

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ o.p.s., Praha 5

Specifika práce zdravotnického operačního střediska

Bakalářská práce

Alžběta Dlabáčová, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: MUDr. Katarína Veselá

Praha 2018



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Dlabačová Alžběta
3. C ZZ

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 2. 11. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Specifika práce zdravotnického operačního střediska

Specifics of the Work of the Medical Operations Center

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Veselá Katarína

V Praze dne: 2. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezentačním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce, paní doktorce Kataríně Veselé, za nekonečnou trpělivost při tvorbě této práce. Dále bych zde chtěla podkovat všem ostatním, kteří mně motivovali k dokončení této práce, dávali mi věcné připomínky a konzultovali semnou její obsah.

ABSTRACT

DLABAČOVÁ, Alžběta. *Specifika práce zdravotnického operačního střediska.*

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce MUDr. Katarína Veselá. Praha 2018. Počet stran:

Bakalářská práce, se zabývá prací zdravotnického operačního střediska, problematikou příjmu tísňové výzvy a telefonicky asistovanou neodkladnou resuscitací. Její snahou je přiblížit práci operátorů široké odborné veřejnosti. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se zabývá hlavními úkoly zdravotnického operačního střediska, strukturou příjmu tísňové výzvy, základy telefonicky asistované první pomoci a v neposlední řadě telefonicky asistovanou neodkladnou resuscitací. Praktická část je vedena formou rozhovoru s několika operátory krajským operačních středisek a zabývá se jejich zkušenostmi s příjmem tísňových výzev a jejich psychickým zatížením.

Klíčová slova

Dispečer. Výzva. Volající. Komunikace. Lokalizace. Resuscitace.

ABSTRACT

DLABAČOVÁ, Alžběta. *Specifics of the work of the Medical Operations Center.*

Medical college. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Katarína Veselá, Praha 2018. ... pages.

This present study attempts deals with the work of the medical operating center, the problem of receiving the emergency call and the telephone assisted necessary resuscitation. Its aim is to bring the work of operators to the broad professional public. The bachelor thesis is divided into the theoretical and practical part. The theoretical part deals with the main tasks of the medical operation center, the training of the dispatchers, the legislation relating to the work of the medical operation center, the structure of the reception of the emergency call, the bases of the assisted first aid and, last but not least, the telephone assisted necessary resuscitation. The practical part of the thesis is conducted in the form of an interview with several operators of regional Operations Centers and deals with their experience with the reception of emergency challenges.

Key words:

Dispatcher. Call. Callers. Communication. Location. Resuscitation.

SEZNAM ZKRATEK

ARIP- anesteziologicko-resuscitační intenzivní péče

ČLS-JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

DP – doporučený postup

LVS – letecká výjezdová skupina

LZS – letecká záchranná služba

NZO – náhlá zástava oběhu

POI – point of interest (bod zájmu)

SVO – sloup veřejného osvětlení

TANR – telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace

TAPP – telefonicky asistovaná první pomoc

TAP – telefonicky asistovaný porod

TCTV – telefonní centrum tísňového volání

UMMK – urgentní medicína a medicína katastrof

ZOS – zdravotnické operační středisko

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Operátor (call-taker) – pracovník ZOS, který se v danou směnu věnuje primárně příjmu tísňových výzev

Dispečer – pracovník ZOS, který se v danou směnu věnuje operačnímu řízení

Lokalizace – určení místa události

Priorita – stupeň naléhavosti události

ÚVOD

Tématem předkládané bakalářské práce jsou specifika práce zdravotnického operačního střediska.

Toto téma si autorka zvolila na základě faktu, že sama je operátorkou zdravotnického operačního střediska Zdravotnické záchranné služby hlavního města Prahy. Teoretická část práce přiblíží široké odborné veřejnosti problematiku příjmu tísňové výzvy, lokalizaci místa události, základy telefonicky asistované první pomoci, rady poskytované volajícímu laikovi a v neposlední řadě se bude věnovat telefonicky asistované neodkladné resuscitaci. Přiblíží situace kdy se TANR zahajuje, jak operátor postupuje během resuscitace dospělého pacienta a uvede rozdíl TANR u dětského pacienta.

Pro praktickou část byla zvolena metoda rozhovoru. Dotazováni byli dispečerky krajských operačních středisek. Odpovídali na otázky týkající se jejich práce na ZOS. Jelikož je všeobecně známo, že TANR je extrémně psychicky náročná situace, autorku zajímalo, jak ji respondentky zvládají. Dále se dotazovala na jejich začátky a na to jak těžké pro ně bylo naučit se dispečerskou práci, jak se zlepšili v komunikaci s volajícími, na zkušenosti při lokalizaci místa události a na to jak se vypořádávají se stresem po náročných hovorech a službách ve svém osobním volnu.

Cílem bakalářské práce je poukázat na specifika práce operátorů a dispečerů, oproti záchranářům ve výjezdových skupinách. Specifika příjmu tísňové výzvy, lokalizaci místa události a náročnost TANR.

Pro teoretickou část práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zmapovat práci zdravotnického operačního střediska.

Cíl 2: Představit strukturu příjmu tísňové výzvy.

Praktická část bakalářské práce je tvořena 8 rozhovory s operátorkami zdravotnických operačních středisek. Jedná se o profesionálky, které odpovídaly na otázky týkající se jejich práce na ZOS, na jejich zkušenosti s příjmem tísňových volání, psychologické působení na jejich osobnost při instruktáži TANR u dětí a dospělých. Operátorky volně odpovídaly na předem připravené otázky, ze kterých byl vytvořen rozbor.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zjistit jak se operátoři vypořádávají s příjmem tísňové výzvy.

Cíl 2: Zjistit jak působí náročné hovory na psychiku operátorů.

Průzkumná otázka:

Jaké je největší specifikum práce na zdravotnickém operačním středisku?

Hlavním cílem této bakalářské práce je poukázat na specifika práce zdravotnického operačního střediska. Nejen během příjmu tísňových výzev, ale celkově během průběhu jedné směny v nepřetržitém provozu zdravotnické záchranné služby. Přiblížit odborné veřejnosti tuto velmi specifickou zdravotnickou profesi a v neposlední řadě poukázat na psychickou zátěž operátorů a dispečerů.

Vstupní literatura

- FRANĚK, Ondřej. *Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska*. 7. vyd. [Praha: O. Franěk], 2013. ISBN 978-80-905651-0-4.
- ANDRŠOVÁ, Alena, 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.
- Doporučené postupy [online]. Dostupné z: <https://urgmed.cz/postupy/postupy.htm>
- PEKARA, Jaroslav, 2016. *Fenomén násilí v ošetrovatelské péči všeobecných sester České republiky*. Disertační práce. České Budějovice. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

Popis rešeršní strategie:

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Specifika zdravotnického operačního střediska, příjem tísňové výzvy, telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace, proběhlo v časovém období od roku 2005 až do roku 2015. Pro vyhledávání byla využita žádost o rešerši v Národní lékařské knihovně. Jako klíčová slova byla zvolena Dispečer. Výzva. Volající. Komunikace. Lokalizace. Resuscitace v jazyce českém. V jazyce anglickém Dispatcher. Call. Callers. Communication. Location. Resuscitation.

