální možnou měrou.

3.1.3 Standardy přednemocniční péče

Neexistence standardů přímé péče (procesuálních standardů) vede k nejednotnosti a rozdílnosti kvality poskytované péče jinak velice kvalitní technické vybavenosti sítě záchranných zdravotnických služeb v republice. Tím dochází k zásadnímu právnímu, ale hlavně etickému a profesnímu problému.

Pracovníci poskytující přednemocniční péči mají zjevné rezervy v dodržování mnoha ustanovení, která byla kdy vládou a profesními komorami přijata. Při poskytování přednemocniční péče je pořád patrný dominantní paternalistický vztah lékaře a submisivní postoj pacienta, tím je daný chybný přístup v situacích vypjatých, potlačení práva rozhodnout se svobodně o volbě zdravotnického zařízení, informovaný souhlas, rovný a spravedlivý přístup ke zdravotnické službě, složkám IZS, a morální nárok na vysoce

odbornou péčí.

Problém aktuálního stavu tkví v tom, že zdravotníci jsou rámcově poučeni o institutu informovaného souhlasu, ale není jimi aktivně vyžadován od pacienta ústní ani konkludentní formou, přestože většina pacientů, ke kterým posádky vyjíždějí, není ve stavu bezprostředního ohrožení života a jejich momentální stav umožňuje alespoň ústní poučené rozhodování.

Vondráček považuje informovaný souhlas za „...*důležitý nástroj pro poskytování informací*“, který je přijímán jako „*náležitý projev pacientovy vůle*“²⁰ Tato skutečnost je přímým důsledkem Konvence o biomedicíně, která říká, že „*jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas*.“²¹

3.1.4 Etické profesní kodexy

Na základě znalosti obsahu etických kodexů profesních sdružení, Úmluv o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny (Mezinárodní smlouva č.96/2001 Sb.) by bylo možné zamezit mnoha negativním situacím, které v případě ošetření pacientů vznikají. Obě zastoupené skupiny se mohou řídit vlastními etickými kodexy, a to „Etickým kodexem České lékařské komory - Kodex sester a lékařů“ a „Kodexem práv pacientů“.

Etický kodex Práva pacientů:

Kodex byl v České republice formulován a vyhlášen Centrální etickou komisí při Ministerstvu zdravotnictví ČR v roce 1992. Stejně jako ostatní kodexy je i tento pouze morálně závazný. Ideální stav by byl, kdyby rozdíl mezi realitou a kodexem byly minimální. V etickém kodexu Práva pacientů je dále ustanovení, jež se vztahuje na ochranu

²⁰ VONDRÁČEK, LUDVÍK: *Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi*. Brno: IDVPZ, 2002.

²¹ Úmluva o biomedicíně, kapitola II, článek 5.

informací o osobě nemocného. Přesně je zde stanoveno: „*Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné*“²² Ustanovení vyplývá z Hippokratovy přísahy.

Etický kodex by měli respektovat všichni pracovníci, jež přichází do styku s nemocným a informacemi o nemocném.

Etický kodex České lékařské komory:

V etickém kodexu České lékařské komory se práv pacientů dotýkají dvě ustanovení. Prvním z nich je povinnost důsledně zachovávat lékařské tajemství. Dalším bodem, jež má určitý vztah k ochraně práv nemocného, je bod č. 2 ve III oddílu s názvem Lékař a nemocný. Zde je přímo napsáno: „že lékař bere ohled na páva nemocného.“ Uvedené kodexy jsou svým pojetím univerzální, ale vztahují se také na záchranáře, působící ve výjezdových skupinách zdravotnické záchranné služby a lékařské pohotovostní služby.

Důležitým dokumentem přímo pro pracovníky lékařských a nelékařských oborů je Etický kodex a normy profesionálního chování zaměstnanců Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy, které přímo vychází z Kodexu etiky zaměstnanců ve veřejné správě, který schválila vláda svým usnesením č. 270 ze dne 21. 3. 2001.

Všechny etické kodexy obsahují minimální standard morálky, jež by měl být pacientům zaručeny během poskytované zdravotní péče ve všech zdravotnických zařízeních na území České republiky. „*Jsou závazné morálně, nikoliv právně.*“²³ Posádka ZZS poskytující přednemocniční péči jakéhokoli typu musí vědět, že ze zákona má každý právo na ochranu zdraví. Dále musí akceptovat, že jakýkoli zákrok v přednemocniční péči v oblasti péče o zdraví je možné provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla informovaný souhlas. Tato osoba musí být řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svůj souhlas svobodně odvolat.

²² MPSV: *Práva pacientů ČR*. [online] dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/840> k 16. 4. 2011

²³ MPSV: *Práva pacientů ČR*. [online] dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/840> k 16. 4. 2011

Posádka ZZS musí respektovat právo svobodné volby zdravotnického zařízení i přes fakt, že se pacient vystavuje riziku, že nebude za podmínek stanovených zákonem²⁴, přijat do ústavní péče. Jiná situace může nastat v okamžiku, kdy pacient z neznalosti žádá o transport na pracoviště nižšího typu, jež mu není schopno poskytnout náležitý rozsah péče vzhledem k povaze jeho onemocnění a v situaci, kdy žádá péči, s tím spojený transport do zařízení výrazně vzdáleného.

Posádka ZZS by měla jasně a srozumitelně informovat o tom, jakým rizikům se uplatněním práva svobodné volby zdravotnického zařízení může pacient vystavit, ale fakticky by měla jeho přání naplnit, protože není oprávněna volit u klienta, jehož způsobilost k právním úkonům či vyslovení svobodné volby není závažným způsobem snížena, zdravotnické zařízení dle vlastního uvážení s ohledem na povahu a tíži pacientových obtíží.

Odmítnutí přijetí či přijetí s výhradou, že po ošetření bude pacient předán posádce RZP předán zpět, nelze akceptovat. Nepřijetí pacienta do ústavní péče v podmínkách stanovených §48/1997 Sb. může lékař uplatnit pouze s odkazem na překročení únosného pracovního zatížení, v jehož důsledku by lékař nemohl poskytnout kvalitní péči o pojištěného. Celou situaci je třeba vztáhnout na lůžkovou kapacitu daného zařízení, protože podle § 33, odst. 5 zákona č.245/2006 Sb., je zdravotnické zařízení zařazené do sítě veřejných zdravotnických zařízení povinno zajistit zdravotní péči občanům s trvalým pobytem ve vlastním spádovém území.

Povinná mlčenlivost:

Další zákon, kterým je upravena péče o nemocné i v přednemocniční péči je Zákon o péči o zdraví lidu z roku 1966.²⁵ V tomto předpisu je pracovníkům ve zdravotnictví uložena povinnost zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu svého povolání. Povinná mlčenlivost se vztahuje na všechny zdravotnické pracovníky, kteří se dostávají do styku s osobními daty nemocných, tudíž ustanovení platí

²⁴ Zákon č. 48/1997 Sb. *o veřejném zdravotním pojištění*. § 11, odstavec 1 písmena b

²⁵ Zákon č. 20 / 1966 Sb. *Zákon o péči o zdraví lidu*.

také v oblasti přednemocniční péče u všech složek poskytovatelů. Otázkou však zůstává rozsah povinné mlčenlivosti.²⁶

Ochrana osobních údajů

Nakládání s údaji o pacientech, vedení zdravotnické dokumentace, předávání informací mezi jednotlivými zdravotnickými pracovníky, je upravena zákonem číslo 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Osobní údaj je definován jako jakýkoli údaj týkající se určeného nebo určitého subjektu. Za osobní údaj se považuje věk, bydliště, rodné číslo, údaje o zdravotním stavu, ale také politické, národnostní, etnické postoje, údaj o trestné činnosti, sexuální zaměření.

Poskytování přednemocniční péče je spojeno s tím, že se zdravotník dozvídá řadu informací a intimních údajů. Je třeba pečlivě zvážit, které informace jsou nutné předat dalším zdravotníkům pro kontinuální odbornou péči a které má zachovat v tajnosti. Právě v akutních stavech a v přednemocniční péči nejčastěji dochází k tomu, že se pacient ve slabé chvíli, např. ve strachu o život při kardiálních obtížích, svěří lékaři či záchranáři intimní informace, které nemají souvislost se zdravotním stavem ani léčbou.

Problematické je, že v souvislosti s poskytováním přednemocniční zdravotní péče není přesně stanovený obsah pojmu soukromí jedince a navíc nejsou uváděny povinnosti odpovídající právům, jak ve svém článku uvádí L. Vondráček.²⁷

²⁶ MADAR, J. et al.: *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada Publishing, 2004.

²⁷ VONDRÁČEK, LUDVÍK: *Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi*. Brno: IDVPZ, 2003.

4. Praktická část práce

4.1 Cíle studie

V rámci praktické části jsem si zvolila tři níže uvedené cíle:

Cíl 1: Zjištění informací z oblasti výjezdů RZP prostřednictvím dispečinku IZS o dodržování etického kodexu Práv pacientů v IZS.

Etický kodex práv pacientů je důležitým dokumentem, který dává každému z nás jistotu, že nebude zneužito stavu nemohoucnosti, který nastává při úrazech a jiných případech, kdy jsme odkázáni na pomoc rychlé záchranné služby. Míra rozšíření jeho znalosti mezi pacienty a zdravotnickým personálem však není známa. Stejně tak doposud nebyl v praxi uveden výzkum, který by v globálním měřítku zkoumal jeho dodržování. Jedním z cílů mé práce je tedy zjistit co nejvíce informací z této oblasti a na jejich základě dále pokračovat v řešení této choulostivé otázky, kterou dodržování kodexu práv pacientů zajisté je. Musíme si však také uvědomit skutečnost, že práce zdravotníků při záchrane lidského života není jednoduchá a mnohdy je to boj s časem o lidský život. V takovém případě je pak naprosto pochopitelné, že bude docházet k neúmyslnému porušování kodexu práv pacientů bez špatných úmyslů s cílem pacienta poškodit.

Cíl 2: Vytvoření návrhu zlepšení stavu neindikovaných výjezdů na pracovišti v Praze

Neindikované výjezdy rychlých záchranných služeb jsou velkým problémem každého zdravotnického pracoviště, které je na tyto služby napojeno. Mnoho z hovorů, které se uskutečňují na dispečink integrovaného záchranného systému, není ve skutečnosti tísňovým voláním člověka, který je v ohrožení života nebo zdraví. I přesto ve většině případů nedochází k rozpoznání takového hovoru a na zásah je vysláno vozidlo rychlé záchranné služby. Po příjezdu pracovníci zjistí, že výjezd je uskutečněn zbytečně. Takto se vynakládá obrovské množství prostředků, které posléze chybí na jiných místech. Ať už se jedná o finanční prostředky spojené s náklady na provoz vozidla záchranné služby nebo lidské zdroje, které by během zbytečného výjezdu mohly zasahovat jinde. Ani v tomto případě však není situace tak jednoduchá, jak by se mohlo zdát. Je třeba uvědomit si riziko, že dispečer rychlé záchranné služby vyhodnotí tísňové volání jako neoprávněné a vozidlo

na místo incidentu nevyšle. Takováto chyba může stát lidský život. I tomuto tématu chci věnovat ve své práci místo.

Cíl 3: důslednější dodržování etického kodexu Práv pacientů alespoň v základních bodech (právo na soukromí, odmítnutí účasti třetí osoby při ošetření a právo na volbu zdravotnického zařízení)

Jak už se zmiňuji u prvního cíle své práce, etický kodex je velmi důležitou listinou. Zjištěním, nakolik je její znalost rozšířena a jak je tento dokument dodržován ze strany zdravotnických pracovníků, bych ráda dosáhla důslednějšího dodržování stěžejních bodů tohoto kodexu, se kterými se můžeme setkat v každodenním provozu rychlé záchranné služby i dalších zdravotnických institucí. Jedná se zejména o právo na soukromí, odmítnutí účasti třetí osoby při ošetření a právo na volbu zdravotnického zařízení, které bude zajišťovat lékařskou pomoc postiženému. Někomu by se mohla tato práva zdát absurdní a nedůležitá vzhledem k povaze lékařské pomoci. Musíme si však uvědomit, že během lékařského ošetření se každý může ocitnout v situaci, která poškodí jeho důstojnost, nebo vyjdou najevo intimní informace, které by měli zůstat pouze u dotyčné osoby. Na zdraví pacienta má významný vliv i jeho psychika a prostředí, ve kterém se nachází. Je-li schopen samostatného uvažování a vyjádření svého přání, je nezbytné, umožnit mu svobodnou volbu zdravotnického zařízení, kam bude převezen. Pokud bychom jeho osobní preference zanedbali, mohl by se dostat do nepříjemného stresu, který by zpomalil léčebnou rekonvalescenci.

