

Oponentský posudek diplomové práce

Magisterský program RS UK FHS v Praze

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

Jméno studenta: Bc. Blažena Peková

Zaměření studia: Řízení a supervize sociálních a zdravotnických organizací

Oponoval: Radek Mathauser

Studentka, paní bakalářka Blažena Peková, předkládá diplomovou práci, zacílenou na, jak sama uvádí, hledání „*možností zlepšení organizace a úkolů integračního záchranného systému a zjišťováním, zda nedochází k řízenému poskytování pohotovostní služby záchrannou službou a dalšími složkami IZS.*“ (str. 3)

Práce má klasickou strukturu, tj. část teoretickou a část praktickou, kde autorka prezentuje výsledky vlastního kvantitativního zkoumání.

Komentář k teoretické části práce

Zaměření práce je na první pohled zajímavé, ale podle mého názoru spojuje dvě rozdílné úrovně poskytování zdravotní péče (zdravotnická záchranná služba a lékařská služba první pomoci) s úrovní organizace záchranných složek na strategické úrovni (integrováný záchranný systém). Zdravotnická záchranná služba primárně poskytuje přednemocniční neodkladnou péči. Přímé poskytování lékařské služby první pomoci nepatří mezi její základní úkoly. Znění § 2, písm. g) Vyhlášky MZ 434/1992 Sb., o ZZS hovoří o „*koordinaci součinnosti s praktickými a žurnálními lékaři a lékařskou službou první pomoci.*“ Pokud příslušná zdravotnická záchranná služba zaštitila poskytování LSPP v jejím spádovém regionu, jednalo se o další službu nad rámec běžných činností.

Spojení „*zlepšení organizace a úkolů IZS a zjišťování, zda nedochází k řízenému poskytování pohotovostní služby záchrannou službou*“ postrádá reálný základ. Složky IZS mají komplexním způsobem, tj. vzájemnou spoluprací a v rámci svých konkrétně vymezených úkolů, řešit mimořádné situace běžného anebo mimořádného rozsahu na celém území státu. Všechny složky IZS jsou aktivovány teprve v situaci, která jejich společný zásah vyžaduje. Pod pojmem zlepšování organizace a úkolů IZS je možné zařadit např. zlepšování koordinace činností všech složek (základních a ostatních), optimalizaci plošného pokrytí, výcvik příslušníků jednotlivých složek atd. V běžném režimu plní každá ze složek své vlastní úkoly individuálně, bez případného přispění složek zbývajících. Hledat možnosti „*zlepšení organizace a úkolů IZS*“ znamená zabývat se problémy přesahujícími rámec zdravotní péče, ale i problémy technického a bezpečnostního charakteru.

Slovní spojení „řízené poskytování pohotovostní služby“ chápu jako cílené poskytování lékařské služby první pomoci (v ambulantní anebo návštěvní podobě). Paní Peková má oproti tomu na mysli stav, kdy úkoly spadající do kompetence LSPP řeší při její absenci zdravotnická záchranná služba. Zmínka o dalších složkách IZS poskytujících pohotovostní službu není relevantní, protože zdravotnické úkoly ať již samostatně anebo v rámci součinnostního zásahu plní výhradně zdravotnické složky.

V úvodních pasážích teoretické části práce autorka popisuje okolnosti vzniku integrovaného záchranného systému, transformaci LSPP s popisem dílčích aspektů jejího fungování a financování a významných časových milníků její existence v rámci zdravotnického systému ČR. Současně autorka prezentuje názor, že zánik LSPP v řadě městských obvodů hlavního města přispěl k nárůstu výjezdů posádek ZZS k pacientům s neakutní povahou onemocnění anebo poranění a tudíž k faktickému zneuzítí této služby.

V závěru podkapitoly 2.1 **Vznik IZS–právní a mezinárodní aspekty** autorka tvrdí, že 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... Požaduje se rozšířit síť pokrytí služeb (Rychlá zdravotnická pomoc, Lékařská služba první pomoci) do 7 min dojezdu po nahlášení mimořádného stavu*“ (str. 6)

Na citované tvrzení autorky musím reagovat. Samostatné zákony o pohotovostních službách, o rychlé záchranné službě a o lékařské službě nikdy pod uvedenými názvy neexistovaly. Autorka neuvádí, jaké státní instituce anebo profesní organizace jí uváděné změny iniciovaly.