1 ZDRAVOTNICKÉ OPERAČNÍ STŘEDISKO

Řečeno s trochou básnické licence, hlavním úkolem ZOS je „vyslat správnou pomoc ve správný čas na správné místo“ (Ondřej Franěk – Dispečink je klíčem záchranné služby)

Zdravotnické operační středisko neboli dispečink, lze nazvat řídicím centrem záchranné služby. Je to místnost, kde ve dne i v noci sedí několik operátorek a operátorů, kteří mají za úkol přijímat volání z národní tísňové linky 155, případně přejímat tyto volání od kolegů z TCTV 112. Operátoři a operátorky přijímající hovory na lince 155 po ukončení hovoru vyhodnotí naléhavost případu a odešlou vytvořenou událost do systému a dispečer výzvu pošle nejvhodnější výjezdové skupině.

Lidé, kteří volají záchrannou službu, jsou většinou laici, kteří nevědí nebo si nejsou jisti, jak v danou chvíli poskytnout první pomoc.

Stavy kvůli kterým lidé volají záchrannou službu, jsou různého charakteru. Většinou se jedná o náhle vzniklé, neočekávané zdravotní problémy jako jsou různé bolesti, úrazy, překotný porod, nebo náhlá zástava oběhu či jiné chorobné změny vědomí a dýchání. Ovšem ve většině případů vytáčejí lidé tísňovou linku pro chronické obtíže a nemoci, se kterými už si sami nedovedou poradit.

Hlavním úkolem operátorů (call-takerů) je přijímat tyto tísňová volání, přiřazovat vhodnou klasifikaci a náležitě k tomu výzvu indikovat. Oproti operátorům se dispečeri ve službě věnují primárně operačnímu řízení. Operační řízení je druhým nejdůležitějším úkolem zdravotnického operačního střediska. Věnuje se vysílání výjezdových skupin, avizování pacientů do zdravotnických zařízení a dále eviduje volná lůžka intenzivní péče.

Bez kvalitně vzdělaných operátorů a dispečerů by dispečink nemohl adekvátně fungovat. Proto je vzdělání těchto zdravotnických pracovníků velmi důležité.

1.1. Operátor zdravotnického operačního střediska

Obsluhu tísňových linek na zdravotnickém operačním středisku denně zajišťují všeobecné sestry se specializací ARIP, nebo zdravotničtí záchranáři, kteří se v danou směnu stávají buď dispečerem nebo call-takerem (operátorem).

Hlavním úkolem call-takera je obsluha linky 155 a přebírání volání z linky TCTV 112. Call-taker je ten, kdo přijímá volání a vyhodnocuje naléhavost výzvy. Na jeho dovednostech závisí to, kolik informací o zdravotním stavu pacienta se dostane k výjezdové skupině, to jaká naléhavost bude výzvě přidělena a také to aby výjezdová skupina jela na správnou adresu události.

1.2. Vzdělávání operátorů

Práci na ZOS mohou samostatně vykonávat dle rozsahu stanoveného vyhláškou /2011 Sb. Zdravotnický záchranář (§17), sestra pro intenzivní péči (§55), zdravotnický záchranář se specializovanou způsobilostí (§108) a zdravotnický záchranář pro urgentní medicínu (§109).

Výše uvedená vyhláška stanovuje, že tito nelékařští zdravotničtí pracovníci jsou oprávněni „*přijímat, evidovat a vyhodnocovat tísňové výzvy z hlediska závažnosti zdravotního stavu pacienta a podle stupně naléhavosti, zabezpečovat odpovídající způsob řešení za použití telekomunikační a sdělovací techniky, provádět telefonní instruktáž k poskytování první pomoci a poskytovat další potřebné rady za použití vhodného psychologického přístupu*“ (OF)

Pracovníkem na zdravotnickém operačním středisku se může stát absolvent oboru zdravotnický záchranář, který lze studovat na vyšší odborné nebo vysoké škole zdravotnického zaměření a všeobecná sestra se specializací ARIP.

Absolventi jsou specialisté ve zdravotnickém oboru, a i přesto, že mají veškeré potřebné znalosti z urgentní medicíny, příjmu tísňové výzvy a operačnímu řízení jako takovému se učí až praxí na ZOS. Neboť v osnovách škol se nenachází předmět, který by studenty naučil této specifické odbornosti.

Hlavním předpokladem, pro to aby se člověk stal dobrým operátorem, je jeho psychická odolnost, schopnost komunikace a práce v týmu.

V České republice lze absolvovat certifikovaný kurz operačního řízení, který je zaměřen na komplexní vzdělání v operačním řízení. Jedná se o půlroční intenzivní kurz, kde se nejprve teoreticky probírá veškerá problematika práce operačního střediska a poté se frekventanti zúčastňují praktické výuky na zdravotnickém operačním středisku. Cílem praktické výuky je správná komunikace s výjezdovými skupinami, jak logicky a systematicky vysílat jednotlivé výjezdové skupiny, a také práce s operačním systémem, zadávání údajů a vytváření nových událostí. Pod dohledem zkušených školitelů se poté učí jak správně přijmout tísňovou výzvu.

Tento kurz operačního řízení je jediným kurzem, ve kterém lze získat komplexní dispečerské vzdělání.

1.3. Koordinační, evidenční a informační činnost ZOS

Úkolem úseku operačního řízení vůči výjezdovým skupinám je provádět informační a evidenční činnost. Existují systémy, kdy operační středisko rozhoduje o velké většině věcí a zajišťuje veškerý přenos informací od výjezdových skupin k dalším subjektům.

Nejčastějšími úkoly při takovém přenosu informací je činnost, kdy operátor předává důležité pokyny a informace dalším složkám integrovaného záchranného systému. Většinou se jedná o bezpečnostní, organizační a koordinační pokyny vztahující se k zásahu na místě události.

Další velmi důležitou činností je zajišťování volného místa pro přijetí pacienta – avizování. Má-li výjezdová skupina v péči pacienta, u kterého je zjevné, že bude potřeba jej umístit na lůžko intenzivní péče, zavolá vedoucí výjezdové skupiny na operační středisko, předá dispečerovi důležité informace o pacientovi a zároveň zvolí typ požadovaného intenzivního lůžka dle povahy pacientových obtíží. Informacemi, které záchranář předává dispečerovi, jsou hodnoty základních životních funkcí, informace o tom jak dlouho obtíže trvají a v případě potřeby, i to jaké má pacient alergie či jaká je jeho chronická medikace.