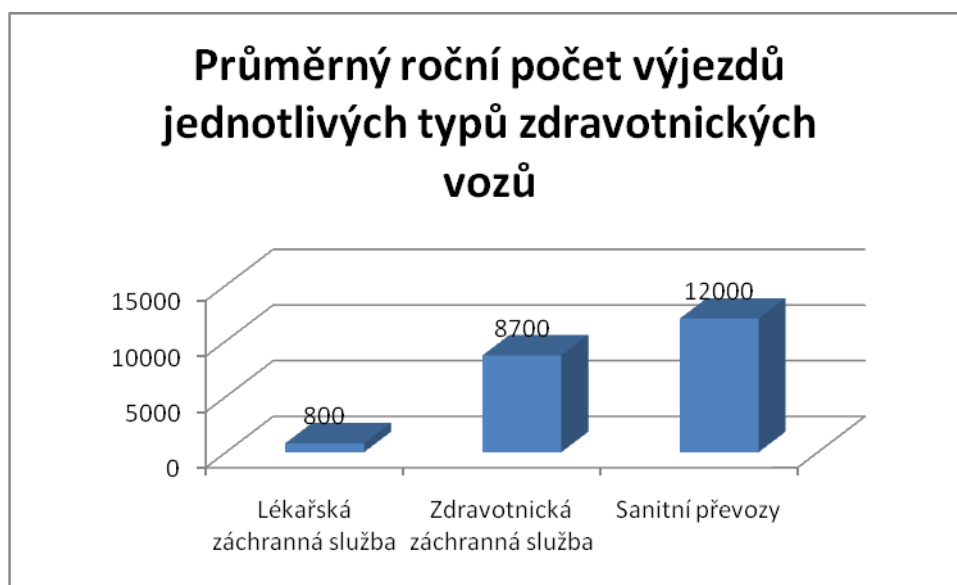
4.2 Popis zkoumaného pracoviště

4.2.1 Obecná charakteristika

Praktickou část diplomové práce jsem realizovala na pracovišti Záchrané služby hl. města Prahy na detašovaném výjezdovém stanovišti RZP v Praze 7. Při tomto stanovišti je dispečink IZS. Průměrný počet výjezdů lékařské záchranné služby na jedno pracoviště

činí zhruba 800 ročně, zdravotnické záchranné služby 8700 výjezdů ročně a sanitních převozů je více jak 12 tisíc. To je 1/19 z celkového počtu výjezdů v Praze. Roční počet uskutečněných hovorů na dispečink IZS v Praze byl v roce 2002 78 tisíc, v roce 2009 je jich už 154 tisíc a počet se neustále zvyšuje. Na toto pracoviště připadalo v minulém roce 41 tisíc volání v rámci IZS.

Pracoviště jsou plně vybavena přístroji na přenos signálu i se záložními zdroji, dvaceti čtyřhodinovým dispečinkem a částečně vybaveným zázemím pro personál pracoviště. V budově ale chybí sprchy, rozdělené šatny a zvláštní východ na výjezdové stanoviště. Součástí pracoviště jsou i dvě ambulance, které jsou užívány pro ambulantní, převážně noční ošetření podnapilých a osob, které se dostaví na ošetření pohotovostní služby (dříve byla v prostorách LSPP), jejich stav není vážný a nevyžaduje péči RZP (běžné odřeniny, zhmoždění, aplikace injekcí). Tato ošetření jsou sporadická. Ambulance spíše slouží jako sklad materiálů a léků na doplňování kufrů sanit.



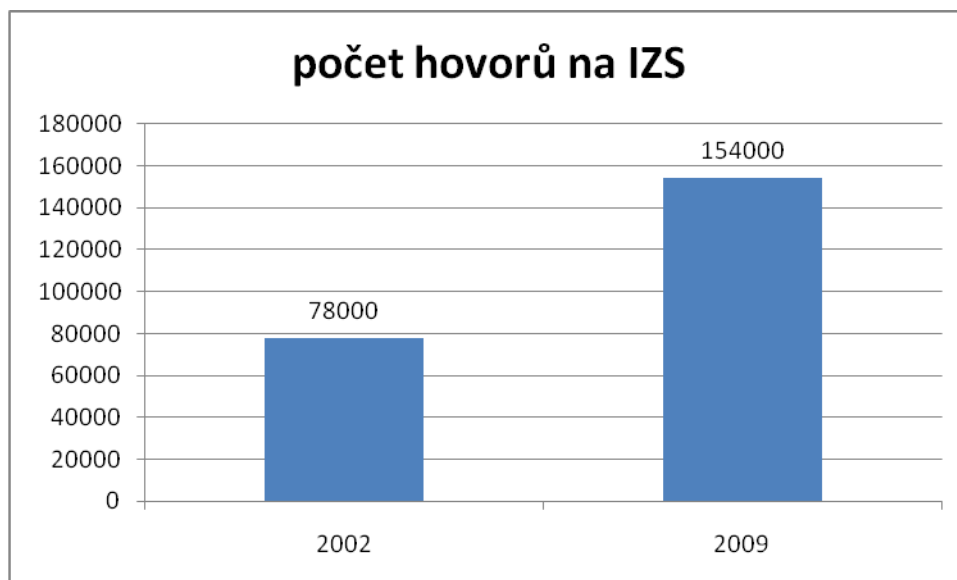
Graf č. 1 Průměrný počet výjezdů složek IZS

Předchozí graf názorně poukazuje na vytíženost jednotlivých zdravotnických složek integrovaného záchranného systému na zkoumaném pracovišti. Nejmenší výjezdovost má v ročním průměru lékařská záchranná služba, která vyjíždí pouze v několika nejnutnějších případech. A sice, jde-li o natolik vážné tísňové volání, že lze předpokládat nutnost lékařského zásahu přímo na místě incidentu. Jedná se zejména o

dopravní nehody atp. Dalším případem, kdy je vyslána lékařská zdravotnická pomoc může být domácí ošetření člověka, pro kterého je transport do zdravotnického zařízení příliš komplikovaným.

Více jak desetkrát tolik, tedy 8700, je průměrný roční počet výjezdů zdravotnické záchranné služby tohoto pracoviště. Tak rapidní nárůst výjezdů je dán menšími nároky na tuto zdravotnickou složku integrovaného záchranného systému z pohledu charakteru tísňového volání. Zdravotnická záchranná služba je tedy vysílána zejména k menším nehodám a úrazům, kde lze předpokládat možnost rychlého převozu zraněných osob na nejbližší zdravotnické zařízení, kde je jim následně poskytnuta náležitá lékařská pomoc. Personál zdravotnické záchranné služby není tedy složen z kvalifikovaných lékařů. Osazenstvo těchto vozů je složeno zejména z osob se základními zdravotnickými znalostmi. Důraz při jejich vzdělání je pak kladen na fyzickou zdatnost, rozhodnost a rozvahu v krizových situacích. Je od nich očekáván zejména rychlý a bezpečný transport pacienta do lékařského zařízení za současného zajištění základních životních funkcí.

Největší počet výjezdů je pak ročně evidován u základních sanitních výjezdů, a to 12 000. Sanitní výjezdy jsou využívány zejména k dopravě osob se sníženou pohyblivostí do a z nemocnice. Sanitní výjezdy jsou používány i v mnoha dalších případech. To zde však není třeba podrobně rozebírat. Zarážející je však skutečnost poměrně nízkého rozdílu mezi průměrným ročním počtem výjezdů sanitní služby a zdravotnické záchranné služby. Náklady na provoz obou druhů služeb jsou diametrálně odlišné. V mnoha případech je z důvodu špatné indikace tísňového volání vyslána zdravotnická záchranná služba místo klasického sanitního výjezdu. V závěru práce uvedu některé důležité znaky, které mohou napomoci správné indikaci volání a tím i zlevnit provoz záchranného střediska.



Graf č. 2 Meziroční srovnání uskutečněných hovorů na IZS

Již v obecné charakteristice zkoumaného pracoviště zmiňuji skutečnost, že v rámci tohoto pracoviště je provozován dispečink integrovaného záchranného systému. Díky tomu se mi povedlo získat informace o počtu hovorů, které byly v jednotlivých letech uskutečněny. Velmi mě zaujalo meziroční srovnání let 2002 a 2009. Rok 2009 jsem zvolila proto, že v době sběru dat, tedy v průběhu roku 2010, byl tento rok posledním, který bylo možno získat v plném rozsahu, dostala jsem tedy k dispozici konečné číslo. Je zarážející, že během sedmi let došlo k nárůstu počtu hovorů na 200%. Během tak krátké doby je to velmi zajímavé číslo, které si zaslouží bližší vysvětlení a komentář.

V novém tisíciletí došlo k masivnější propagaci znalostí základní lékařské pomoci mezi veřejností. Zvýšil se i počet laických absolventů nejrůznějších zdravotnických kurzů. S tím pochopitelně úzce souvisí i zvýšená pozornost každého jedince k situacím, které by mohly vést k ohrožení zdraví či života. Dalším faktorem, který se podepsal na nárůstu počtu tísňových hovorů je dle mého názoru i zavedení jednotného čísla 112, se kterým souvisí i masová propagace a popularizace tohoto čísla. Pokud zvážíme všechny tyto faktory, měl by se nárůst hovorů na dispečink integrovaného záchranného systému zdát pochopitelnějším.

Ačkoliv můžeme tuto skutečnost hodnotit kladně z pohledu bezpečnosti každého

z nás, jsou zde i zjevné nevýhody, které s tím úzce souvisí. Zatímco dříve se tísňové hovory uskutečňovaly převážně v závažných situacích, dnes je mezi těmito hovory i spousta těch, které jsou uskutečňovány pouze z opatrnosti a dobré informovanosti veřejnosti. Tím však rostou nároky na pracovníky dispečinku, kteří tak musí bedlivěji analyzovat hovor a lépe naslouchat volajícímu, aby dokázali odlišit skutečné a neodkladné tísňové volání od neakutních, spíše informativních hovorů kvůli náznaku zdravotního rizika a dle toho správně reagovat.

4.2.2 Zdravotnický tým

Z pohledu personálního složení jde o středně velké pracoviště, které je schopno s přehledem spravovat celou městskou část bez přetížení jednotlivých zdravotnických pracovníků. Vedle technických a zdravotnických pracovníků, se kterými se setkáváme i na jiných zdravotnických pracovištích, na tomto se setkáváme s dalšími pracovníky, kteří zajišťují chod dispečinku integrovaného záchranného systému. Přes toto středisko dispečinku v loňském roce prošlo cirká 27% všech tísňových volání v rámci Hlavního města Prahy.

Dispečink IZS je složen z 5 zaměstnanců zdravotnického vzdělání (zdravotními sestrami), které pracují na plný úvazek a 3 pracovníků HS. Je zde staniční sestra a úseková sestra pro tým záchranářů. Všechny složky alternují spolupracovníci na různé úvazky. V tomto úseku je nejvyšší fluktuace. Pracovníci, kteří jsou zaměstnání na tomto úseku, musí vynikat zejména komunikačními schopnostmi a vysokou měrou empatie, aby dokázali z volajícího dostat co nejvíce informací nezbytných pro správný zásah zdravotnické pomoci. Zároveň však musí ovládat i zdravotnické dovednosti a mít dostatečnou míru zdravotnických znalostí. V mnoha případech je nezbytné, aby zdravotnický personál dispečinku udílel rady volajícímu, ať už se jedná o volání z první či druhé ruky. K tomuto se pracovník dispečinku uchýlí zejména v případech, kdy je pro záchranu zraněného důležitá každá vteřina. Než se na místo dostaví kvalifikovaná pomoc, může volající záchránce učinit značné množství úkonů, které zvýší šanci na záchranu lidského života. Tento druh komunikace mezi volajícím a personálem dispečinku je však velmi náročný a osoby bez příslušného vzdělání by s největší pravděpodobností nebyly

schopny jedince na místě nehody správně navigovat a užitečně mu radit.

Technický a zdravotní tým se skládá z²⁸:

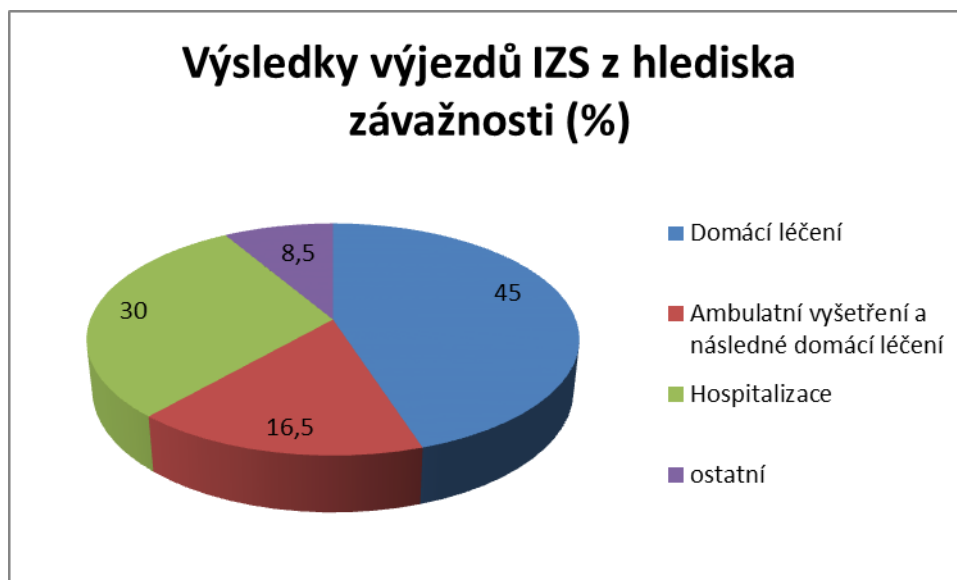
- **řidičů** všech typů sanitních vozů. Zodpovídají za technický stav a denní údržbu sanitních vozů, výměnu kyslíkových a jiných zásobníků, eventuálně úklid. Ačkoliv se jedná o nejméně kvalifikované pracovníky, jejich funkce je nezastupitelná a neméně důležitá. Jejich význam lze beze strachu přirovnat k technickým pracovníkům, kteří se podílejí na údržbě letadla. Jejich pochybení může mít tragické následky. Pokud by nevykonávali svou práci pečlivě a svědomitě, mohlo by dojít ke kritické situaci, kdy je na místo nehody přivolán vůz záchranné služby, který díky špatnému technickému stavu vůbec nedorazí na místo určení;
- **diplomovaných záchranářů**, kteří jsou posádkou vozů RZP a zodpovídají za doplnění zdravotnického materiálu a přístrojů, které jsou nutné k výjezdu RZP. Zodpovídají za poskytování erudované rychlé zdravotnické pomoci v době výjezdu sanitního vozu, potřebného odborného zásahu a převozu na odborné pracoviště. Uchovávají data spojená s výjezdem a doplňováním materiálu. Jejich role v rámci záchranných služeb leží někde mezi rolí lékařů a technických pracovníků. Musí ovládat dostatečné množství lékařských dovedností, aby dokázali zachránit život pacienta a bezpečně ho přepravit do zdravotnického zařízení a zároveň musí zvládat kontrolu technického stavu vozidla a jeho vybavení zdravotnickým materiálem a přístroji. Pokud by došlo k jejich pochybení, mohlo by se stát, že vůz bezpečně dojede na místo určení, chybí v něm však klíčové vybavení pro záchranu lidského života;
- **lékařů LZP** vyjíždějících zvláštními sanitními vozy, nebo motorkami k výjezdům, které jsou indikovány zdravotnickým personálem, nebo dispečerem IZS. Vozidlo LZP je samostatně vyčleněné a výjezd si lékař buď zajistí sám jako řidič LZP, nebo spolu s řidičem RZP. Lékaři poskytující službu mají atestace z ARO, JIP, k tomu nástavbové atestace z dalších oborů (chirurgie, interna, kardiologie...). Vzhledem k takto vysokým požadavkům, které jsou na lékaře v rámci záchranných služeb

²⁸ SCHWARZ, Z., Mudr.: *145 let záchranné služby hl. Města Prahy*. Praha: ASA, 2002.

kladeny, je kvalitních lékařů nedostatek. Pokud je lékař kvalifikován ve výše uvedených oborech, ještě to nutně neznamená, že se může v lékařské záchranné službě uchytit. Takový lékař musí mít ještě celou řadu dalších dovedností, které mu umožní tuto profesi vykonávat. Musí být schopen pracovat v polních podmínkách terénu, musí být přizpůsobivý, rozhodný a cílevědomý. Takových lékařů si záchranné služby cení a je-li to možné, odpovídá tomu i finanční ohodnocení.