Stejně tak přijetí „nového znění *Zákona o záchranné službě*“ (str. 6) nereflektuje reálný stav, protože neexistuje zákon „starý“ a tudíž nelze přijmout jeho nové znění. Vládní návrh *Zákona o zdravotnické záchranné službě* bude zanedlouho předmětem jednání Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR a stávající činnost ZZS zatím probíhá v souladu s vyhláškou MZ ČR č. 434/1992 Sb., o ZZS v platném znění. Autorka by se měla vyhnout používání nesprávného termínu *rychlá záchranná služba*¹, který je tolerovatelný u laiků, ale nikoliv u odborné veřejnosti. Osvojení a dodržování správné terminologie je jedním ze důležitých prvků při tvorbě odborné práce.

Návrh na rozšíření sítě „*pokrytí služeb IZS (Rychlá zdravotnická pomoc, Lékařská služba první pomoci) do 7 min dojezdu po nahlášení mimořádného stavu*“ (str. 6) autorka v textu nedokládá citací relevantního zdroje. Autorka spojuje dvě složky, RZP a LSPP z nichž každá poskytuje jiný druh péče. RZP je součástí výjezdových skupin ZZS a poskytuje přednemocniční neodkladnou péči. LSPP² poskytuje péči odkladnou, u které nehrozí prohloubení chorobných změn anebo náhlá smrt.

¹ Termín „rychlá záchranná služba“ je v médiích, ale i části odborné veřejnosti často a opakovaně užíván, nejčastěji ve smyslu zdravotnická záchranná služba anebo její složky rychlá lékařská pomoc a rychlá zdravotnická pomoc.

² Vlastní odpovědnost za organizaci a poskytování LSPP určovaly anebo stále určují vybrané části *Zákona č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních*, směrnice č. 7/1981 *Věstníku MZ ČSR, o pohotovostních zdravotnických službách* (zrušena bez náhrady vyhláškou MZ č. 167/2007 Sb.) a metodické opatření č. 8/1997 *Věstníku MZ*, k postupu při zajišťování LSPP.

Nabízí se tak otázka, proč by mělo dojít k rozšiřování právě těchto dvou složek, když obě poskytují jiný druh péče a obě jsou anebo mohou mít rozdílné zřizovatele. Odborná připravenost a klinická praxe v přednemocniční neodkladné péči je u členů obou složek rozdílná a vyplývá z jejich primárního profesního zaměření. Vztah LSPP k IZS jako celku je navíc velmi vzdálený (LSPP stále teoreticky tvoří trvalou zálohu výjezdových skupin ZZS) a doba jejího života je po více jak padesáti letech existence převážně z příčin ekonomických sečtena. Nástupcem této služby se z vysokou pravděpodobností stanou centrální příjmy zdravotnických zařízení. Autorkou zmiňovaný dojezdový čas 7 min může platit jen pro velké městské aglomerace a představuje ideální stav, kterého reálně nelze s dostupnými prostředky dosáhnout ve venkovském prostředí.

V další části práce autorka výstižně popisuje legislativní předpoklady pro vznik IZS a správně definuje IZS nikoliv jako instituci, ale jako právní institut spolupráce. V podkapitole **2.3 Složky IZS** autorka uvádí, že „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.“ (str. 8)

Na tomto místě musím, bohužel, autorku opravit. Zákon č. 239/2000 Sb., o IZS ve znění § 4 odst. 1 a 2 jasně definuje základní (HZS ČR, ZZS, PČR) a ostatní složky IZS (vyčleněné složky ozbrojených sil, bezpečnostní sbory, ostatní záchranné sbory, orgány ochrany veřejného zdraví, havarijní, pohotovostní odborné a jiné služby, zařízení civilní ochrany a další). Operační střediska - dispečinky základních složek IZS, které autorka vydává za jednotlivé složky IZS, mají statut stálých orgánů pro koordinaci složek IZS (§ 5 Zákona č. 239/2000 Sb.). Policií obvodní autorka s největší pravděpodobností rozumí obecní policii. V oddílu **2.3.1 Úkoly jednotlivých složek IZS v rámci ZPP³** autorka základní (str. 8–9) a vybrané ostatní složky IZS (str. 12) včetně jejich úkolů popisuje, ale rozdělení složek IZS ve znění příslušného zákona je natolik zásadní věcí, že by jej autorka rozhodně neměla opomenout.