Po předání všech těchto informací kontaktuje dispečer kontaktní místo zdravotnického zařízení, do kterého pacienta bude směřovat. Poté dispečer vyčkává na zpětné zavolání kontaktního místa. Pokud je potřeba zjistit více informací od posádky, je vhodné zahájit telefonickou konferenci mezi operačním střediskem, kontaktním místem a výjezdovou skupinou. Po vyřízení veškerých těchto náležitostí, v případě kdy kontaktní místo jasně vysloví na jaké oddělení se má výjezdová skupina směřovat, může započít transport pacienta do cílového zdravotnického zařízení.

1.4. Operační řízení v podmínkách přednemocniční neodkladné péče

Operační řízení je navazujícím krokem na práci call-takerů. Dispečer věnující se operačnímu řízení přiřazuje nejvhodnější výjezdové skupiny k novým událostem a vysílá je na ně, kontroluje průběžně aktuální polohu výjezdových skupin, předvídá a vyhodnocuje zatížení systému. Kvalitní spolupráce je důležitá pro bezproblémový přesun informací od volajícího k výjezdové skupině. Existují dva způsoby operačního řízení – paralelní a sériový

Paralelní – multifunkční procesní režim operačního řízení

Tento režim funguje tak, že vedle sebe (paralelně) je umístěno několik identicky fungujících samostatných pracovišť, které zastávají funkci call-takingu i operačního řízení. Nespornou výhodou tohoto pracovního režimu je minimální možnost ztráty informace mezi volajícím, call-takerem/dispečerem a výjezdovou skupinou. Naopak nevýhodou bývá obtížná koordinace většího počtu výjezdových skupin, přičemž každá z daných posádek, která byla vyslána daným dispečerem je jím vytvořenou událost je vzhledem k autorovi události pomyslně přidělena právě tomuto dispečerovi. Dispečeri v takto pracujícím režimu by si měli průběžně předávat informace o obsazenosti výjezdových skupin a záměry o tom, jak s nimi hodlají naložit po ukončení aktuální výzvy. Může se totiž stát, že dva různí dispečeri čekají na uvolnění jedné posádky, aby ji mohli vyslat každý na svou další čekající událost. Tento paralelní pracovní režim se používá na menších a méně zatížených operačních střediscích.

Sekvenční sériový procesní režim operačního řízení

Operační středisko, které funguje v sériovém režimu, pracuje ve dvou pomyslných dimenzích. V té první je řada call-takerů, kteří se věnují primárně příjmům tísňových výzev, které ze svých pracovišť odesílají dispečerovi věnujícímu se operačnímu řízení. Tento dispečer pracuje se všemi výjezdovými skupinami, které má v danou směnu k dispozici a přiděluje jim události.

Dispečer má za úkol vybrat ke každé nové události vhodnou výjezdovou skupinu, vyslat ji na místo události, a poté koordinovat její další pohyb. Zároveň musí kontrolovat aktuální polohu posádek a jejich pracovní statusy.

Jasnou výhodou sériového pracovního režimu operačního řízení je ta, že daný dispečer má přehled o všech výjezdových skupinách a může s nimi snadno manipulovat. Částečně tak může předvídat vývoj událostí, neboť komunikací s jednotlivými výjezdovými skupinami může odhadnout, kdy a kde se uvolní a bude schopna jet řešit další událost.

Naopak nevýhodou tohoto režimu je relativně vysoké riziko ztráty podstatných informací mezi volajícím a výjezdovou skupinou. Těmto ztrátám lze zamezit tím, že call-taker který výzvu přijme, stručně vyjádří a zapíše důležité informace do výzvy a v případě potřeby sdělení některých dalších podstatných podrobností zavolá výjezdové skupině přímo na služební mobilní telefon.

Sekvenční procesní režim se využívá především na vysoce zatížených operačních střediscích, a to především za účelem dobré koordinace volných zdrojů. Každý dispečer a operátor pracující v tomto režimu by tedy měl dokonale znát celou oblast, ve které se pohybují výjezdové skupiny, a měl by mít schopnost logického uvažování pro rozhodování o přiřazování daných nových událostí.

Výjezdové skupiny

Výjezdová skupina je tvořena minimálně dvěma zdravotnickými pracovníky. V současnosti jsou těmito pracovníky především zdravotničtí záchranáři, řidiči s ukončeným kurzem řidiče záchranné služby a lékaři se specializací v urgentní medicíně, anesteziologii, případně jiném lékařském oboru. Výjezdová skupina

v době neaktivity sídlí na výjezdové základně, kde čeká na výzvu k výjezdu. Výjezdových skupin existuje několik typů:

- RZP – rychlá zdravotnická pomoc, dvoučlenná posádka tvořená zdravotnickým záchranářem a řidičem-záchranářem, případně dva záchranáři. Na místo události se dopravují velkým sanitním vozem
- RLP – rychlá lékařská pomoc, tříčlenná posádka ve složení lékař, zdravotnický záchranář, řidič-záchranář, kteří se na místo dopravují velkým sanitním vozem
- RV – rande-vous, dvoučlenná posádka tvořena lékařem a řidičem-záchranářem, kteří se na místo události dopravují malým osobním automobilem s veškerým zdravotnickým vybavením, mimo transportní prostředky
- LVS – letecký výjezdová skupina – dvoučlenná posádka tvořená lékařem a zdravotnickým záchranářem, kteří jsou na místo události dopravováni vrtulníkem

1.5. Operační řízení letecké záchranné služby

Letecká výjezdová skupina je zvláštní složkou záchranné služby a tudíž má oproti pozemním výjezdovým skupinám odlišné podmínky operačního řízení.

Při operačním řízení LVS je nutné počítat s některými specifiky, se kterými se při běžném operačním řízení nelze setkat. Prvním z těchto specifíků je limitace denní dobou, počasím a terénem. Pakliže vyjde najevo nějaká pochybnost, u některé z těchto podmínek, nemusí být let uskutečněn, nebo dokončen. O provedení nebo neprovedení letu s konečnou platností vždy rozhoduje pilot vrtulníku.

Spojení s posádkou vrtulníku během letu je možné primárně díky radiovému spojení za pomoci radiostanice. V případě, že vrtulník sníží letovou hladinu nebo přistane, může být radiové spojení zcela přerušeno a následná komunikace je možná pouze pomocí mobilního telefonu.

Indikace a kontraindikace vzletů LZS

Leteckou záchrannou službu lze aktivovat na základě absolutních indikací, mezi které patří zásah v nepřístupném terénu, kde poskytnutí neodkladné pomoci není možné odložit a vyčkávání na pomoc vyprošťovacího týmu by přineslo zbytečnou časovou prodlevu v poskytnutí primárního ošetření. Nepřístupným terénem je zde myšleno prostředí mimo civilizaci (například horský terén), ale i dálnice při vážných dopravních nehodách, kdy ostatní vozy stojí v okolí nehody mnohdy v několikakilometrových kolonách a dojezd pozemní výjezdové skupiny je tedy zcela blokován.