Více jak k třetině případů je posádka doprovázena ke zdravotním indikacím buď hasičským záchranným sborem, nebo Policíí ČR, nebo oběma v rámci IZS (trestné činy, agresivní chování, vyprošťování, podnapilost, drogové omámení). Z toho je patrné, že složka zdravotnické pomoci je nezastupitelná a v systému nejvíce užívaná.

Umístění pacientů po dojezdu je vystihující vzhledem ke zkoumanému problému v 45 % ponechání doma, v dalších jde o předání pacienta do nemocniční péče na pracoviště Centrálního příjmu a interny, z toho víc jak 30 % je propuštěno po vyšetření do domácí péče. Transport těchto pacientů zpět domů zajišťují opět transportní vozy ZZS. Pouze 30 % výjezdů je plně indikovaných k výjezdu RZP. (srdeční kolapsy, úrazy, neurologické stavy, akutní selhání životních funkcí).



Graf č. 3 Výsledky výjezdů IZS z hlediska závažnosti 2006 - 2009²⁹

Jak je indikace výjezdů rychlé záchranné služby na zkoumaném pracovišti zvládána lze analyzovat na základě údajů o výsledcích jednotlivých výjezdů, které se mi podařilo získat přímo z dispečinku daného pracoviště. Díky těmto údajům můžeme stanovit procento úspěšnosti pracovníků dispečinku v indikaci. Pokud bude toto procento nízké, navrhovala bych, aby došlo k proškolení pracovníků v oblasti komunikace s volajícími a k zdokonalení jejich schopností reakce pomocí správných otázek a vět, tak aby nedošlo ke zbytečné manipulaci s volajícím směrem, který by značně zkreslil výpovědní hodnotu jeho slov.

V úvahách této práce vycházím z předpokladu, že v ideálních podmínkách by vozy rychlé záchranné služby, potažmo zdravotnické záchranné služby měli vyjíždět pouze k případům, kdy dochází k ambulantnímu ošetření či následné hospitalizaci. V případech domácího léčení lze hovořit o špatné indikaci stavu tísňového hovoru a plýtváním prostředků pracoviště záchranné služby.

Graf č. 3 uvádí statistiku výjezdů lékařské záchranné služby zkoumaného pracoviště mezi lety 2006 a 2009. Předpokladem pro rozbor tohoto grafu je, že rychlá

²⁹ Počet záznamů včetně tzv. Marných výjezdů

záchranná služba má vyjíždět pouze k závažným případům, kdy je nezbytná hospitalizace pacienta. Vypustíme nespecifické výsledky výjezdů v kategorii „ostatní“, z celku tedy ztratíme 8,5 %. Po přepočtu dalších hodnot tedy získáme, že domácím léčením skončilo 49% výjezdů, ambulantním vyšetřením a následným propuštěním do domácího léčení 18% a hospitalizací 33%. Pokud byl výjezd rychlé záchranné služby uskutečněn k případu, kdy jeho závažnost stačila na ambulantní vyšetření, můžeme to chápat jako poloviční pochybení dispečera. Po přepočtení 18 procent, které tomuto případu náleží, zjistíme, že na každých 33 správně indikovaných výjezdů připadá 57 chybně indikovaných. Procentuální úspěšnost pracovníků dispečinku v indikaci tísňových hovorů a rozhodnutí o vyslání rychlé záchranné služby je tedy pouze necelých 37%. Tento stav si žádá neodkladné řešení.

Nahlédnutím do statistik, které jsou ve spojení s výjezdy zdravotnických vozů spojeny, můžeme zjistit další zajímavé skutečnosti. A sice například, že nejčastějším umístěním osob se závažným zdravotním postižením je Nemocnice Královské Vinohrady, která je k dojezdovým skupinám nejvíce vstřícná a nemá potíže s umístěním osob na jednotlivá oddělení pracovišť, poskytujících neodkladnou či jinou formu nemocniční péče.³⁰

Taktéž umístění pacientů na klinická pracoviště se odvíjí od možnosti hospitalizace v dané nemocnici, zde je nejvíce umístěno pacientů na interní oddělení a jednotky intenzivní péče, které jsou zřízeny v rámci těchto oddělení.³¹

4.2.3 Návrh zlepšení indikace výjezdů RZP

Jak už jsem v práci zmínila, téma zlepšení stavu v oblasti indikace tísňových volání z hlediska jejich oprávněnosti je do jisté míry kontroverzní, a to zejména z důvodu charakteru práce zdravotnických složek, které mají za úkol chránit lidské životy a zdraví. Mnozí by tedy zajisté ze všech sil bránili ten názor, že na každé tísňové volání by mělo být

³⁰ Statistické umístění pacientů na odborná oddělení ZZ (2006-2009)

³¹ SCHWARZ, Z., Mudr.: *Výroční zprávy z let 2002 – 2009*. Soukromý archiv.

reagováno s tou největší starostlivostí a zodpovědností. Jen tak může být riziko neposkytnutí pomoci tam, kde je jí zapotřebí, minimalizováno. S tím bych do jisté míry i souhlasila. Situace je však taková, že každý výjezd stojí značné finanční prostředky, které následně chybí v podkladně zdravotnických zařízení na jejich provoz. Tuto skutečnost si uvědomují i pracovníci a vedení zdravotnických pracovišť a jejich dispečinků. Jsou tedy vydávány instrukce o opatrném rozhodování v této otázce. Z tohoto důvodu je však známa i celá řada případů, kdy bohužel došlo ke špatné indikaci tísňového volání z opačného úhlu pohledu. Tedy, že oprávněnost tísňového volání byla vyhodnocena negativně, načež došlo k úmrtí díky neposkytnutí adekvátní pomoci stran rychlé záchranné služby. Je tedy bez dalších diskusí nad míru jasné, že náprava tohoto problému je potřebná.

Jako řešení tohoto problému osobně navrhuji co nejdůkladnější zaškolení každého pracovníka dispečinku záchranné služby. Mnohá tato pracoviště vydávají své manuály, dle kterých se mohou pracovníci řídit. To však není důsledně kontrolováno a jejich znalost není dle mého názoru dostatečně vyžadována. Řešením, sice nákladným, ale účinným by zajisté bylo pořádání speciálních školení zaměřených výhradně na řešenou problematiku, a to především z praktického hlediska s názornými ukázkami a testy.

Dobrym materiálem je zajisté i publikace vydaná v roce 2010 pod názvem „Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska“, kterou přehledně zpracoval MUDr. Ondřej Franěk. Díky této publikaci získají pracovníci dispečinků širší pohled na celou problematiku a dokáží o ní přemýšlet z globálnějšího pohledu, což napomůže jejich klidnější reakci a rozhodnutí, které bude obsahovat více souvislostí a informací z místa nehody.

Jinými slovy, možnosti nápravy tohoto nepříznivého stavu indikace výjezdů jsou dvě. První z nich jsem zde již nastínila, jedná se o proškolení pracovníků specializovanými odbornými společnostmi urgentní medicíny a medicíny katastrof, na jehož základě by docházelo k neustálému opakování a procvičování algoritmů, které se v práci operátora vyskytují. Druhou možností, jak dosáhnout zlepšení práce dispečerů je zjednodušení celého procesu indikace a zaměření se pouze na stav jedince, jenž je v ohrožení. Jinými slovy vést dispečery, aby se oprostili od předsudků a nevnímali způsob jakým je tísňové volání uskutečňováno a zaměřili se pouze na předávané informace. Tak

by měli dosáhnout lepších výsledků. Stavy, v nichž se může pacient vyskytovat lze rozdělit do jednotlivých kategorií, ke kterým je vždy nezbytné vyslat vozidlo zdravotnické záchranné služby. Pokud dispečer jeden z těchto stavů rozpozná, ihned vysílá vozidlo bez dalšího otálení. Tyto jednotlivé kategorie uvádím níže dle odborné literatury³²:

1) Stavy, které bezprostředně ohrožují život postiženého

- a) *bezvědomí nejasného původu,*
- b) *bezdeší - pacient nedýchá,*
- c) *náhlá zástava oběhu krevního (NZO) - není hmatný puls na velkých cévách,*
- d) *závažné poruchy srdečního rytmu, náhle vzniklá bolest na hrudi s dušností,*
- e) *šokové stavy - masivní krvácení, alergické reakce,*
- f) *rozsáhlá poranění, závažná poranění mozku spojená s kvantitativní poruchou vědomí, dopravní nehody s větším počtem poranění, nejasnost úrazu,*
- g) *utonutí, oběšení,*
- h) *rozsáhlé popáleniny či poleptání,*
- i) *zasypání,*
- j) *požadavek dalších složek IZS nejenom v rámci mimořádné události.*

2) Stavy, které mohou vést prohlubování chorobných změn k náhlé smrti

- a) *déletrvající bolest na hrudi bez odezvy na podané léky, poruchy rytmu srdečního,*
- b) *přechodná ztráta vědomí, mdloba, kolapsový stav,*
- c) *křečové stavy,*
- d) *náhlé poruchy hybnosti a řeči,*
- e) *intoxikace i při zachovalém vědomí,*
- f) *poranění břicha, hrudníku,*
- g) *podezření na krvácející mimoděložní těhotenství, překotný porod nebo potrat,*
- h) *ztráta krve zvracením nebo stolicí, masivní vykašlávání krve,*
- i) *zhoršující se dušnost, astmatický záchvat,*
- j) *úrazy elektrickým proudem, fyzikálními vlivy - hypotermie, hypertermie,*

³² ŠTĚTINA, Jiří, Mudr.; *Indikace výjezdů skupin zdravotnické záchranné služby*. In: Integrovaný záchranný systém. Č.2, 2002.

- k) uštknutí hadem, alergická reakce,*
- l) všechny stavy, u kterých nelze zjistit přesněji zdravotní stav.*

3) Stavy, které bez rychlého poskytnutí zdravotní pomoci způsobí trvalé chorobné změny

- a) poranění páteře,*
- b) zlomeniny dlouhých kostí,*
- c) závažná poranění oka (velká cizí tělesa, perforující poranění, poleptání).*
- 4) Stavy, které působí velkou bolest nebo utrpení pacienta*
- a) kruté bolesti břicha (kolika žlučnicková, ledvinová, břišní),*
- b) lumboischiadický syndrom - bolesti páteře, které nereagují na běžné léky.*

5) Stavy působící změny chování a jednání postiženého, který ohrožuje sebe nebo okolí

- a) akutní psychózy,*
- b) toxikomanie,*
- c) sebevražedné pokusy.*

Závěr této problematiky chci říci, že i přes všechna pravidla, doporučení, příručky a opatření si musíme uvědomit, že práce dispečera je enormně náročná a zodpovědná, a to zejména kvůli nutnosti řešit situaci volajícího co nejrychleji pouze na základě laických informací bez možnosti si celou situaci ověřit osobně. Jakákoli kritika či postihy osobám na pozici tak nelehké nejsou přípustné. Dispečer jako takový by zase měl mít na mysli skutečnost, že je povinen poskytnout pomoc každému, kdo o ni požádá. Jeho úloha tedy v žádném případě nespočívá v rozhodování Ano či Ne, rozhoduje pouze o míře pomoci a způsobu jejího poskytnutí tak, aby byla co nejefektivnější na danou situaci a neplýtvala prostředky záchranné služby zbytečně.

4.3 Metodologie

Pro získání dat potřebných ke zmapování situace v oblasti poskytování pohotovostní péče prostřednictvím RZP v rámci IZS jsem použila techniky kvantitativního

výzkumu. **Úkolem kvantitativního výzkumu** je statisticky popsat závislost mezi proměnnými. V podstatě spočívá v návrhu testu pro potvrzení, nebo zamítnutí stanovené hypotézy. K získání potřebných dat jsem použila následující techniky:

- pozorování (osobní zkušenost),
- neformální rozhovory (prvky kvalitativního výzkumu),
- dotazníkové šetření.

Metody neformálního rozhovoru a pozorování jsem používala především k doplnění informací, které nebylo možné získat z dotazníků, nebo jiným způsobem.³³

4.3.1 Dotazníkové šetření

Z důvodu porovnání pohledů obou stran na problematiku zbytečných, resp. neindikovaných výjezdů prostřednictvím IZS ze strany zdravotníků i ze strany pacientů, ošetřených jednotlivými výjezdovými skupinami (jednotkami) jsem sestavila dva dotazníky, v nichž některé otázky byly totožné pro obě skupiny respondentů. Oba typy dotazníků byly anonymní a zaručovaly ochranu dat.