Mezi jednotlivými složkami autorka detailněji popisuje zdravotnickou záchrannou službu (str. 9–11), legislativní předpoklady k jejímu vzniku, právní normy upravující její chod, zdravotnické operační středisko a výjezdové skupiny. Ty autorka poněkud nepřesně označuje jako „**výkonné prvky zdravotnického operačního střediska**“ (str. 10), ač v předchozím textu zmiňuje vyhlášku č. 434/1992 Sb., o ZZS, kde je v názvu v § 6 jejich správné označení jasně uvedeno. Zařazení dopravní zdravotní služby (dopravy nemocných) mezi výjezdové skupiny neodpovídá znění vyhlášky MZ č. 434/1992 Sb., § 6, odst. 1, písm. a–c).

Oba jmenované problémy jsou v takto zacílené práci poměrně zásadní a mohou ukazovat autorčiny rezervy při studiu odborné literatury.

Na str. 11 autorka zmiňuje 19 výjezdových stanovišť dopravní zdravotní služby dislokovaných po celém území Prahy. Odkaz na příslušný pramen chybí, takže se domnívám, že má na mysli buď 19 vozidel dopravní zdravotní služby ZZS hl.m. Prahy anebo počet všech stanovišť vozů dopravy nemocných, včetně soukromých poskytovatelů. ZZS hl. m. Prahy v současné době již vozidla dopravy nemocných (dříve DRNR – dopravy raněných nemocných a rodiček) neprovozuje.

³ Zkratka ZPP je pro mne neznámá.

Přehled „**dalších úkolů dopravní zdravotní služby**“ (str. 11) je označen v sestupné řadě c)–h) a jedná se pravděpodobně o vybrané části znění § 2 (Základní úkoly) vyhlášky MZ ČR č. 434/1992 Sb., o ZZS doplněné o bod h). Autorka opět neuvádí zdrojový dokument.

S autorčiným popisem výjezdové skupiny letecké záchranné služby (LZS) lze až na drobné detaily souhlasit. Doplním jen, že v současnosti tvoří poskytovatelé z řad AČR a PČR naprostou minoritu, většina poskytovatelů je pevně zakotvena v privátní sféře (např. fy DSA). Schopnost této složky dosáhnout místa vzniku příhody do 14 minut platí za ideálních podmínek. Autorčino tvrzení, že letecká záchranná služba „...může zasáhnout co nejdříve při všech stavech ohrožujících život člověka, bez ohledu na denní dobu...“ (str. 11) je nutné mírně korigovat v tom smyslu, že posádka LZS je limitována především denním světlem a, jak autorka dále správně uvádí, přízní a nepřízní počasí. Noční lety provádí díky potřebné avionice a výcviku palubního personálu pouze LZS Praha.

Stručně, ale věcně popisuje autorka v další části práce vznik jednotného evropského čísla tísňového volání 112 s chronologicky strukturovanými časovými milníky.

Moji pozornost upoutala podkapitola **2.5 Historie zdravotnické složky IZS a jejich výkonných prvků**. Autorka čerpá z frekventovaně citovaného zdroje (www.zzshmp.cz) a v podkapitole **2.5.1 Historie záchranné služby** nejprve popisuje vývoj pražské záchranné služby od jejích počátků, tj. od roku 1792, resp. 1857 až po desáté roky 21. století. V závěru tohoto oddílu autorka vysvětluje pojem *dojezdový čas* jako interval, „*kteřý uplyne od přijetí telefonátu na centrálním dispečinku do příjezdu zdravotníků k nemocnému*“ (str. 17). Toto tvrzení neodpovídá skutečnosti, protože dojezdový čas je chápán jako časový interval od přijetí tísňové výzvy příslušnou výjezdovou skupinou do dosažení místa vzniku příhody.