Další absolutní indikací nasazení vrtulníku je rychlý transport na specializované pracoviště. U této indikace je nutné zdůraznit, že primárně nejde o vlastní rychlost letu, jako spíše o rychlost transportu včetně veškerých ztrátových časů. Lze tedy říci, že v případě, kdy specializované pracoviště dosažitelné do 30-40 minut pozemní cestou, nepřináší LZS žádný přínos. Však v případě, kdy je vzlet LZS indikován ve stejný čas jako výjezd pozemní výjezdové skupiny a v době rozhodování o směřování pacienta je již vrtulník na místě události, představuje transport pacienta pomocí LZS jasný časový přínos.

V dalším případě má nasazení LZS z medicínského pohledu prokazatelný prospěch z důvodu urychlení transportu u pacienta s polytraumatem při směřování do traumacentra. U pacientů s akutní koronární příhodou, ovšem pouze v případě, že je možnost zprůchodnění koronární tepny v časovém okně 3 hodin od vzniku potíží a tudíž letecký transport do katetrizačního centra touto cestou bude urychlen. Podobně jako u pacientů s AKS lze LZS využít při transportu pacienta s akutní ischemickým uzávěrem některé z mozkových tepen pouze v případě, že dosažení trombolytické léčby v ictovém centru je v časovém okně 8 hodin od vzniku obtíží.

Specifickým a zároveň velmi významným nasazením LZS je zásah při hromadném neštěstí. LZS v tomto případě může posloužit k zvýšení transportní kapacity a zároveň může mít funkci rekognoskační a řídicí oblasti hromadného neštěstí.

1.6. Činnost ZOS při mimořádné události

Běžný a všeobecně zavedený termín „*Hromadné neštěstí*“ stávající legislativa vůbec nezná, ale definuje jej jako „*Mimořádnou událost*“.

Hromadné neštěstí zpravidla nelze předpovědět, ačkoli většina situací, se kterou se v praxi operátor setká, se již někdy vyskytla. Může se jednat o hromadné dopravní nehody, rozsáhlé požáry budov či únik jedovatých látek. Tyto mimořádné události jsou, co se týče průběhu do značné míry předvídatelné a je možné se na jejich řešení připravit.

Klíčovými kroky pro úspěšné zvládnutí mimořádné události jsou:

- Znalost traumaplánu
- Znalost zdrojů rizik
- Nacvičování vlastních postupů
- Nacvičení koordinace

Identifikace mimořádné události je klíčová pro celé její zvládnutí. Rozpoznání hromadného neštěstí resp. situace, která jistě nebo potencionálně může být zdrojem hromadného neštěstí, lze ve většině případů odhadnout již z prvních příchozích volání z místa události.

Zcela klíčový je postup první výjezdové skupiny na místě události. Hlavním úkolem této posádky není poskytovat první pomoc, ale zhodnotit situaci, potvrdit na ZOS že se jedná o hromadné neštěstí, odhadnou počet pacientů a převažující druh zranění. I přes veškeré nácviky může přijít okamžik, kdy první výjezdová skupina na místě události tyto informace na ZOS nepředá a v ten okamžik musí dispečink aktivně vstoupit do situace a informace si aktivně vyžádat jakýmkoli způsobem.

Situační zprávu na ZOS lze podat za pomoci mezinárodně rozšířeného schéma „METHANE“ což je akronym pro: „*My callsign (volací znak posádky která podává hlášení), Exact location (potvrzení přesného místa události), Type of event (typ události), Hazard (rizika na místě), Access (přístupové cesty), Numbers of victims (odhad počtu obětí), Emergency service (přítomné a potřebné tísňové služby).*“ (of)

Českým ekvivalentem je schéma nazvané 5P – „*Potvrzení události, Poloha a přístup, Počet postižených a charakter postižení, Požadované posily, Problémy a rizika na místě zásahu.*“ (of).

Další organizaci a koordinaci na místě události zajišťuje vedoucí zásahu a vedoucí zdravotnické složky, jejichž role jsou předem jasně definované a ZOS do nich zasahuje pouze v případě, kdy určí vedoucího zdravotnické složky.

Koordinace odsunu raněných

Je velmi důležité uvědomit si, že nelze všechny pacienty hromadného neštěstí směřovat do nejbližšího zdravotnického zařízení, což bývá nejčastější a největší chybou činnosti ZOS při mimořádné události. ZOS během řešení hromadného neštěstí je povinno zjistit od zdravotnických zařízení informace o možnostech počtu pacientů, které bude nemocnice schopna přijmout. Proto je zajištění plynulého toku informací mezi zdravotnickými zařízeními a dispečinkem extrémně důležitá, ale i extrémně náročná.

V době řešení mimořádné události musí ZOS i nadále zajišťovat běžný provoz záchranné služby a tedy řešení běžných událostí. Lze však říci, že v tuto dobu ZOS řeší primárně události nejvyšší a střední naléhavosti a události nejnižší priority mohou být sloučeny, nebo předány k řešení alternativní zdravotnické službě.

1.7. Komunikace s volajícím

V každé situaci ať už se jedná o volání z první, druhé nebo třetí ruky by měl call-taker hovořit s volajícím klidně. Slušně a asertivně. Měl by pomocí svých komunikačních schopností vést hovor tak, aby bylo zřetelné, že hovor vede operátor a ne volající. V praxi to znamená, že ať už se na místě události děje cokoli, mě by mít call-taker hovor pod kontrolou a v co nejkratší době zjistit potřebné množství důležitých informací.

„Každá výzva by tedy měla být řešena především konstruktivně, přičemž tento termín definuje Blanka Čepická následovně:“ (OF)

- *Vlídne vystupování, soulad mezi obsahem a formou sdělení*
- *Empatický přístup*

- *Dotazování k věci (co se děje tady a teď)*
- *Identifikovatelný plán vedení hovoru (na co se ptát nejprve a na co později)*
- *Základní vztah k volajícímu (pozice) na úrovni OK+/OK+ (JÁ+/TY+) – „já (operátor) jsem dost dobrý, a i ty (volající) jsi dost dobrý“ (viz. tabulka níže)*
- *Schopnost instruovat a přebírat odpovědnost*

| | |
|---|--|
| OK+/OK+: rozumím tvému problému a dokážu ti pomoci (radost, úsilí, sebedůvěra) | OK+/OK-: vím moc dobře, co je pro tebe dobré, tvůj názor mě nijak zvlášť nezajímá (přehnaná sebedůvěra, zlost, vzdor, nezáměr) |
| OK-/OK+: rozumím tvému, problému ale neumím ti pomoci (malá sebedůvěra, sebeobviňování, pesimismus, smutek) | OK-/OK-: nevím, co po mě chceš, a nevím, co s tím mám dělat (beznaděj, zoufalství, deprese) |

Hovor přijatý na tísňové lince by neměl mít za cíl popovídání si s volajícím, ale měl by vést k systematickému zjišťování informací nutných pro správnou klasifikaci a indikaci události.