Dotazníky pro zdravotnické zaměstnance obsahovaly minimum údajů, které by sloužily k identifikaci respondenta. Nelze tedy srovnávat odpovědi a ani porovnat v kontextu odpovědi lékařů, záchranářů na jedné straně a nelékařských pracovníků na straně druhé. Roli v tomto jistě sehrála i úroveň vzdělání a osobního rozvoje, společenského povědomí respondenta. Bylo to vytvořeno ale záměrně, kolektiv je poměrně malý, a pokud bych zvolila neanonymní dotazníky, ztratila bych tak cennou upřímnost a data by byla zkreslena.

V prvním termínu, kdy jsem pracovala na distribuci dotazníku v době před onemocněním, byli pracovníci vstřícní, otevření, měli o vyplnění zájem, mluvili o záměru jako o dobrém výzkumném plánu. V průběhu roku 2008 a polovině roku 2009 se však vedení ZZS rozhodlo vědomě nařídit ošetřovat vše, to znamená, že každý výjezd byl

³³ BÁRTLOVÁ, S., et al.: *Výzkum v ošetrovatelství*. Brno: NCONZO, 2005.

veden jako nutný akutní výjezd RZP, a to za účelem zvýšení úspěšnosti zásahů ve statistických údajích o úmrtnosti a úspěšnosti zásahů. O tomto nařízení se mělo mlčet. Díky tomuto nařízení se má výzkumná práce výrazně ztížila a respondenti již nevykazovali tak velkou míru ochoty spolupracovat jako tomu bylo před tímto zásahem vedení do mé práce. Přesto jsem přesvědčena, že se mi podařilo shromáždit dostatečné množství údajů, které zajišťují směrodatnost a přínosnost mého výzkumu.

Před vlastním dotazníkovým šetřením jsem uskutečnila schůzku s vedoucím lékařem ZZS Prahy 7 a dohodla jsem se na možnosti provést nejdříve výzkum u zhruba poloviny zaměstnanců a dotvořila jsem s ním možný okruh otázek. Cílem tohoto předjednání bylo zjistit, zda vůbec z navrhovaných omezení jsem schopna odpovídající závěr zjistit a zda navrhované výzkumné nástroje budou správně zvolené a dostatečné. Především šlo o to zjistit, zda jsou otázky v dotaznících zformulované srozumitelně, jasně a tak, aby nebránily zdravotníkům odpovědět co nejjednodušeji. Po této konzultaci jsem vytvořila konečnou verzi dotazníku.

4.3.2 Výběr respondentů

Pro popsání postupu při výběru respondentů musím nejdříve uvést přesné definice populace a vzorku:

„Populace je soubor jednotek, o kterém předpokládáme, že jsou pro něj naše závěry platné. Vzorek je skupina jednotek, které skutečně pozorujeme.“³⁴

Respondenti pro výzkum byli vedoucí pracovníci pracoviště, lékaři a nezdravotnický personál. Druhou skupinou byli klienti, pacienti z výjezdů různých zásahových skupin, hlavně RZP a následně nemocničních ambulancí. V mém výzkumném šetření jsou tedy zkoumané především dva vzorky populace.

První populace je tvořena zdravotnickým, lékařským a technickým personálem výjezdového stanoviště. **Druhou populaci** respondentů tvoří pacienti, klienti výjezdových

³⁴ HAŠKOVCOVÁ: *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002.

skupin a ambulantních provozů (hlavní část neformálních rozhovorů byla vedena na chodbách ambulanci).

Vzhledem k nutnosti získat co největší množství dat jsem v krátké době oslovila, a tím do výzkumu zahrnula všechny, se kterými jsem během činnosti nejvíce spolupracovala a také všechny, kteří se v té době na pracovištích a výjezdových skupinách zdržovali anebo byli ošetřováni. Podmínky sběru dat hlavně u pacientů, klientů výjezdových skupin byly někdy až hraniční.

Přesto jsem přesvědčena, že vzorky, u nichž jsem provedla dotazníkové šetření, se shodovaly s populacemi, pro něž jsem zformulovala hypotézy. Jediným kritériem, jež jsem stanovila pro populaci pacientů RZP, bylo minimálně jedenkrát vědomě použít RZP jako výjezdovou jednotku pro stav neohrožující život a mít tedy osobní zkušenost s voláním na IZS .

4.4 Hypotézy

4.4.1 Obecná hypotéza

Abych mohla vytvořit soubor otázek pro dotazníkové šetření, stanovila jsem si nejprve obecnou hypotézu:

Zdravotníci znají podstatné legislativní a etické normy týkající se indikace a náplně péče v rámci poskytování RZP a LZS všech typů výjezdových skupin, mají zájem je dodržovat. Úroveň péče se odvíjí od znalostí dané výjezdové skupiny a stupně výjezdových zásahů (typů). Obecně jsem stanovila, že se v praxi indikace výjezdů v rámci RZP a LSP nedodržují (porušují legislativní normy pro výjezd RZP a LSP). Povinná mlčenlivost, daná zákonem, se nedodržuje a je porušovaná všemi, kteří pomoc poskytují v rámci IZS. Zdravotníci znají etický kodex Práva pacientů, ale v mnoha směrech jej nedodržují, vědomě, či nevědomě.

4.4.2 Pracovní hypotézy

Pro možnost vytvoření otázek dotazníku jsem zpracovala obecnou hypotézu do několika pracovních hypotéz:

1. Pacienti neznají kodex práva pacientů a nemají tedy dostatečné informace k zajištění své maximální spokojenosti a bezpečí.
2. Zdravotníci znají kodex práva pacientů, ale neřídí se jeho předpisy a to zejména kvůli ulehčení výkonu své profese.
3. „Rozsah dodržování kodexu práv pacientů ze strany zdravotníků nebude menší než jeho znalost mezi pacienty.“
4. Zdravotníci se příliš nezabývají otázkou neindikovaných a indikovaných výjezdů IZS.
5. Délka praxe v oboru zdravotníka uklidňuje a jeho rozhodování o adekvátnosti výjezdu IZS se stává uvolněnějším a méně předpisovým. Vítězí jeho vlastní úsudek nad všeobecnými předpisy.

4.5 Výsledky výzkumného šetření

4.5.1 Vyhodnocení dotazníků pro pacienty

Dotazník určený pacientům byl navržen tak, aby odhalil míru znalostí široké veřejnosti o kodexu práv pacientů. Tento kodex byl sepsán především k ochraně soukromí a psychického bezpečí pacientů. Přesto lze předpokládat, že znalost jeho obsahu není mezi obyčejnými lidmi příliš rozšířena. V dotazníku jsem vypsala hlavní práva a povinnosti, která kodex ukládá, a požádala jsem pacienty, aby zakroužkovali ty body, u kterých předpokládají, že jsou opravdu v kodexu práv pacientů zakotveny. Druhý cíl tohoto dotazníku byl zhruba zmapovat, zda dochází k porušování těchto bodů. Dotazník je

uveden v příloze³⁵

Aby byl výzkum takového tématu směrodatný, musela jsem získat co největší množství vyplněných dotazníků. Dotazníky jsem tedy rozdávala na pracovištích IZS, v nemocnicích, ale i přímo v terénu a na ulicích. Celkový počet získaných správně vyplněných dotazníků nepatrně překročil počet tisíce kusů. Pro zjednodušení výpočtů jsem několik přebývajících dotazníků náhodně z výzkumu odebrala tak, aby celkový počet hodnocených respondentů byl přesně jeden tisíc.

Dotazník měl za úkol poskytnout data k ověření třech hypotéz. První z nich se týkala znalosti pacientů z oblasti kodexu práva pacientů a druhá hovoří o nedodržování tohoto kodexu ze strany zdravotníků. U druhé zmíněné hypotézy tento dotazník poskytuje však pouze část informací, zbytek jsem získala z dotazníku pro zdravotníky. Třetí hypotéze zjišťuje vztah mezi znalostí kodexu pacienty a jeho dodržování zdravotníky. Všechny tři hypotézy zde uvádím:

„Pacienti neznají kodex práva pacientů a nemají tedy dostatečné informace k zajištění své maximální spokojenosti a bezpečí.“

„Zdravotníci znají kodex práva pacientů, ale neřídí se jeho předpisy a to zejména kvůli ulehčení výkonu své profese.“

„Rozsah dodržování kodexu práv pacientů ze strany zdravotníků nebude menší než jeho znalost mezi pacienty.“

Metodika dotazníku byla prostá. Celý dotazník byl v podstatě zjednodušeným kodexem práv pacientů, všechny uvedené body jsou tedy v oficiálním dotazníku zakotveny a respondenti je měli zakroužkovat. Bezchybně vyplněný dotazník by tedy byl v případě, že by respondent označil všechny body. V druhé části dotazníku byl pak dotaz, který požadoval vyjádření respondentů o osobní zkušenosti, kterou mají s činností

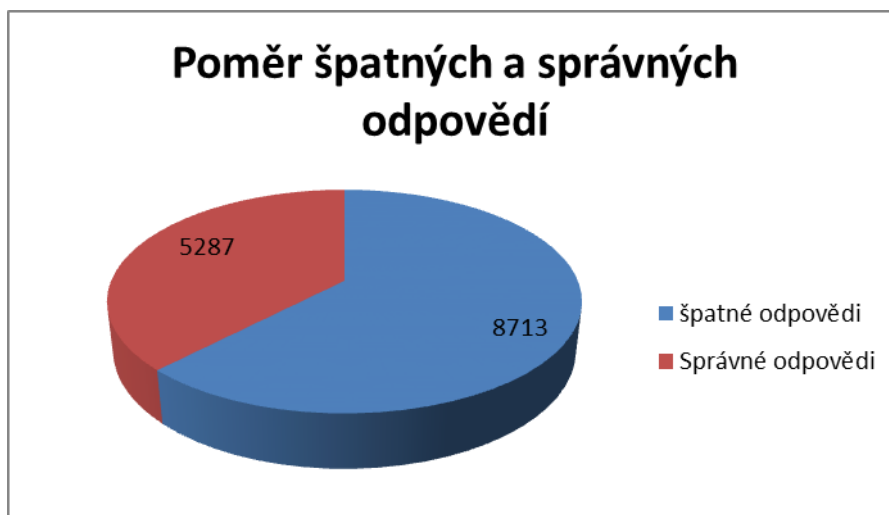
³⁵ Viz příloha číslo 3

zdravotníků v rámci svých práv, která znají a která jsou zakotvena v kodexu. Všechny získané údaje přehledně shrnuje níže uvedená tabulka:

Označení práva v dotazníku	Počet zakroužkování	Počet respondentů s negativní zkušeností
A)	973	213
B)	183	27
C)	327	119
D)	141	73
E)	28	2
F)	625	81
G)	469	0
H)	731	314
I)	857	97
J)	13	0
K)	346	57
L)	585	14
M)	9	0
N)	0	0

Tab. 1 Shrnutí získaných dat z dotazníku pro pacienty

Za předpokladu, že by všichni dotázaní respondenti znali kodex práv pacientů bez sebemenších nedostatků a vyplnili tak dotazník z 100% správně, získali bychom 14 000 kladných odpovědí. Po sečtení všech odpovědí jsme však v našem případě získali pouze 5 287 kladných odpovědí. To po přepočtení činí 37,76%. Toto procento vyjadřuje rozsah znalostí pacientů v oblasti kodexu.

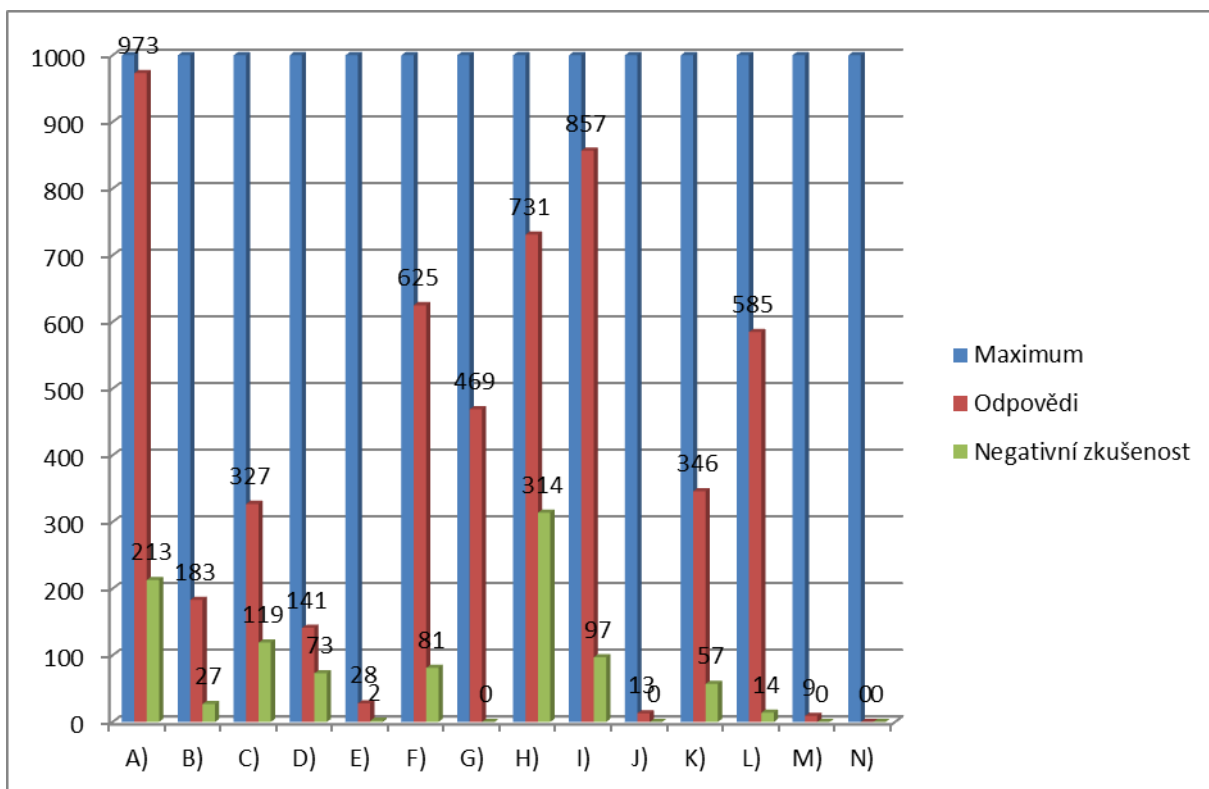


Graf č. 4 Poměr správných a špatných odpovědí v dotazníku pro pacienty

Z těchto 5 287 správných odpovědí je 997 s dodatkem o negativní zkušenosti, tedy, že zdravotníci toto právo pacientů v některých případech porušují. Pacienti se tedy domnívají, že práva, která sami znají a vyžadují, jsou dodržována z 81,14%