Podobnou výhradu musím vyslovit vůči autorkou uváděným dojezdovým časům na straně 17:

„*Předepsané dojezdové časy:*

Rychlá zdravotnická služba⁴ – do 15 minut od nahlášení

Lékařská služba první pomoci – do 2 hod. po přijetí telefonátu

Rychlá lékařská pomoc – do 7 min po nahlášení výjezdu.“ (str. 17)

Vyhláška 434/1992 Sb., o ZZS v § 3 Síť zařízení a pracovišť, odst. 2 praví, že: „*Síť zdravotnické záchranné služby musí být organizována tak, aby byla zabezpečena dostupnost přednemocniční neodkladné péče a její poskytnutí do 15 minut od přijetí tísňové výzvy s výjimkou případů hodných zvláštního zřetele.*“ Uvedená klauzule platí jednotně a nerozdílně pro všechny výjezdové skupiny ZZS, tj. i pro RLP a RZP. Autorka, neodkazuje na právní předpis či jiný důležitý dokument, který by její výrok potvrzoval.

V následujícím oddílech **2.5.2 Rychlá zdravotnická pomoc** a **2.5.3 Rychlá lékařská pomoc** autorka náhle popisuje poslání a vybavení výjezdových skupin rychlé zdravotnické pomoci a rychlé lékařské pomoci. Domnívám se, že zařazení těchto oddílů tématicky neodpovídá zaměření kapitoly a patří spíše do oddílu **2.3.1 Úkoly jednotlivých složek IZS v rámci ZPP**. Autorce musím vytknout pochybení ve způsobu citace primárního dokumentu (www.zzshmp.cz/zdravotnicka-zachranna-

⁴ Termín **rychlá zdravotnická služba** neexistuje. S největší pravděpodobností se jedná o záměnu s názvem výjezdové skupiny **rychlé zdravotnické pomoci**.

[služba](#)), protože jí uváděný text v oddílech 2.5.2 a 2.5.3 (str. 17-18) se prakticky doslovně shoduje s textem dostupným na zmíněné webové stránce. V uvedené části práce chybí jakýkoliv odkaz na zdrojový dokument a vzniká tak dojem, že autorkou prezentovaný text je její vlastní. **Absenci přímé citace je nutné považovat za hrubou formální chybu.** Věřím, že nebylo autorčiným úmyslem vydávat cizí text za vlastní a že se jedná o nedostatek čistě technický.

V oddílu 2.5.4 Lékařská služba první pomoci autorka popisuje zrod a transformaci LSPP od dvacátých let minulého století až do desátých let století jednadvacátého s akcentem na klíčové události po roce 2000.

V závěru teoretické části práce, tj. kapitole **3. Pacient jako uživatel služeb IZS** se autorka snaží nejprve charakterizovat cílového uživatele zdravotní služby v obecném a specifickém pohledu přednemocniční neodkladné péče. Výhradu musím uplatnit vůči autorčině termínu „uživatel služeb IZS“, protože v celá kapitola je věnována pouze poskytování zdravotnických služeb. Ztotožnit tuto specifickou činnost s neznámým termínem „služby IZS“ je minimálně zavádějící.

V podkapitole **3.1. Ochrana pacienta přednemocniční péče v legislativě** se autorka pokouší prezentovat přehled právních norem se vztahem k ochraně práv pacienta (LZPS a Konvence o biomedicíně) a zmiňuje též etické kodexy. Oddíl **3.1.2 Konvence o biomedicíně** je redukován na právo svobodné volby zdravotnického zařízení a přístup k používání informovaného souhlasu v PNP. Navazující kapitola **3.1.3 Standardy přednemocniční péče** neodpovídá obsahem názvu a čtenář ve 4 odstavcích tápe mezi nejednotností kvality poskytované péče, paternalistickým vztahem lékaře a pacienta a informovaným souhlasem. Situace je velmi podobná v oddílu **3.1.4 Etické profesní kodexy**, kdy autorka po krátkém představení Práv pacientů a Etického kodexu České lékařské komory rychle a nelogicky přebíhá k uplatnění svobodné volby zdravotnického zařízení, mravním a právním a dilematům posádky ZZS. První odstavec na straně 23, první odstavec na straně 26 a třetí odstavec na straně 26 jsou s drobnými odlišnostmi převzaty z mé vlastní seminární práce na téma: **Svobodná volba zdravotnického zařízení v podmínkách přednemocniční neodkladné péče.** Autorka tak necituje primární pramen, ale literární zdroje uvedené v primárním prameni.

Komentáře k praktické části práce

Autorka vytyčuje v úvodu praktické části celkem 3 cíle svého kvantitativního výzkumu:

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

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

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).