Nebezpečnou součástí hovoru je velmi častí tzv. „*syndrom selektivní hluchoty*“. V takovém případě, operátor podvědomě vytěsňuje informace, které se nehodí do jeho představy a jakoby slyší jen tu část sdělení, kterou slyšet chce. Nelze říci, že to operátor v danou chvíli dělá schválně, jde o podvědomý, ale zcela přirozený jev, který se projevuje ve spoustě situací i v běžném životě.

Kromě syndromu selektivní hluchoty lze v hovorech vyslyšet rovněž „*syndrom účelové důvěry*“.

- Nevěříme volajícímu, pokud hlásí závažnou událost („*Tady někdo omdlel, rychle přijedte, to bude něco vážného!*“) – operátor opakovaně zjišťuje stav a pátrá po čemkoli, čím by ověřil potvrzení toho, že situace není tak vážná jak volající hlásí.

- Věříme volajícímu, pakliže sám řekne, že se nejedná o vážný stav („*Tady někdo omdlel, ten bude pod vlivem alkoholu*“), dle tvrzení volajícího situaci považuje operátor za málo závažnou, protože je takto situace snáze řešitelná.

Operátor záchranné služby by během hovoru měl klást pokud možno srozumitelné a jednoduché otázky. Měl by hovořit jasně, přesně a ptát se cíleně. Dotazy kladené volajícímu musí odpovídat jeho mentálním schopnostem (děti, staří lidé, specifické sociální skupiny, cizinci, atd.). není dobré spoléhat na to, že volající vždy rozumí tomu, co měl operátor na mysli.

| Vhodné formulace | Nevhodné (nejasné) formulace |
|---|---|
| Řekněte mi, z jakého čísla voláte. | Odkud voláte? |
| Jak se jmenuje ta ulice, kde se nehoda stala? | Kde jste? |
| Jak dlouho asi trvají ty bolesti? | Jak je na tom? Co se jí děje? Co je jí? |
| Dýchá normálně? Slyšíte nějaké neobvyklé zvuky, když dýchá? | Jak dýchá? |

1.8. Psychologický pohled na práci dispečera

„podívejte se, s čím musíme pracovat, volající jsou naším problémem, zneužívají nás...“ (Blanka Čepická – operátoři na tísňové lince 155 – rozbor vedení hovorů s volajícími)

Práce dispečera zdravotnického operačního střediska je jedním z psychicky nezátíženějších povolání. A rozdíl od členů výjezdových skupin na pacienta nevidí a musí se spoléhat především a jedině na to, co slyší. Komunikace s volajícím jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole je mnohdy více než složitá, ať už se jedná o volajícího pod vlivem návykových látek, psychiatrického volajícího, volajícího s postižením sluchu nebo řeči, které je způsobeno aktuálním akutním stavem nebo doprovází volajícího po celý život.

Tudíž lze říci, že dispečer je vystaven nepřetržitě stresu, což může vést k závažným onemocněním.

Stres

Funkční stav, při kterém je organismus vystaven mimořádné zátěži. Pokud je míra této zátěže přiměřená, může jedince stimulovat k vyšším nebo lepším výsledkům. Nadměrné vystavení této zátěži může velmi vážně poškodit jeho organismus. Způsobuje poruchy chování, úzkosti, depresivní stavy a při dlouhodobém vystavení stresu může člověk začít trpět psychosomatickými onemocněními.

Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření se nejčastěji projevuje u profesí věnujících se pomáhání druhým lidem a lze ho specifikovat jako emoční únavu, nebo stav citové vyčerpanosti. K syndromu vyhoření dochází v okamžiku, kdy jsou vyčerpány psychické rezervy. Tento stav eskaluje v okamžiku, kdy je pracovník vystaven dlouhodobému stresu a zanedbává své osobní potřeby, jako je odpočinek nejen psychický ale i fyzický a trvá-li dlouhodobě nerovnováha mezi příjmem a výdejem či-li trvající disbalance mezi fází zátěže a fází klidu. Na rozvoji a vzniku syndromu vyhoření nemají vliv vnější stresory, ale podílejí se na něm i osobnostní charakteristiky jedince. Lze říci, že člověk, který je vysoce ambiciózní, perfekcionista, člověk, který si na sebe nabírá více povinností než je potřeba, potlačuje vlastní zájmy, neschopný asertivně jednat, workoholik, dospěje k syndromu vyhoření mnohem dříve než kdokoli jiný.

U zdravotnických záchranářů dochází k syndromu vyhoření velmi často. Je to dáno především stresujícím obsahem jejich práce, vysoké zátěži, působení rušivých vlivů. Frustrace, nedostatek uznání, častými konflikty s pacienty či jejich rodinou nebo s kolegy. Na syndrom vyhoření lze nahlížet jako na nedodržování určitých psychohygienických pravidel, zanedbávání péče o sebe sama, zanedbávání psychické kondice a rovnováhy. Dle výsledků některých studií syndromu vyhoření vyplývá, že vysoké riziku vzniku syndromu vyhořená hrozí při dlouhodobé praxi na záchranné službě. Ze skupin pracovníků

záchranných služeb jsou nejohroženější pracovníci zdravotnických operačních středisek.

Náplň práce dispečerek a operátorů je velmi stresující. Komunikují s lidmi v krizových situacích a jsou systémově nuceni získat v co nejkratším čase co nejvíce validních informací a dle těchto získaných informací se musí opět v co nejkratším čase rozhodnout jakou posádku a v jaké naléhavosti pošlou na místo události. Přitom mohou celou situaci ovlivnit pouze pomocí svého hlasu, pomocí rad poskytnutých volajícím. Ve výsledku nemají žádnou zpětnou vazbu a často téměř zcela žádné kladné ocenění. „Večeřová - Procházková (2005) hovoří při vyhoření o „fenoménu prvních let v zaměstnání“, kdy po vysokých očekáváních, entuziazmu a při „profesní mytologii“ nastává zklamání, frustrace, bezmoc a rezignace.