Graf č. 5 Zkušenosti s dodržováním kodexu v rozsahu znalostí pacientů



Graf č. 6 Shrnutí získaných dat z dotazníku pro pacienty

Rozbor jednotlivých otázek

Pacient má právo:

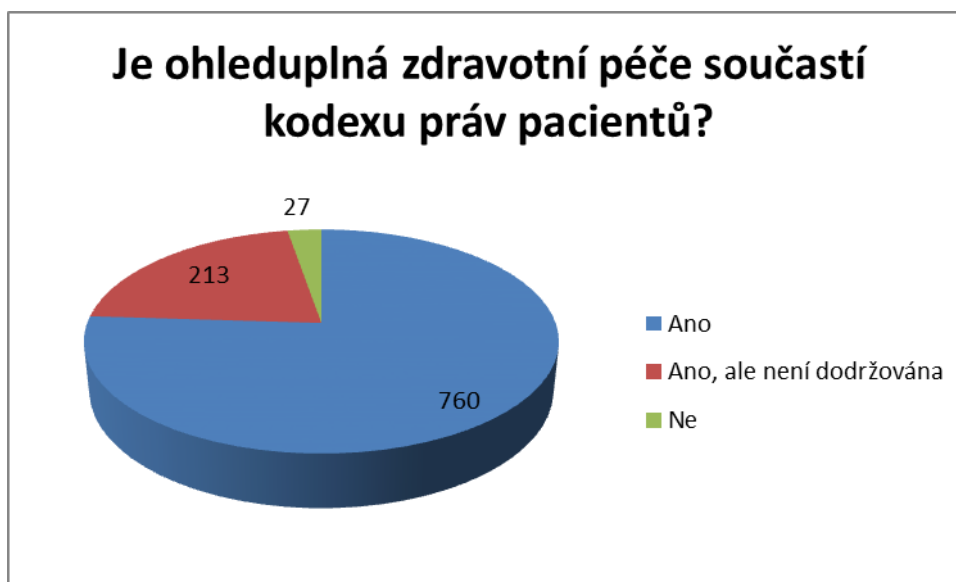
A) Na ohleduplnou odbornou zdravotní péči s porozuměním zajišťovanou odborně kvalifikovanými pracovníky zdravotnických profesí.

První bod dotazníku označilo jako součást kodexu práv pacientů 973 respondentů. Takto velký počet správných odpovědí je vcelku pochopitelný, a to zejména díky obecnosti, se kterou je dané právo pacientů stanoveno a díky všeobecnému povědomí, které se ve vyspělých státech světa drží a stále více rozvíjí. Tímto povědomím mám na mysli zákonné právo každého člověka na základní pomoc v nouzi a záchranu jeho života a zdraví, ocitne-li se v ohrožujícím stavu. Touto skutečností lze vysvětlovat i velmi nízkou znalost kodexu práv pacientů, která je mezi pacienty rozšířena. Považujeme-li něco

za své bezvýhradné zákonné právo a užíváme-li to denně bez přemýšlení, stane se to pro nás samozřejmostí, kterou již nevnímáme a nemáme tedy potřebu spekulovat o kvalitách těchto služeb, které jsou ošetřeny zákony, a tím pádem to musí fungovat bezvadně. Jen málokterý člověk si speciálně vyhledá přesné znění kodexu práv pacientů, aby bezchybně znal svá práva a mohl se jich dožadovat.

Co jsem však neočekávala je značně vysoký počet respondentů, kteří považují tento bod za právo pacienta a zároveň nejsou s jeho dodržováním ze strany zdravotníků spokojeni. 213 z celkového počtu 973 dotazovaných se alespoň jednou setkalo s neposkytnutím ohleduplné odborné zdravotní péče zajišťované kvalifikovanými pracovníky. Za tímto pravděpodobně stojí opět fakt, že výklad tohoto práva je příliš obecný a lze si pod ním představit mnohé. Každý si představuje něco jiného, tím pádem odlišné věci i očekává. Podle toho je také znát celková spokojenost. Tato otázka položená v nejrůznějších státech světa by zajisté poskytla zajímavé údaje o kvalitách zdravotnictví jednotlivých států a spokojenosti jejich občanů s nastaveným systémem zdravotnictví.

Správně na tuto otázku odpovědělo 97,3% respondentů.



Graf č. 7 dodržování ohleduplné odborné zdravotní péče

B) Znat jméno ošetřujícího lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří se podílejí na službách pacientu poskytovaných.

Opačná situace nastala u druhého bodu dotazníku, který zkoumal, zda pacienti považují právo na znalost jména ošetřujícího lékaře a dalšího zdravotnického personálu jako své nevyvratitelné právo během zdravotnických služeb. Označila-li jsem první otázku jako značně obecnou, u této otázky musím naopak zmínit její přílišnou konkrétnost a specifičnost. To považuji za jeden z důvodů, proč byla označena tak malým počtem respondentů jako nedílná součást kodexu práv pacientů. Druhým důvodem je pravděpodobně zdánlivá neúčinnost této informace z hlediska pacientů a jejich požadavků. Výsledkem těchto faktorů tedy je, že pouze 183 respondentů označilo právo znát jméno zdravotnického personálu jako součást kodexu.

Zajímavým faktem je i zjištění, že z celkového počtu 183 správných odpovědí, což není nikterak velké číslo, vzešel poměrně značný počet těch, kteří se setkali s porušením tohoto práva v praxi. Konkrétní číslo je 27, tedy 14,75%. Na první pohled nám procentuální vyjádření této skutečnosti nepřijde tak zajímavé. Musíme si však uvědomit, že pro negativní zkušenost v tomto ohledu je potřeba zdravotníka oslovit a požádat ho o sdělení jména. Pokud zdravotník odmítne, způsobí to negativní zkušenost pacienta a jeho následné projevení nespokojenosti v rámci mého dotazníku. Otázkou však je, kolik z respondentů si v tomto bodě plně uvědomilo, že se ptám na právo znát jméno zdravotníka, nikoli povinnost. Pokud by pacienti považovali tento údaj jako povinnost, je jasné, že vyjádří svou nespokojenost i v případě, že nevznesli dotaz na jméno lékaře, pouze jim nebylo automaticky sděleno, což je pro ně již negativní zkušeností.



Graf č. 8 Znalost jmen zdravotnického personálu jako součást kodexu

C) Na soukromí

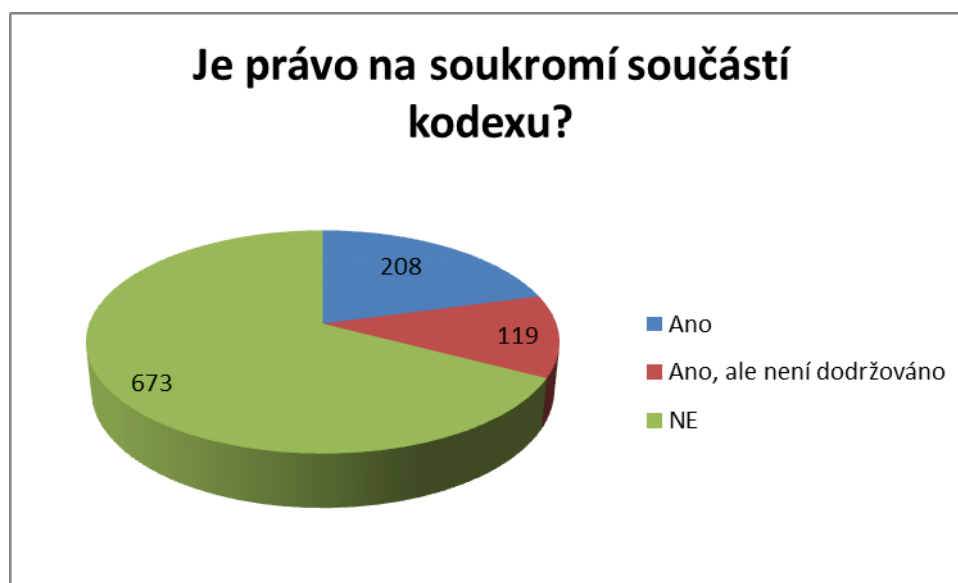
Právo na soukromí je nedílnou součástí každodenního života a málokdo pochybuje o jeho platnosti v rámci společenského soužití. Předpoklad by tedy byl, že právo na soukromí bude považováno za nedílnou součást i ve zdravotnictví a většina respondentů bude toto právo považovat za nedílnou součást kodexu práv pacientů. Výsledný počet správně odpovědělo však pouze 327 dotázaných, tedy 32,7%. Z tohoto počtu pak 119 respondentů nepovažuje dodržování soukromí během poskytování akutní zdravotní péče za dodržované.

To nás však přivedlo i k možnému vysvětlení faktu, že není soukromí pacientům poskytováno. Uvědomíme-li si, jak záchrana lidského života či poskytování ostatní lékařské pomoci probíhá, leckdy žasneme, kam se poděla lidská důstojnost a soukromí. Lidský život je přednější; než jeho důstojnost, proto zdravotníci v případě krajního ohrožení jednájí bez zbytečného zdržování a tvrdě si jdou za svým, aby pacienta dokázali zachránit.

Faktem však zůstává, že se najdou mnozí, kteří tuto snahu lékařů o záchranu života neocení a jednájí s nimi dle mého názoru velmi nepěkně. Osobně jsem se setkala

s několika případy, kdy byl pacient v ohrožení života zachraňován i za cenu ztráty jeho důstojnosti. Tímto myslím zejména strhání šatů pro lepší přístupnost a podobné úkony, které by za normálních okolností působily trapně a zajisté by způsobily zostuzení daného člověka. V rámci záchranných prací je toto však více než pochopitelné. To si však někteří zachránění pacienti nedokážou uvědomit a nedocení svou záchranu. Jakmile jim otrne, hned si zjišťují podrobnosti a pokud se jim něco nezdá v souladu s jejich důstojností, hodlají to řešit. Z hlediska etiky však nemají šanci takový spor vyhrát a to si uvědomují i lékaři a další zdravotníci, proto neváhají tuto chybu stále opakovat. Zamysleme se tedy nad správností zařazení tohoto bodu do kodexu práv pacientů.

Jak ve své práci již zmiňuji a jak je uvedeno přímo v samotném kodexu práv pacientů, všechny uvedené body platí v případě, že se nejedná o stavy ohrožující život. Nespokojenost s porušením práva na soukromí mohou tedy vyjadřovat pouze osoby, které se s touto skutečností setkají například během preventivní prohlídky atp. Nemyslitelné je i sdělování jakýchkoli informací třetím osobám, nepatří-li do úzké rodiny.



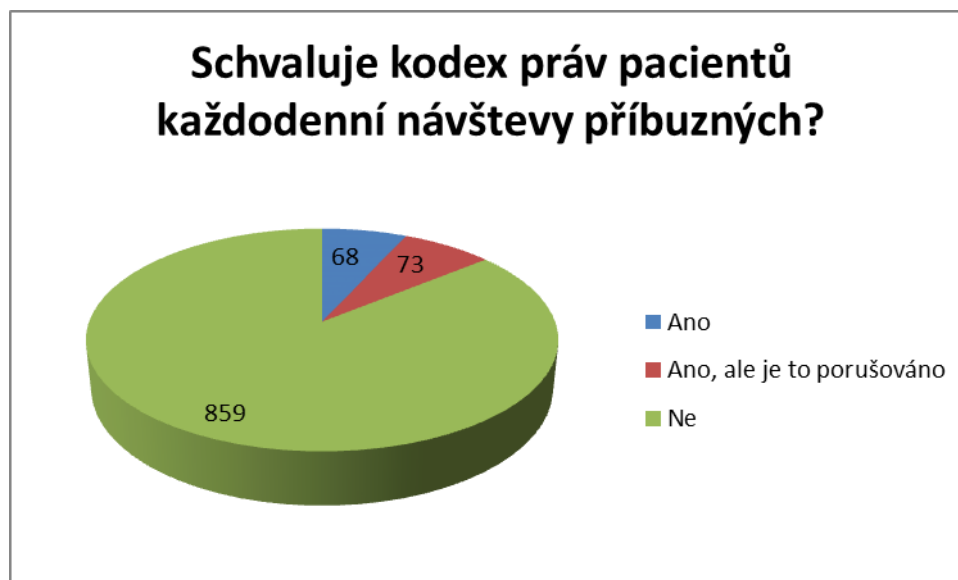
Graf č. 9 Právo na soukromí jako součást kodexu

D) Denně se vídat se svými rodinnými příslušníky.

Otázka, kterou známe z nejrůznějších filmů či televizních seriálů. Mají pacienti právo na každodenní návštěvy své rodiny? Na úvod rozboru tohoto bodu etického kodexu připomenu, že na začátku kodexu je uveden fakt, že všechny jeho body lze uplatňovat pouze v případě, nejedná-li se o nestandardní život ohrožující stav. V takovém případě mohou rodinní příslušníci navštěvovat pacienta v léčebném zařízení denně. Ve společnosti však kolovala a stále ještě koluje představa, že každodenní návštěvy jsou zakázané. To osobně považuji za hlavní důvod malého počtu respondentů, kteří odpověděli správně, a sice 141. Z nich dalších 73 uvádí, že se setkali s nedodržením tohoto práva ze strany zdravotníků.