Po seznámení s cíli výzkumu autorka popisuje v podkapitole **4.2** pracoviště, kde realizovala sběr dat. Autorka hovoří, že na zmíněném pracovišti (výjezdové středisko Praha 7) působil v době realizace praktické části práce i „dispečink IZS“. (str. 30) Není proto jasné, v kterém období sběr dat realizovala, protože sama tuto informaci neuvádí. Zdravotnické operační středisko opustilo prostory výjezdového střediska Praha 7 v roce 1999.

Z dat, které autorka pravděpodobně získala ze zdravotnického operačního střediska (odkaz na zdroj chybí) sestavila dva grafy, které mají představovat vstup do problematiky. (str. 30, str. 32)

Graf č. 1 (str. 30) přináší průměrný roční počet výjezdů „jednotlivých typů zdravotních vozů“, mezi kterými figurují *lékařská záchranná služba, zdravotnická záchranná služba a sanitní převozy*. Autorka opětovně pracuje s neobvyklými termíny a pouze díky jejímu vysvětlení v dalším textu jsem identifikoval *lékařskou záchrannou službu* jako výjezdovou skupinu RLP, *zdravotnickou záchrannou službu* jako skupinu RZP (?) a *sanitní převozy* jako převozy vozidly dopravy nemocných. Bez znalosti problematiky by nebylo možné jednotlivé položky grafu správně identifikovat.

V grafu č. 2 (str. 33) autorka prezentuje meziroční srovnání počtu hovorů na „IZS“. Domnívám se, že autorka uvádí meziroční srovnání počtu tísňových volání na linku 155, tj. na zdravotnické operační středisko. Autorka jej, tak jako v předešlých částech práce, pravděpodobně vydává za dispečink IZS.

V oddílu 4.2.2 autorka charakterizuje jednotlivé zdravotnické pracovníky, kteří personálně zajišťují chod zdravotnického operačního střediska a výjezdové skupiny ZZS. Moji pozornost upoutal další z termínů „lékař LZP“ (vyhláška MZ ČR č. 434/1992 SB., o ZZS jej neuvádí) a tvrzení, že lékař LZP výjezd „*buď zajistí sám jako řidič LZP, nebo spolu s řidičem RZP*“ (str. 34). Tento údaj nelze přijmout jako seriózní, protože posádka RLP pracující v setkávacím systému rendez-vous (RV) je minimálně dvoučlenná (tvoří ji lékař a řidič ZZS anebo řidič-záchranář). V ČR není praktikována jednočlenná varianta této výjezdové skupiny, tak jako tomu je v některých evropských zemích.

Nesplnění předepsaných personálních kritérií výjezdové skupiny RV-RLP by mohlo vést ke konfliktu s plátcem péče, nemluvě o znění pracovních náplní a kvalifikačních předpokladech pro výkon povolání.

V závěru oddílu **4.2.2** autorka představuje přehled procentuálního podílu pacientů ponechaných výjezdovými skupinami po ošetření na místě anebo transportovaných do zdravotnického zařízení a jejich další směřování (dimise nebo hospitalizace). Data autorka získala ze zdravotnického operačního střediska, ale o velikosti souboru, metodách zpracování neudává žádné další informace. Při interpretaci zmíněných dat autorka prezentuje názor, že pokud je pacient ošetřený výjezdovou skupinou zdravotnické záchranné služby po předání ve zdravotnickém zařízení hospitalizován, jedná se o indikovaný výjezd. V ostatních případech se jedná o výjezdy neindikované a tudíž i větší či menší selhání operátora tísňové linky. Relativní četnost plně indikovaných výjezdů podle autorky činí jen 30%. (str. 35)