Syndrom vyhoření lze rozpoznat pomocí několika příznaků, kterými jsou vyčerpání, odcizení, pokles výkonnosti. Všechny tyto příznaky se projevují ve více rovinách:

- Kognitivní rovina – ztráta nadšení, snížení pracovního nasazení, nechuť a lhostejnost k práci, negativní postoj k sobě samému, k životu, k systému, ke společnosti, potíže se zapomínáním, poruchy koncentrace a paměti, náchylnost k profesnímu selhávání.
- Emocionální rovina – pocity bezmoci, beznaděje až prázdnoty, popudlivost, agrese, pocity nedostatku uznání, subdeprese až deprese, nízká sebedůvěra, častý nekontrolovatelný pláč či výbuchy vzteku, strach apatie, nedostatek sebevědomí a odvahy.
- Tělesné příznaky – nedostatek energie, poruchy spánku, nechutenství, náchylnost k nemocem, rychlá unavitelnost, stálá vyčerpanost, vysoký krevní tlak, obtíže s dýcháním, sexuální poruchy, celkově řada obtíží jako jsou bolesti zad či hlavy, prodlužující se doba k regeneraci organismu, abúzus alkoholu či drog.
- Sociální vztahy – odcizení, omezení kontaktu s klienty, kolegy, kamarády i rodinou, přibývání konfliktů v soukromí i na pracovišti, minimalizace konverzace – vyhýbání se složitým tématům, nedostatečná či úplná

absence příprava na práci, nezájem o vzdělávání, ztráta zájmů obecně, pasivita, cynismus, postupná ztráta cílevědomosti, idealizmu a zájmů.

Velice často může dojít ke zvýšené konzumaci alkoholu, tabákových výrobků, kávy, některých léků nebo drog. Rozvoji syndromu vyhoření předchází období bohaté na vysoké pracovní nasazení. Následuje pokles výkonosti a kreativity až dojde k emočním změnám.

Nejvhodnějším způsobem jak předejít syndromu vyhoření je jeho prevence. Neexistuje však metodický pokyn či něco podobného, lze se však řídit několika jednoduchými radami, jak syndromu vyhoření předejít. Tyto rady lze uvést v bodech:

- Nepropadat syndromu mesiáše – operátor zdravotnického operačního střediska není zodpovědný za veškeré události, se kterými se během své praxe setká, stejně jako zdravotnický záchranář v terénu. Operátor i záchranář musí vědět, že v jeho schopnostech a kompetencích není možnost odstranění veškeré bolesti, nespravedlnosti na světě, že nemůže zachránit úplně všechny pacienty.
- Obohacení své práce – je velice důležité naplánovat si směny přesčas, případně směny z jiného úvazku, ale i osobní volno, ve kterém se bude věnovat sám sobě a věcem netýkajících se práce.
- Dodržovat a užívat si přestávky – při práci na záchranné službě nelze úplně pevně naplánovat pravidelné přestávky, avšak najdou se chvíle, kdy se lze věnovat alespoň chvíli sám sobě. Pro dispečery je dobré odejít na chvíli z pracoviště, projít se, dát si něco dobrého k jídlu, udělat pár fyzických cviků a poté se vrátit a znovu pracovat.
- Pozor na negativní myšlení – ačkoli je práce na operačním středisku obklopena bolestí, beznadějí, smrtí a krizovými situacemi, operátor se musí umět pochválit! V každém hovoru lze najít onu světlou chvíli, za kterou se lze pochválit. Pakliže nelze jít touto cestou, je možnost popovídat si s někým o problému.
- Předcházení konfliktů s kolegy a pacienty – nejlépe to provést metodou nekonfliktního jednání, zbytečně nevyvolávat spory, nejít do

konfliktu, ačkoli to mnohdy není možné. Tuto metodu lze uplatňovat při emoční inteligenci a schopnosti asertivního jednání.

- Vyhledávání nových výzev – navazující vzdělávání v oboru, kurzy, soutěže atd.
- Neodmítat pomoc, naopak umět jí vyhledat – operátoři i záchranáři jsou také jen lidé, ne superhrdinové. U práce tohoto charakteru je téměř netností umět vyhledat pomoc. To že někdo vyhledá pomoc, z něj nedělá neschopného dispečera či záchranáře, naopak.

Syndrom vyhoření může mít celkově dopad na kvalitu poskytované péče. Operátor je nespokojený, podává nižší výkony, má menší zájem o pacienty a hrozí mu vyšší riziko profesní chybovosti. V důsledku pak může být iatrogeně poškozen pacient.

Spolu se syndromem vyhoření bývá spojován vývoj depresí. Deprese u zdravotníků mohou vést k zneužívání některých léků či k sebevraždě. Proto je nutné vyvarovat se přílišnému stresu, nepřepínat se, pečovat o sebe, a pokus není jiná cesta tak vyhledat odbornou pomoc psychologa či psychiatra.

2 LEGISLATIVA VZTAHUJÍCÍ SE K ČINNOSTEM ZOS

Zdravotnická záchranná služba je jednou ze tří základních složek integrovaného záchranného systému. Jedná se o systém tísňových služeb, které poskytuje společně s Policií ČR a hasičským záchranným sborem. Slovo tísňová zde nabývá poměrně širokého významu. Záchranná služba má v první řadě za úkol zasahovat u reálných tísni, kdy je pacient přímo ohrožen na životě nebo kdy toto ohrožení reálně hrozí. Ve zdravotnickém systému však záchranná služba poskytuje péči i lidem, kteří nejsou přímo ohroženi na životě, ale jejich subjektivním dojmem je situace chápána tak, že v ohrožení života jsou. V tomto kontextu je záchranná služba zdravotnickým zařízením, které poskytuje širokou škálu služeb v rámci přednemocniční neodkladné péče.

Do dubna roku 2012 bylo právní ošetření záchranné služby naprosto nedostačujícím na stranu druhou velmi liberálním. Právě duben roku 2012 byl pro záchrannou službu zlomovým a to tím, že vzešel v platnost zákon o záchranné službě (zákon 374/2011 Sb.). V tomto zákoně je specifikována záchranná služba jako celek, v němž najít i odstavec věnující se zdravotnickému operačnímu středisku. Do té doby bylo regulováno několika metodickými pokyny, které vydala ČLS-JEP prostřednictvím svojí Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof.

2.1. Odstavec 11, zákona 374/2011 Sb.

Zdravotnická záchranná služba včetně operačního střediska se musí řídit zákonem o záchranné službě (zákon 374/2011 Sb.). tento zákon nabyt platnosti dne 1.4.2012 a je v něm specifikována funkčnost a systém záchranné služby.