A opravdu, některé nemocnice neschvalují časté návštěvy, je s tím příliš administrativních a organizačních problémů, které se musí řešit a chod lůžkového oddělení je narušen. Měli bychom si však uvědomit, že psychický stav pacienta významně ovlivňuje jeho tělesné zdraví, proto není dobré izolovat ho od jeho nejbližších a ponechávat ho pouze svým vlastním pocitům a náladám, které na nemocničním lůžku nebývají nejlepší.

Existuje však další případ, kdy toto právo nelze uplatnit a nejedná se o život ohrožující stav pacienta. Ošetřující lékař může stanovit rekonvalescenční podmínky, ve kterých upravuje i frekvenci kontaktu pacienta s rodinou. Toto nařízení je vždy v zájmu pacienta a jeho brzkého uzdravení. Rodiny tedy ve většině případů takové nařízení respektují.



Graf č. 10 Nemocniční návštěvy z pohledu kodexu

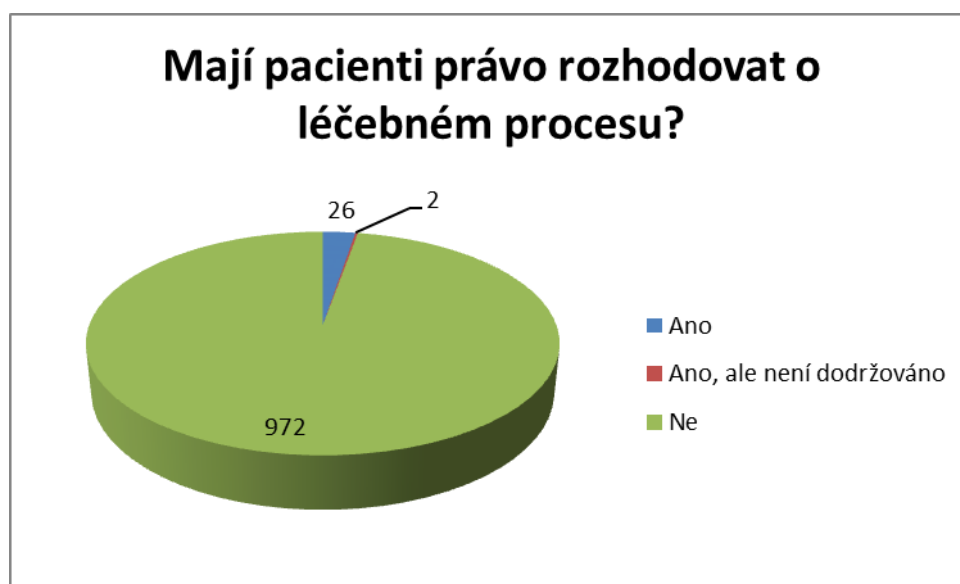
E) Získat informace a údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí.

Podle odpovědí, které jsem získala z vyplněných dotazníků je patrné, že v naší zemi, není ještě natolik rozvinutá společnost, aby znala svá práva, a to ani v tak důležité oblasti, jako je zdraví. Velmi dobře patrné je to u této otázky. V západních zemích je běžnou praxí, že pacient aktivně vstupuje do léčebného procesu a vyjadřuje se k jednotlivým úkonům a postupům, a tak si zajišťuje svou spokojenost a pohodlí. U nás je něco podobného pouze výjimkou a mnozí tuto představu řadí do oblasti science fiction. Alespoň, tak to lze vyčíst z dat získaných mým průzkumem.

Dostávat potřebné informace o zdravotním stavu a rozhodovat na jejich základě o svém zdraví a volbě léčebných úkonů je opravdu nevyvratitelným právem každého z nás, které je dobré uplatňovat a volit z možných variant pro nás tu nejpohodlnější a nejméně děsivou. Tím se uvolníme, zbavíme se strachu a umožníme tak zdravotníkům lépe a rychleji pracovat. Přesto tuto položku považuje za součást kodexu práv pacientů pouze 28 respondentů z 1000, tedy 0,28 procent. A to je opravdu až neuvěřitelně malé

číslo. Dva respondenti pak nejsou spokojeni s kvalitou dodržování tohoto práva ze strany zdravotníků.

I přes některé nevýhody, které s sebou přináší neznalost toho práva mezi pacienty je tento fakt vítán lékaři. Těm to značně ulehčuje práci a administrativu. Mohou dělat svou práci, ve které jsou vystudovaní, aniž by jim do toho vnášel rady a moudrosti člověk, který o medicíně neví zhora nic. Rozhodnutí o tom, zda je toto právo dobré či pouze škodí, je na každém z nás a ve velké míře souvisí na situaci.



Graf č. 11 Znalost možnosti rozhodování o volbě léčebné metody pacienty

F) Znat rizika spojená s výkonem lékařských úkonů.

Tento bod dotazníku je ve své podstatě velmi podobný předchozímu. Podobné výsledky by tedy měly být očekávatelné. Avšak data, která z toho vzešla, si zaslouží hlubší analýzu a promyšlení. 625 respondentů správně zahrnulo toto právo do kodexu práv pacientů. Porovnáme-li počet správných odpovědí z předchozí otázky, kterých bylo pouze 28, s tímto počtem nabydeme dojmu, že obě otázky se týkaly spolu nesouvisejících témat, která byla natolik odlišná, že vzniklý rozdíl je pochopitelný. Jak je tedy možné, že se data

z obou otázek liší?

Odpověď je jednoduchá. Na vině je posun v chápání vztahu pacient – lékař, který se neustále vyvíjí a mění se jeho charakter. V dřívějších dobách byl tento vztah čistě paternalistický, postupem času se však vyrovnává a dnes dospěl do fáze, kdy pacient má právo znát chystaný lékařský postup možná rizika atp. V budoucnu by se měl vyvíjet ještě dále a vyrovnat se, tak jak je tomu na západě, že pacienti nemají strach vyjádřit svůj názor zcela otevřeně a dožadovat se, aby bylo po jejich. 62,5% respondentů již považuje znalost rizik spojených se svým zdravotním stavem za své právo. 81 z nich má osobní zkušenost s neakceptováním tohoto práva ze strany zdravotníků.



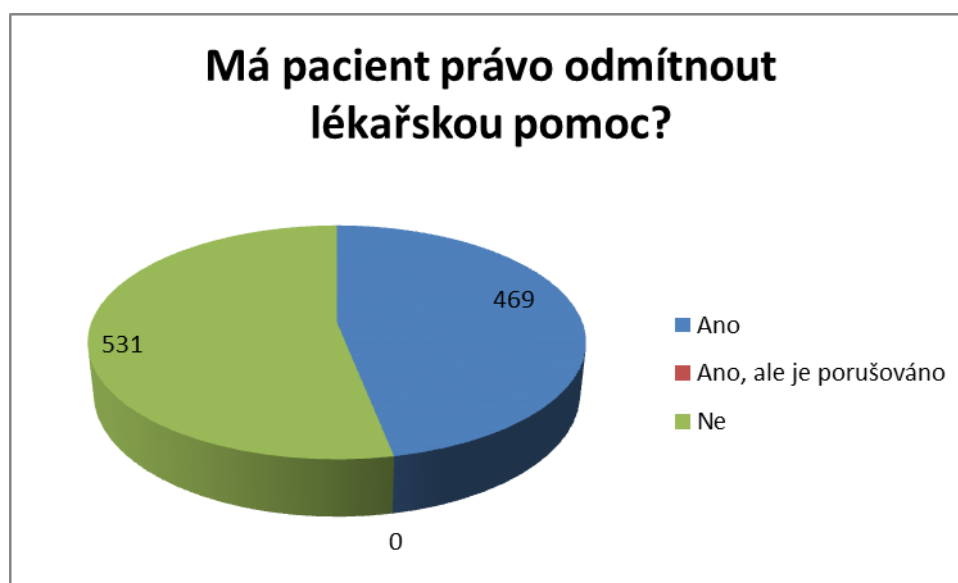
Graf č. 12 Právo znát rizika spojená se zdravotním stavem pacienta

G) Odmítnout léčbu

Velmi prapodivné právo, které je v kodexu práv pacientů zakotveno. V situaci, kdy je člověku, jehož zdraví je ohroženo, nabídnuta pomoc, jen těžko si představíme, že ji odmítá. Zároveň je však jasné, že každý má právo pomoc přijmout stejně tak jako odmítnout. Respondenti tedy spíše přemýšleli, zda je v kodexu pamatováno i na takovouto

drobnost. Výsledných 469 správně odpovívajících respondentů odpovídá předpokladu tohoto dilematu. Skutečnost, že je odmítnutí pomoci málo pravděpodobnou možností, odpovídá i skutečnost, že nikdo v dotazníku neuvedl, že se setkal s nedodržením tohoto práva, tedy, že mu byla zdravotnická pomoc poskytnuta i v případě, že ji odmítl.

Nezastupitelnou roli má toto právo v kodexu pro jedince s nejrůznějšími náboženskými vyznáními, které mají pro své vyznavače připravenou celou řadu zákazů a příkázání. Může se stát, že pacient věří v nesprávnost určitého lékařského úkonu z pohledu svého boha. Jako příklad zde mohu uvést Jehovisty, kteří odmítají transfuzi krve, která je pro ně místem, kde sídlí duše. Pokud by toto právo nebylo pevně ukotveno v kodexu, hrozilo by ustavičné porušování této víry a nespokojenost jejich věřících.



Graf č. 13 Odmítnutí lékařské pomoci z hlediska kodexu práv pacientů

H) Odmítnout či vyžádat přítomnost třetí osoby u svého vyšetření a během léčby.

Data, která jsem získala z této otázky, mě velmi zajímala již před zahájením mé práce. O tomto právu jsem soudila, že je neznámé a pacienti nevědí, že mohou rozhodovat i v tomto bodě. Můj předpoklad vycházel především z toho, že když jsem prováděla

výzkum v rámci výše uvedeného pracoviště, byla jsem přizvána i k několika vyšetřením a k několika akcím v terénu. Nikdo z ošetřovaných se neohradil a nevyžádal si soukromí. I v případě návštěvy obvodního lékaře je toto právo často porušováno a přesto jsem se nikdy nesečkala s konfliktem pacient – lékař v tomto bodě.

Mé očekávání se však ukázalo být daleko od pravdy. S tímto právem je seznámena více jak polovina dotázaných respondentů, a to sice 731. Tak nebývalá znalost tohoto práva pacientů je opravdu překvapující. Pravděpodobně souvisí s požadavky soukromí, které pacienti mají. Dalším překvapením byl počet respondentů, kteří se setkali s porušením tohoto práva v lékařské praxi. Konkrétní číslo je 314 a odhaluje velkou slabinu, kterou by zdravotničtí pracovníci měli zlepšit, aby nedocházelo k narušování soukromí pacientů.



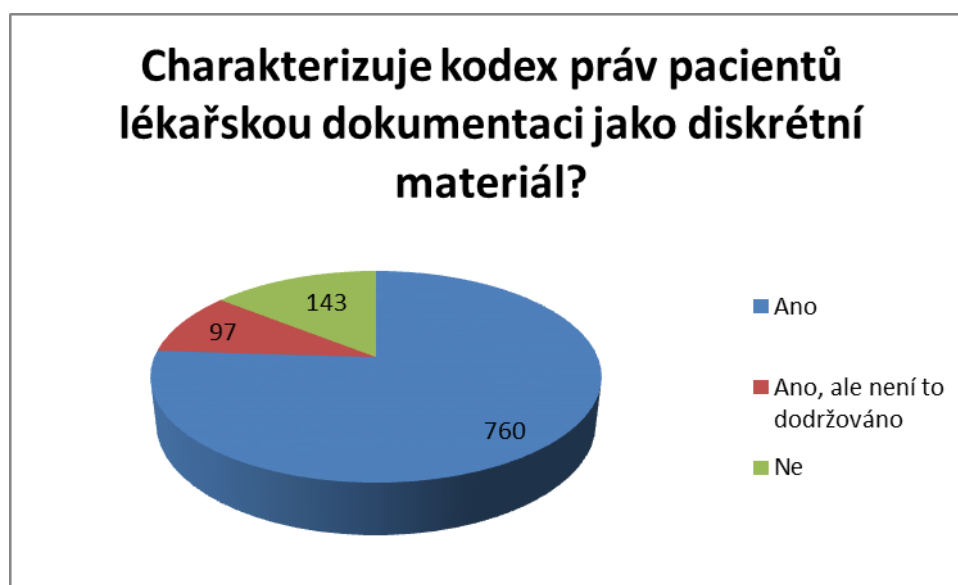
Graf č. 14 Přítomnost třetí osoby u zdravotnického vyšetření z pohledu kodexu

I) Aby s jeho zdravotnickou dokumentací bylo nakládáno jako s diskretním materiálem, který podléhá lékařskému tajemství.

Jedna z nejjasnějších otázek, u kterých málokterý respondent chyboval, a ve většině

případů dokázali dotázaní odpovědět správně. Lékařské tajemství je nezvratným argumentem, který chrání soukromí pacientů a činí tak zdravotnickou dokumentaci tajnou. Díky instituci lékařského tajemství je posílena důvěra pacientů a to umožňuje otevřenější vztah a více informací, které jsou lékaři k dispozici. I díky tomu jsou výsledky této otázky tak příjemné. 857 respondentů správně uvedlo, že diskrétnost lékařské dokumentace je zakotvena i v etickém kodexu práv pacientů.

S porušením tohoto práva se setkalo 97 respondentů, což je z hlediska velkého počtu správných odpovědí přijatelné číslo, které nemusí vyvolávat znepokojení. Vyjádření v procentech nám dá jasnější představu. 11,32% správně odpovívajících respondentů se již setkalo s porušením práva na diskrétnost lékařské dokumentace. Přílišná tolerance porušování tohoto práva však není na místě. Zdravotnická dokumentace obsahuje celou řadu velmi cenných údajů, které by v rukou nepověřené osoby konaly pouze zlo.