Domnívám se, že se jedná o velmi odvážné tvrzení. Hospitalizace sama není přesvědčivým indikátorem podprahové anebo prahové výzvy (indikovaného výjezdu). Autorka naprosto pomíjí velkou skupinu pacientů, jejichž zdravotní stav

v souladu se základními úkoly ZZS vyžaduje zásah výjezdových skupin (např. hypoglykémie, bronchiální asthma, neurocirkulační astenie, akutní bolest při onkologickém onemocnění atp.) ale po stabilizaci k normě není jejich další transport do zdravotnického zařízení nutný a leckdy ani vhodný. Vstupní předpoklad, že výjezdové skupiny ZZS mají poskytovat péči pouze pacientům s přímým anebo potencionálním ohrožením základních životních funkcí je celosvětově nedosažitelným ideálem. Nesmíme zapomínat na to, že zdravotnická záchranná služba má vedle role poskytovatele zdravotní péče i nezanedbatelný aspekt sociální. Použití oněch 30% následných hospitalizací též jako indikátor úspěšnosti operátorů zdravotnického operačního střediska při hodnocení prahové anebo podprahové úrovně tísňové výzvy není příliš šťastné. Vše totiž závisí na nastavení a vyladění úrovně vstupního filtru zdravotnického operačního střediska, který, zjednodušeně řečeno, prostřednictvím operátorů rozděluje výzvy na podprahové (pro jiné složky než ZZS) a prahové s nejvyšší, střední a nízkou prioritou. Úkole nastavit parametry „filtru“ připadá naprosto jednoznačně managementu organizace.

Oddíl **4.2.3 Návrh zlepšení indikace výjezdů RZP** autorka věnuje vlastnímu doporučení, která by měla vést k optimalizaci výjezdů RZP. Autorka předkládá obecně formulovaná doporučení ve smyslu kontinuálního vzdělávání operátorů tísňové linky a standardizace procesů vyhodnocování tísňových výzev. Konkrétní opatření, vyjma přehledu akutních stavů s různým potenciálem ohrožení života a zdraví pacienta, čerpaného z odborné literatury, autorka nenavrhuje.

Mezi použitými metodami sběru dat autorka jmenuje pozorování, rozhovor, standardizovaný dotazník.

Obecnou hypotézu autorka rozpracovala do pěti pracovních hypotéz a vytvořila dva dotazníky, jeden určený zdravotnickým pracovníkům a druhý pak pacientům. Oba dotazníky mají především testovací charakter. Autorka vytvořila pro potřeby zkoumání vlastní dotazníky, jejichž základem byly vybrané pasáže kodexu Práv pacient. Když uvážím, že kodex obsahuje ve své originální podobě 11 položek, těžko si představím sebe v pozici respondenta, který jejich znění nosí v hlavě. Odpovědi na jednotlivé otázky v příslušném dotazníku znamenají spíše tipování, než prověření skutečné znalosti. Převedením položek kodexu na otázky vedlo k jejich výraznému sugestivnímu zabarvení, které mohlo zkreslit povahu získaných dat.

Autorka se snaží získaná data interpretovat logicky, ze svého pohledu věcně. Zároveň má však tendenci vytrhovat některá zjištění z kontextu a nemohu se zároveň ubránit dojmu, že respondent při odpovědích na položené otázky nerozeznává rozdíl mezi normou mravní a normou právní, tj. exekutivně vymahatelnou.

Použité koláčové grafy s vyznačením relativní četnosti odpovědí jsou dobře čitelné, občasně se vyskytují pravopisné chyby (viz nestandardní lékařský postup – str.61) a posuny názvu grafů vzhledem k objektu.

Autorka uvádí v abecedním pořadí celkem 5 bibliografických titulů, 4 právní normy, 4 internetové zdroje a jedno periodikum. U bibliografických titulů a periodika není mezi povinnými údaji podle ČSN ISO 690 uvedeno ISBN/ISSN.

Diplomovou práci paní Bc. Blaženy Pekové hodnotím jako nevyhovující a to z následujících důvodů:

- § Autorka nedostatečně prostudovala literaturu se vztahem k organizaci a vnitřnímu členění ZZS a IZS.
- § Autorka opakovaně používá nesprávné termíny a neexistující zkratky, které nemají oporu v právních normách či jiných dokumentech upravujících činnost ZZS.
- § Autorka pochybila při důsledném odlišení vlastního a cizího textu, neuvedla všechny primární dokumenty, které při tvorbě diplomové práce použila.
- § Jednotlivé kapitoly, podkapitoly a oddíly nenavazují souvisle, jazykový styl v celém průběhu práce kolísá.
- § Součástí diplomové práce není projekt diplomové práce.

Závěr

Práci studentky paní Blaženy Pekové nedoporučuji k obhajobě a navrhuji ji hodnotit stupněm neprospěla.

Posudek vypracoval: Radek Mathauser

Datum: 7. 9. 2011