Zdravotnické operační středisko a pomocné operační středisko

- 1) Zdravotnické operační středisko je centrálním pracovištěm operačního řízení, které pracuje v nepřetržitém provozu.
- 2) Operačním řízením se pro účely tohoto zákona rozumí zejména
 - a. Příjem a vyhodnocení tísňových volání

- b. Převzetí a vyhodnocení výzev a vyrozumění přijatých od základních složek integrovaného záchranného systému a od orgánů krizového řízení
 - c. Vydávání pokynů výjezdovým skupinám na základě přijatých tísňových výzev
 - d. Poskytování instrukcí k zajištění první pomoci prostřednictvím sítě elektronických komunikací, je-li nezbytné poskytnout první pomoc do příjezdu výjezdové skupiny na místo události
 - e. Spolupráce s ostatními zdravotnickými operačními středisky, pomocnými operačními středisky a operačními a informačními středisky integrovaného záchranného systému
 - f. Koordinace činnosti pomocných operačních středisek
 - g. Zajišťování komunikace mezi poskytovatelem zdravotnické záchranné služby a poskytovateli akutní lůžkové péče
 - h. Koordinace předávání pacientů cílovým poskytovatelům akutní lůžkové péče
 - i. Koordinace přepravy pacientů neodkladné péče mezi poskytovateli zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách
- 3) Pomocné operační středisko je pracovištěm operačního řízení v rozsahu uvedeném v odstavci 2 písm. a) až e) a g) a h) a je podřízeno zdravotnickému operačnímu středisku
- 4) Poskytovatel zdravotnické záchranné služby si může v rámci operačního řízení vyžádat pomoc na vyžádání od ostatních složek integrovaného záchranného systému, a to na základě předem písemně dohodnutého způsobu poskytnutí pomoci
- 5) Poskytovatel zdravotnické záchranné služby stanoví organizačně provozním řádem zdravotnického operačního střediska činnosti, pracovní postupy a organizační a provozní podmínky práce zaměstnanců ve zdravotnickém operačním středisku a v pomocném operačním středisku a vymezí území pro operační řízení pomocným operačním střediskem, pokud je pomocné operační středisko zřízeno
- 6) Prováděcí právní předpis stanoví

- a. Obsah činností operačního řízení podle odstavce 2 a stupně naléhavosti tísňového volání
- b. Podrobnosti o obsahu organizačně provozního řádu zdravotnického operačního střediska
- c. Komunikační řád poskytovatele zdravotnické záchranné služby, obsahující minimální požadavky na vybavení zdravotnické operačního střediska, pomocného operačního střediska, výjezdové základny a výjezdových skupin komunikačními prostředky a pravidla jejich používání

2.2. Trestně právní a pracovně právní odpovědnost ve vztahu k činnostem ZOS

Řešení systémových a organizačních podmínek práce ZOS je prací manažerů, jednotlivých dispečerů se může osobně dotýkat některá ustanovení trestního zákona, a také pracovně právní odpovědnosti.

Z trestně právního hlediska má pro pracovníky operačního střediska stěžejní význam trestný čin neposkytnutí pomoci dle §150 trestního zákona (zákon 40/2009 Sb.) v jehož druhém odstavci je uvedeno že „*Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.*“. Dispečer operačního střediska je typickým příkladem, který se tohoto trestného činu může dopustit. Je tudíž třeba zdůraznit skutečnost, že trestné je tedy nejen neposkytnutí pomoci osobě, která jeví jasné známky závažné poruchy zdraví, ale i osobě která tyto známky nejeví. Klasickým příkladem může být „podcenění“ naléhavosti některých přijmutých výzev s příznaky bolesti břicha trvající týden, nebo zdánlivě banální zvýšení tělesné teploty.

Neposkytnutí nezbytné první pomoci je trestné samo o sobě, bez ohledu na to, že zda skutečně dojde k poškození pacienta, popřípadě úmrtí pacienta.

V případě, že dojde k sdělení „banálních“ příznaků a pacient bude odkázán k návštěvě praktického lékaře nebo k odmítnutí výjezdu záchranné služby a u pacienta se rozvine závažné onemocnění či přímé ohrožení na životě, vzniká jednoznačně trestně právní odpovědnost daného dispečera, a to i v případě vyléčí-li se pacient bez jakýchkoliv následků.

Další ohrožení dispečera vzniká v případě, kdy dojde k neoprávněnému nakládání s osobními údaji. Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků je upravena v §55 zákona 20/1966 Sb.

Je také potřeba dbát opatrnosti při poskytování informací po telefonu a to i v případě dotazů kladených od orgánů Policie ČR (*„Jaké zranění utrpěl pacient při dopravní nehodě?“*). Telefonicky by tedy operátor neměl sdělovat žádné informace týkající se konkrétního zdravotního stavu, konkrétního pacienta. To platí i v případě ostatních dotazů například zda a kam byl pacient převezen. Veškeré tyto informace jsou vhodné sdělovat pouze osobě blízké ve smyslu §116 občanského zákoníku (zákon 40/1964 Sb.) resp. §125 trestního zákona.

„Osobou blízkou se rozumí příbuzný v pokolení přímém, osvojitel, osvojenec, sourozenec, manžel, partner; jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby blízké jen tehdy, kdyby újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní. Telefonický hovor je vhodné zaznamenávat a je třeba se vhodným způsobem přesvědčit, že skutečně jde o osobu blízkou (např. dotazem na datum narození, rodné číslo pacienta apod.)“.

Na druhou stranu odborné pochybení není bráno samo o sobě jako trestný čin. V případě že pomoc poskytnuta je, ale ne zcela optimálně, například dojde-li k chybné lokalizaci místa události, je pro vznik trestně právní odpovědnosti nutné, aby bylo současně prokázáno, že dispečer porušil své povinnosti, tedy že nepostupoval lege artis. Dále se musí prokázat příčinná souvislost mezi tímto porušením a následkem a v neposlední řadě také zavinění neboli nedbalost ať už vědomá (věděl jsem, že následek může být takto závažný a spoléhal jsem na to, že tomu tak nebude), nebo nevědomá (nevěděl jsem, že následek může být takový, ale vědět jsem mohl a měl).

At' už dojde nebo nedojde k naplnění známek trestného činu, může ovšem vzniknout odpovědnost pracovně právní. V případě odborné práce ZOS a její činností po odborné stránce je v praxi nejčastějším pochybením nedodržení postupu, který je dán vnitřními předpisy organizace. V takovém případě může být toto jednání posouzeno jako „*porušení povinnosti vyplývající z právních předpisů vztahujících se k zaměstnancem vykonávané práci*“.