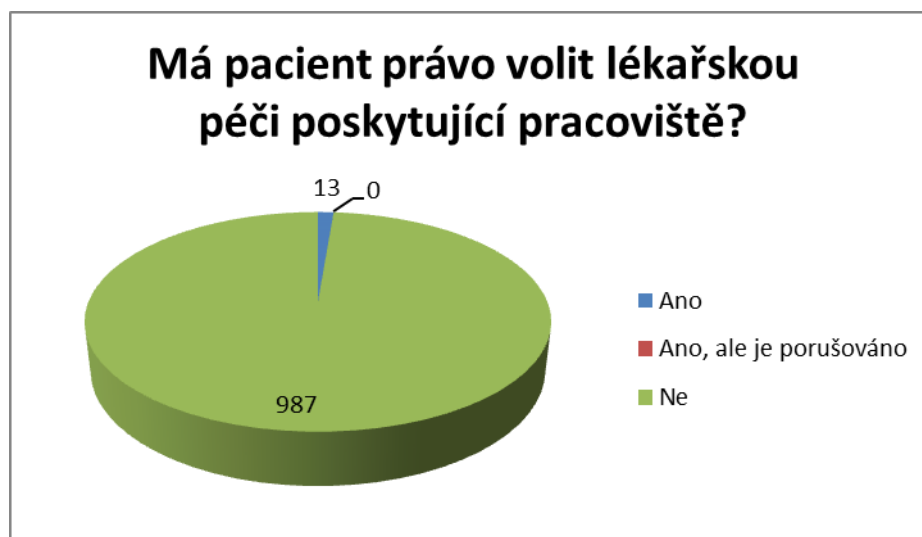
Graf č. 15 Zdravotnická dokumentace z pohledu kodexu

J) Zvolit si zařízení, ve kterém svou léčbu podstoupí.

Touto otázkou jsem mnohé respondenty pobavila. Mnozí z nich si neodpustili

pobavené komentáře a nevěřicně přemýšleli, jak třeba takový zranění po autonehodě odmítá prevoz do nejbližší nemocnice a žádá si být odvezen do nemocnice stovky kilometrů vzdálené. Skutečnost je však taková, že pokud by pacient nebyl v ohrožení na životě, toto právo opravdu může uplatňovat. Nicméně ze všech 1000 respondentů vzešlo pouze 13 správných odpovědí. Nikdo z nich nemá zkušenosti s porušením tohoto práva.

Důvody uplatnění tohoto práva bývají různé. V úvahu připadá zejména preference určitého zdravotnického zařízení z důvodu známého lékaře, ke kterému má pacient velkou důvěru. Dalším důvodem může být negativní zkušenost s určitým zdravotnickým zařízením či lékařem, blízkost trvalému bydlišti či své rodině atp. Ať už je důvod jakýkoli, toto právo je sice poměrně kontroverzní, své opodstatnění však bezesporu má a může významnou měrou napomoci k uzdravení pacienta díky lepšímu stavu mysli, psychice.



Graf č. 16 Možnost volby lékařské instituce z pohledu kodexu pacientů

K) Odmítnout či zažádat o nestandardní lékařský postup, je-li dobře informován o všech možných následcích svého rozhodnutí.

I u tohoto bodu etického kodexu práv pacientů je nezbytné říci, že jeho uplatňování se dočkáme spíše až v budoucnosti, kdy se naše společnost více transformuje a změní

na společnost západního typu. Prozatím čeští pacienti alespoň tuší, že nějaké takové právo mají, ale využívají ho pouze v malé míře. Natož, aby měli přehled o možnostech nestandardní léčby, která se jim nabízí. 346 respondentů odpovědělo správně, z toho 57 zaznamenalo porušení tohoto práva.

Domnívám se však, že i v případě, kdy se znalost tohoto práva rozšíří, bude díky přetrvávajícímu paternalistickému vztahu lékaře a pacienta, preferována volba a rozhodnutí lékaře jakožto zkušenějšího a dané problematiky znalejšího jedince. Zažádat o odlišný postup léčby než je volen ošetřujícím lékařem předpokládá velkou odvahu pacienta.



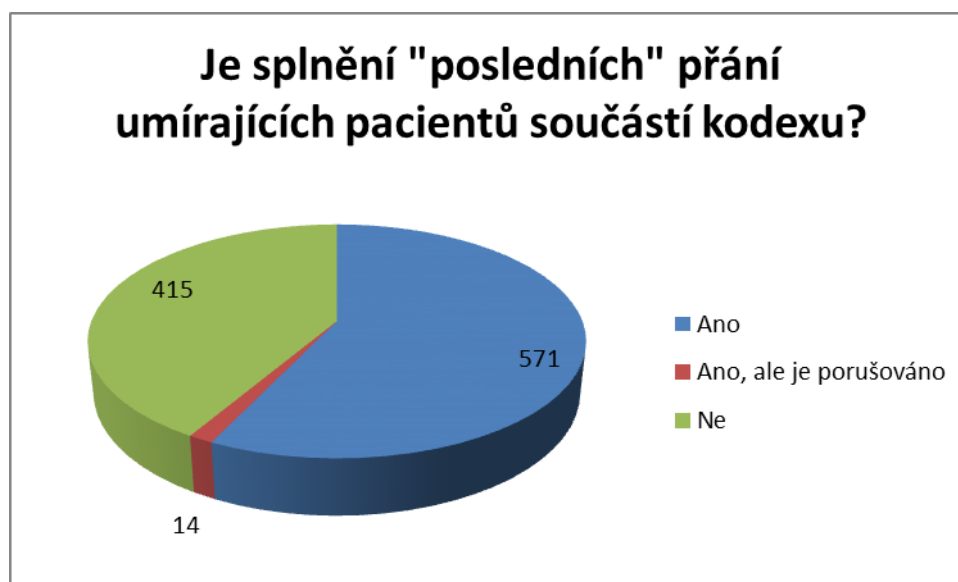
Graf č. 17 Nestandardní lékařský postup z hlediska kodexu práv pacientů

L) Na splnění svých přáních, nachází-li se na sklonku života a jsou-li v mezích zákona.

Trochu pohádkově znějící právo pacientů. I to je však zakotveno v etickém kodexu práv pacientů a zcela běžně je uplatňováno zejména pak vůči starým a těžce nemocným lidem, u kterých již není naděje na zlepšení stavbu a kteří v lékařské péči na nemocničním lehátku pouze dožívají. Povědomí o těchto možnostech je celkem velké. Správně

zodpovědělo tuto otázku 585 respondentů a pouze 14 má negativní zkušenosti s praxí v rámci uplatňování tohoto práva.

Tento bod kodexu nás však přivádí k myšlence, jak to bude v budoucnosti, dojde-li ke schválení legálnosti eutanazie. Stane se pak přáním v mezích zákona, na které má pacient právo a pacient tím pádem povinnost nebo dojde k přepracování etického kodexu práv pacientů tak, aby se lékaři vyhnuli nepříjemným situacím. Inu, nechme se překvapit.



Graf č. 18 Poslední přání v etickém kodexu

M) Právo a povinnost znát a řídit se provozním řádem ošetřující instituce.

Tento bod kodexu byl respondenty úplně opomenut a pouze 9 respondentů správně odpovědělo, že se skutečně jedná o právo zakotvené v tomto dokumentu. Všichni ostatní zřejmě soudili dle charakteru ZZS, že pacient nemá možnost se s tímto řádem seznámit a že to není natolik důležitá informace, aby byla v rámci tak důležitého dokumentu řešena.

N) Nahlížet do svého účtu a požadovat zdůvodnění jednotlivých finančních položek bez ohledu na to, kdo účet platí.

Ani poslední z bodu dotazníku pro pacienty se nesetkal s příliš dobrou odezvou. Dokonce nikdo z respondentů neodpověděl na tuto otázku správně, všichni nechali tuto možnost bez povšimnutí. Hlavním důvodem je dle mého názoru systém zdravotnictví, který je v naší zemi nastaven, a který řeší otázku plateb za nemocniční služby zdravotními pojišťovnami, nemá-li klient sjednán nadstandard. I pokud jsou služby placeny pojišťovnou, měl by mít pacient možnost do účtu nahlédnout.

4.5.2 Shrnutí výsledků získaných z dotazníku pro pacienty

HYPOTÉZA ČÍSLO 1

„Pacienti neznají kodex práva pacientů a nemají tedy dostatečné informace k zajištění své maximální spokojenosti a bezpečí.“

Tato hypotéza se bezesbytku potvrdila. Respondenti v počtu 1000 kusů mohli na 14 otázek učinit 14 000 správných odpovědí. Skutečnost je však značně odlišná. Správných odpovědí bylo po celou dobu nasbíráno pouze 5 278, což v přepočtu činí 37,76%. Mohu tedy bez ostychu tvrdit, že pacienti skutečně neznají obsah etického kodexu práv pacientů.

Zjištění informací z oblasti znalosti kodexu práv pacientů tedy poukázalo na žalostnou neznalost tohoto zásadního dokumentu mezi těmi, kteří by se o jeho obsah měli zajímat nejvíce. To je však pouze prvním krokem výzkumné práce. S touto informací můžeme dále pracovat. Zejména si položíme otázku, jak lze tento nepříznivý stav napravit a jak mezi pacienty dostat informace o jejich právech. Nabízí se však také otázka, zda by vůbec bylo správné tyto znalosti šířit nebo jestli raději necháme současný stav znalostí, který sice není ideální, ale funguje a zdravotnictví naší země je kvalitní. Nezpůsobilo by šíření práv obsažených v kodexu pouze zmatek a nepříjemnosti? Tato skutečnost je dle mého názoru poměrně reálná a mohla by významným způsobem změnit dosavadní chod zdravotnictví a jednotlivých institucí, které zdravotnictví utvářejí. Jinými slovy existuje celá řada pozitiv, které by zvýšení znalosti práv pacientů přineslo, zároveň však existuje i velké množství negativ. V takovém případě bych navrhovala uchýlit se ke kompromisu, který by slučoval výhody obou stavů, tedy znalého i neznalého a zároveň by minimalizoval jeho negativa.

Takového stavu by se dalo dosáhnout zpřístupněním kodexu na snadno přístupném místě, kde by se k němu dostal každý, kdo se s potřebou jeho znalosti během života setká. Bez propagace se odstraní negativní jev přílišné publicity tohoto dokumentu. Zároveň je však nezbytné, aby tato práva výborně znali lékaři a další zdravotnický personál a důkladně je dodržovali. Dodržování práv pacientů by se pak mělo lépe kontrolovat nadřízenými, kteří by mezi svými kolegy šířili nutnost jeho znalosti.

HYPOTÉZA ČÍSLO 2

„Rozsah dodržování kodexu práv pacientů ze strany zdravotníků nebude menší než jeho znalost mezi pacienty.“

V této hypotéze jsem vycházela z předpokladu, že pokud má systém zdravotnictví fungovat, je nezbytné, aby dodržování etického kodexu práv pacientů ze strany zdravotnického personálu převýšilo znalost stejného dokumentu ze strany pacientů. Jinými slovy: pokud budou zdravotníci dělat alespoň to, co pacienti považují za normu, bude vše v pořádku. Porovnáme-li číslo 5278 (odpovědi zahrnující body dotazníku do kodexu) s číslem 4285, dostaneme, že ti část kodexu, kterou pacienti znají, dodržují zdravotníci cirká z 81%. Připočteme-li k tomu i oblast vymykající se znalosti pacientů, můžeme říci, že zdravotníci kodex dodržují alespoň v té míře, aby došlo k uspokojení potřeb pacientů

4.5.3 Vyhodnocení dotazníku pro zdravotníky

Dotazník určený pracovníkům IZS byl stavěn tak, aby odhalil znalosti etického kodexu práv pacientů, konvence o biomedicině a správného postupu při indikaci výjezdů IZS v závislosti na takzvaný index odbornosti, který vypočítáme vynásobením počtu odpracovaných let stupněm vzdělání konkrétního respondenta. Podle uvedeného indexu odbornosti byli respondenti rozděleni do 5 skupin (viz níže).

Dotazníky jsem rozdávala v rámci zdravotnického pracoviště IZS. Dotazníků se mi správně vyplněných vrátilo 109, což vzhledem k charakteru respondentů považuji za směrodatný vzorek. Počty respondentů spadajících do jednotlivých skupin jsou uvedeny v závorce.

- IO méně než 10 (13)
- IO 11 – 15 (21)
- IO 16 – 20 (30)
- IO 21 – 25 (36)
- IO 25+ (9)

Dotazník pro zdravotníky a následující neformální rozhovory sloužily k vyhodnocení následujících hypotéz:

„Zdravotníci znají kodex práva pacientů, ale neřídí se jeho předpisy a to zejména kvůli ulehčení výkonu své profese.“

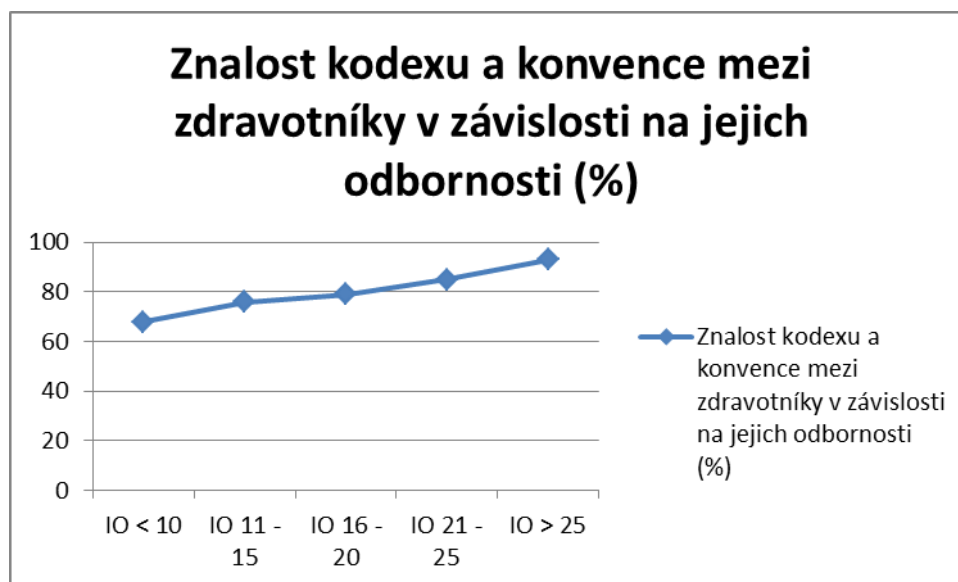
„ Zdravotníci se příliš nezabývají otázkou neindikovaných a indikovaných výjezdů IZS.“

„Délka praxe v oboru zdravotníka uklidňuje a jeho rozhodování o adekvátnosti výjezdu IZS se stává uvolněnějším a méně předpisovým. Vítězí jeho vlastní úsudek nad všeobecnými předpisy.“

	IO < 10	IO 11 – 15	IO 16 - 20	IO 21 - 25	IO > 25
Znalost kodexu a konvence (%)	68	76	79	85	93
Počet indikovaných výjezdů	9/10	7/10	5/10	6/10	4/10

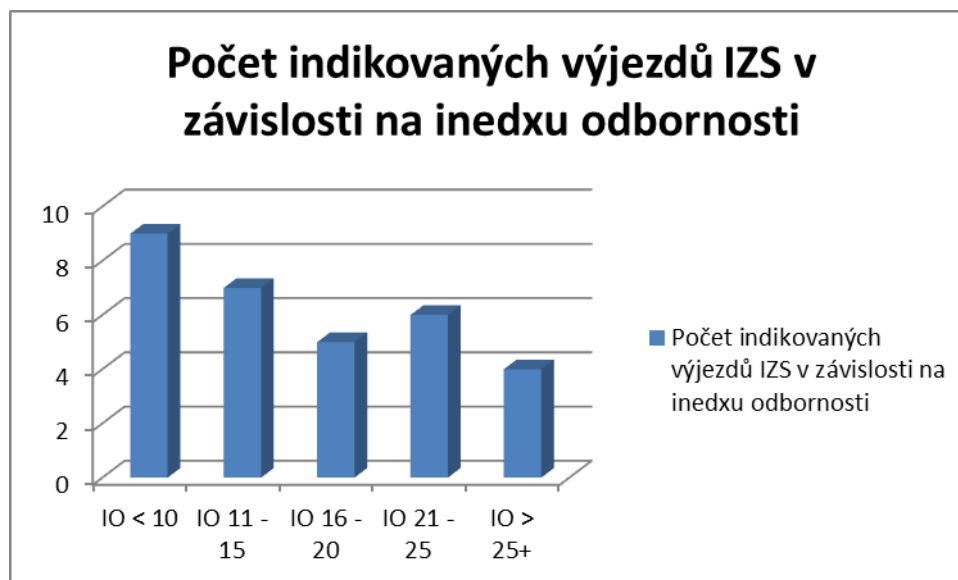
Tab. č. 2 Souhrn dat získaných z dotazníků pro zdravotníky

Jak tabulka poukazuje na znalosti obsahu kodexu práv pacientů a konvence o biomedicíně, s rostoucím indexem odbornosti rostou i znalosti.



Graf č. 19 Znalost kodexu a konvence mezi zdravotníky v závislosti na jejich odbornosti.

Schopnost správně rozhodovat během indikování hovorů z hlediska závažnosti a zaslání RZS jsem zkoumala pomocí rozhovorů s pracovníky. Bylo před ně položeno deset modelových příkladů a jejich úkolem bylo určit, který z těchto příkladů si zaslouží výjezd IZS a který nikoliv.



Graf č. 20 Počet indikovaných výjezdů IZS v závislosti na indexu odbornosti.

4.5.4 Shrnutí výsledků získaných z dotazníku pro zdravotníky

HYPOTÉZA 3

„Zdravotníci znají kodex práva pacientů, ale neřídí se jeho předpisy a to zejména kvůli ulehčení výkonu své profese.“

Součtem všech odpovědí a jejich zprůměrováním dostaneme skutečnost, že zdravotníci znají kodex práv pacientů z 80%. To lze považovat za uspokojivý výsledek, na jehož základě můžeme znalost kodexu ze strany zdravotníku ověřit. Kodex tedy znají, teď zbývá otázka, proč velmi často nedochází k jeho dodržování

Asi nejpravděpodobnějším vysvětlením skutečnosti častého porušení některého práva pacientů je charakter výkonu profese zdravotnického pracovníka, kdy je na vás kladeno velké množství zodpovědných úkolů, které si vyžadují bedlivou pozornost a naprosté soustředění. To však odvádí myšlenky od zbytečností, které jsou často opomíjeny. Mnoho z práv pacientů lze považovat za zbytečné drobnosti, které během rychlé činnosti zdravotníků vypadnou z mysli a jsou zanedbávány.

Dalším reálným vysvětlením je neznalost těchto práv mezi pacienty. Ti se tedy nemohou jejich dodržování dožadovat, a to způsobuje pocit zdravotníků, že tyto práva jsou pouze legislativními drobnostmi, které není třeba brát vážně a o které beztak není mezi pacienty zájem. Jak je však každému jasné, kodex práv pacientů byl sepsán z důvodu ochrany pacienta před možnými nepříjemnými situacemi či zneužití jeho momentálního stavu nemohoucnosti. A ačkoliv není laickou veřejností znám, lékaři by měli jeho jednotlivé body dodržovat a tím zajistit potřebnou ochranu. Etický kodex práv pacientů je tedy opravdu postaven na etice a morálce každého jednotlivce a pouze na něm záleží, jak se k němu postaví a zda ho bude brát vážně.

HYPOTÉZA 4

„Délka praxe v oboru zdravotníka uklidňuje a jeho rozhodování o adekvátnosti výjezdu IZS se stává uvolněnějším a méně předpisovým.

Vítězí jeho vlastní úsudek nad všeobecnými předpisy.“

Tato hypotéza slouží jako doplněk předchozí části výzkumu, který se zaměřoval na indikované výjezdy rychlé záchranné služby. Formulovala jsem v ní řešení problému se špatnou indikací. Prostřednictvím dotazníku jsem se pokusila shromáždit další informace, které by napomohly ke správnému řešení tohoto problému. Zaměřila jsem se tedy na analyzování přístupu k problematice indikace jednotlivých výjezdů rychlé záchranné služby při nejrůznějších situacích. Stanovila jsem hypotézu, která předpokládala, že se zvyšující se dobou praktických zkušeností a vyšší teoretickou znalostí lékařských věd, klesá počet výjezdů vozidel záchranné služby, které by ten který pracovník dispečinku doporučil.

Zdravotníci získávají postupně vlastní zkušenosti a díky tomu se zvyšuje jejich odbornost. To vede k tendenci snižovat indikované výjezdy IZS. V důsledku toho dochází zároveň k menšímu dodržování předpisů, které jsou nahrazovány vlastními zkušenostmi. Tím tedy zajisté dojde k snížení nákladů na provoz zdravotnického

pracoviště. Roste však také riziko pochybení v odhadu závažnosti tísňového volání a následného úmrtí pacienta.

Ze všech uvedených skutečností tedy vyplývá, že nejvhodnějším řešením nesprávné indikace, by bylo zařazení vzdělávacích programů pro služebně starší pracovníky, jejichž benevolence s narůstajícími zkušenostmi roste. Zároveň je dobré podporovat začínající pracovníky, aby přistupovali ke své práci více sebevědomě a více věřili svému úsudku. Jen tak se vyvarují zbytečným výjezdům vozidel. Zajímavou alternativou by zajisté byly i smíšené služby dispečerů, kdy by zároveň sloužil zkušený, služebně starší zdravotník s čerstvě ze školy propuštěným nováčkem, který za sebou nemá takřka žádné zkušenosti, za to má plnou hlavu pouček a pravidel, která se musí dodržovat. Zároveň si dodají to, co druhému schází a vytvoří kompromis, který se zdá být ideálním přístupem k indikaci výjezdů záchranných služeb.

5. Závěr

Problematika indikace výjezdů rychlé záchranné pomoci je často diskutovaným tématem, které je zdrojem inspirace pro mnohé lékaře k sepsání knih či odborných článků ve vědeckých časopisech. Všechny tyto odborné publikace, které se mi dostaly do rukou, jsou velmi kvalitní a podávají zajisté hodnotné informace. Vždy jsem však postrádala praktičtější přístup ke zkoumanému problému. Současně mi scházel náhled do reálného života a zhodnocení problému přímo v terénu. O to jsem se tedy pokusila já a ukázalo se, že tento stále se vyvíjející problém je vystavěn na jednoduchých základech, které lze snadno pochopit a popsat. Díky tomu se mi podařilo vystihnout základní aspekty tohoto problému a formulovat možné řešení, které by závažnost situace výrazně zmírnilo. I přesto bude tento problém nadále sužovat nejednoho dispečera operačního střediska záchranné služby a bude záležet pouze na přístupu každého jednotlivce, jak se s touto skutečností vyrovná.

Výzkum znalosti etického kodexu práv pacientů a konvence o biomedicině se také vydařil dle plánu a poukázal na charakter české společnosti a její přístup k vlastnímu zdraví a otázkám jejího fungování na poli zdravotnictví. Mnozí z nás si zajisté neuvědomují, na kolik je důležité nebýt pouze pasivním příjemcem pomoci ze strany zdravotních pracovníků, ale aktivně se zajímat o dění kolem léčebného procesu, snažit se komunikovat s lékaři a podávat jim přesné informace o svých pocitech a bolestech. Zdravotnictví je placená služba jako každá jiná. Pokud si pacient uvědomí, že je v zásadě klient, dočká se od zdravotnického personálu lepšího zacházení a bude součástí léčebného procesu, což se příznivě promítne i do jeho psychy a umožní mu vše snášet více v pohodě s rychlejší progresí regenerace.

Jediný problém, který jsem během práce na svém projektu musela řešit, byla má zdravotní situace, která mi vše zkomplikovala a rozdělila proces vývoje mé diplomové práce do dvou etap. Navazování na předchozí práci nebylo nejjednodušší, ale věřím, že se mi povedlo, jak nejlépe to bylo možné a nedošlo k ničemu nepříznivému.

Seznam použitých zdrojů

Celoevropský výzkum veřejného mínění: *CZ je v tisňové lince 112 vzorem pro celou Evropu*. [online] dostupné z <http://www.hzscr.cz/clanek/celoevropsky-vyzkum-verejneho-mineni-cr-je-v-tisnove-lince-112-vzorem-pro-celou-evropu.aspx> k 14. 4. 2011

HAŠKOVCOVÁ, H.: *Pacient nebo klient?*. In Gerontologické aktuality, č. 1, roč. 2004

Zákon č. 20 / 1966 Sb. *Zákon o péči o zdraví lidu*.

MADAR, J. et al.: *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada Publishing, 2004.

MPSV: *Práva pacientů ČR*. [online] dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/840> k 16. 4. 2011

Mezinárodní smlouvy [online] dostupné z http://www.sagit.cz/pages/lexikonheslatxt.asp?cd=154&typ=r&levelid=pr_069.htm k 15. 4. 2011

Odborný časopis PO 112: *Záchranný integrovaný systém*. Roč. 8, č. 3. 2009

PANOCHA, Václav, pplk.: *Integrovaný záchranný systém (IZS) v České republice*. Praha: Armex, 1997.

Portál Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy: *Historie záchranné služby v Praze*. [Online] dostupné z <http://www.zzshmp.cz/zdravotnicka-zachranna-sluzba/historie/> k 15. 4. 2011

Úmluva o biomedicíně, kapitola II, článek 5.

Ústavní zákon č. 2/ 1992 Sb., hlava čtvrtá, článek 31 Listiny základních práv a svobod.

VONDRÁČEK, LUDVÍK: *Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi*. Brno: IDVPZ, 2002.

VONDRÁČEK, LUDVÍK: *Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi*. Brno: IDVPZ, 2002.

Všeobecná encyklopedie Diderot. Praha: Nakladatelský dům OP Diderot, 1997.

Výkladový slovník dostupný z <http://dictionary.sensagent.com/pacient/cs-cs/> k 15. 4. 2011

Zákon č. 48/1997 Sb. *o veřejném zdravotním pojištění*. § 11, odstavec 1 písmena b

Seznam tabulek a grafů

- Graf č. 1 Průměrný počet výjezdů složek IZS*
- Graf č. 2 Meziroční srovnání uskutečněných hovorů na IZS*
- Graf č. 3 Výsledky výjezdů IZS z hlediska závažnost 2006 – 2009*
- Graf č. 4 Poměr správných a špatných odpovědí v dotazníku pro pacienty*
- Graf č. 5 Zkušenosti s dodržováním kodexu v rozsahu znalostí pacientů*
- Graf č. 6 Shrnutí získaných dat z dotazníku pro pacienty*
- Graf č. 7 Dodržování ohleduplné odborné zdravotní péče*
- Graf č. 8 Znalost jmen zdravotnického personálu jako součást kodexu*
- Graf č. 9 Právo na soukromí jako součást kodexu*
- Graf č. 10 Nemocniční návštěvy z pohledu kodexu*
- Graf č. 11 Znalost možnosti rozhodování o volbě léčebné metody pacienty*
- Graf č. 12 Právo znát rizika spojená se zdravotním stavem pacienta*
- Graf č. 13 Odmítnutí lékařské pomoci z hlediska kodexu práv pacientů*
- Graf č. 14 Přítomnost třetí osoby u zdravotnického vyšetření z pohledu kodexu*
- Graf č. 15 Zdravotnická dokumentace z pohledu kodexu*
- Graf č. 16 Možnost volby lékařské instituce z pohledu kodexu pacientů*
- Graf č. 17 Nestandardní lékařský postup z hlediska kodexu práv pacientů*
- Graf č. 18 Poslední přání v etickém kodexu*
- Graf č. 19 Znalost kodexu a konvence mezi zdravotníky v závislosti na jejich odbornosti.*

Graf č. 20 Počet indikovaných výjezdů IZS v závislosti na indexu odbornosti.

Tab. č. 1 Shrnutí získaných dat z dotazníku pro pacienty

Tab. č. 2 Souhrn dat získaných z dotazníků pro zdravotníky