Avšak i při porušení platných předpisů za určitých okolností nemusí odpovědnost vzniknout (§28 - §32 trestního zákona). Zde se jedná o jednání v tzv. krajní nouzi (§28). „*Krajní nouze je situace kdy subjekt odvrací hrozící nebezpečí, přičemž následky toho nebezpečí jsou zřetelně větší, než případné škody, které subjekt způsobí. Odvrací-li subjekt toto přímo hrozící nebezpečí, neodpovídá za škodu, kterou přitom způsobil, a konání jinak trestné nemusí být trestným činem.*“

Trestní odpovědnost je také vyloučena při okolnostech, kdy jde o institut přípustného rizika (§31). Dle tohoto paragrafu se trestného činu nedopustí ten, kdo „*v souladu s dosaženým stavem poznání a informace, které měl v době svého rozhodování a dalším postupu, vykonává v rámci svého zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce společensky prospěšnou činnost, kterou ohrozí nebo poruší zájem chráněný trestním zákonem, nelze-li společensky prospěšného výsledku dosáhnout jinak.*“

Nedávnou úpravou trestního zákona došlo k tomu, že trestný čin nemusí být trestným, pakliže k němu dojde se svolením poškozené osoby (§30 trestního zákona). Toto svolení není nutné podávat písemně, ale musí být podáno jasně, dobrovolně a srozumitelně. Takové svolení však nelze použít v situaci, ve které by mohlo dojít k ublížení na zdraví nebo smrti pacienta. Nicméně toto svolení může chránit operátora před trestným činem neposkytnutí pomoci. V praxi by tedy mělo být možné touto skutečností obhájit nevyslání záchranné služby tehdy, pakliže pacient, který volá tísňovou linku, jasně odmítne výjezd záchranné služby. Na nahrávanou linku srozumitelně řekne, že si je vědom veškerých rizik spojených s jeho aktuálním zdravotním stavem a i přes tyto skutečnosti odmítá pomoc, a současně skutečně nedojde v souvislosti s tímto nevysláním záchranné služby ke vzniku ublížení na zdraví, nebo úmrtí pacienta.

3 DOPORUČENÉ POSTUPY PRO PRÁCI ZDRAVOTNICKÉ OPERAČNÍHO STŘEDISKA

Doporučené postupy jsou dokumenty vydané Českou lékařskou komorou a její Společností urgentní medicíny a medicíny katastrof. Jsou to postupy doporučené, tudíž pro operační střediska nezávazné. Oproti doporučeným postupům vydává každá záchraná služba své vlastní metodické pokyny, které jsou pro operátory závazné. Metodický pokyn nebo závazné stanovisko, které může vydat Ministerstvo zdravotnictví je stejně jako metodický pokyn dané organizace závazný, a tudíž je to dokument, kterého se musí operátoři držet a řídit se jím.

Doporučené postupy jsou dostupné na internetových stránkách Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof. Je jich šestnáct, z nichž pět jich je stěžejních pro práci operačního střediska. Těmito čtyřmi doporučenými postupy jsou: Systémové funkční hodnocení práce ZOS; Nález těla zemřelého; Indikační kritéria nasazení LZS; Telefonicky asistovaná první pomoc; Poskytování telefonických informací o obvyklém postupu v případě nezávažných zdravotních potíží.

3.1. Systémové funkční hodnocení práce ZOS

„Tento doporučený postup je zaměřen na parametry vhodné pro rutinní i dlouhodobé sledování funkčnosti systému při řešení událostí nejvyšší naléhavosti.“ Systémové hodnocení práce ZOS bylo vytvořeno pro možnost srovnání fungování všech operačních středisek v republice, případně v zahraničí. Jsou v něm uvedeny parametry, které jsou doporučené pro sledování po dobu jednoho roku tak, aby se dala funkčnost ZOS hodnotit objektivně.

Těmi parametry jsou:

- Délka vyzvánění příchozího volání;
- Čas vyzvednutí hovoru operátorem;
- Čas předání výzvy první výjezdové skupině;
- Naléhavost události;
- Stav vědomí, jak byl vyhodnocen v době prvního tísňového volání;

- Zda byly operátorem dány pokyny k resuscitaci svědky události;
- Zda byla prováděna resuscitace posádkou ZZS na místě události;
- Způsob aktivace LVS u událostí při nichž je pacient směřován do traumacentra;

Dále se tento doporučený postup zabývá určitými parametry k dalšímu hodnocení práce ZOS. Mezi tyto parametry patří:

- Dostupnost systému tísňového volání – sleduje podíl tísňových volání s délkou vyzvánění ≤ 10 sekund a tím si interpretuje, že kratší doba vyzvánění je známkou kvalitnější služby.
- Interval zpracování výzvy u kritických stavů – zde jde o podíl výzev s délkou zpracování výzvy u událostí 1. (nejvyšší) naléhavosti < 120 sekund. I zde je výsledek interpretován jako, že vyšší podíl je známkou kvalitnější služby.
- Rozpoznání náhlé zástavy oběhu – podíl událostí se zahájenou telefonicky asistovanou neodkladnou resuscitací (TANR) u pacientů s náhlou zástavou oběhu, kteří byly v době prvního volání v bezvědomí. V tomto parametru je interpretace taková, že vyšší podíl zahájených TANR je známkou kvalitnější služby.
- Efektivita využití letecké záchranné služby – parametr sledující podíl zásahů letecké výjezdové skupiny na místě události indikovaných přímo operátorem ZOS ze všech vzletů na místo události, při nichž byl pacient transportován do traumacentra. A zde je vyšší podíl primárních indikací je lepší.

3.2. Nález těla zemřelého

„Tento doporučený postup uvádí kritéria, kdy je možné informace přijaté na tísňové lince vyhodnotit jako nález těla zemřelého a poskytnutí neodkladné péče není indikované.“ Stejně jako v předchozím doporučeném postupu je i v tomto dokumentu specifikováno několik kritérií, kterými se lze řídit tak aby nedošlo k trestnému činu neposkytnutí pomoci. Těmi kritérii jsou:

- Nález pacienta v terminálním stavu nevléčitelné nemoci bez známek aktivity vitálních funkcí;
- Rozvinuté jisté známky smrti, zejména posmrtná ztuhlost a/nebo hnilobný rozklad;
- Zranění neslučitelná se životem (dekompozice těla, úplná devastace pro život nezbytných orgánů a částí těla);
- Nález kosterních ostatků a jednotlivých částí lidského těla;

3.3. Indikační kritéria pro nasazení LZS

Nasazení letecké záchranné služby je v případě kdy se jedná o pacienta s vážným polytraumatem, nebo pacienta s výrazným selháváním základních životních funkcí vhodnou alternativou pozemní výjezdové skupiny. Musí se však jednat o případ, kdy se jedná o výrazné zkrácení časového intervalu dostupnosti nejbližšího specializovaného zdravotnického zařízení.

Rovněž i v tomto doporučeném postupu je specifikováno několik indikačních a zároveň kontraindikačních kritérií pro nasazení letecké záchranné služby.

- Náhle vzniklé zhoršení zdravotního stavu s bezprostředním rizikem selhání nebo selháním vitálních funkcí. Takovýto vzlet musí být podpořen současným vysláním pozemní výjezdové skupiny.
- Vznik poranění, kde je předpokládán a/nebo indikované směřování pacienta do traumacentra nebo jiného specializovaného centra z místa vzniku úrazu a nasazení LZS významně zkrátí dostupnost takového specializovaného centra.
- Náhle vzniklé zhoršení stavu ohrožující základní životní funkce při aktuální nedostupnosti pozemních posádek z důvodu jejich vytížení jinými zásahy. LZS však nesmí systémově nahrazovat nedostatečné pokrytí České republiky pozemními výjezdovými skupinami ZZS.
- Událost s větším nebo hromadným výskytem postižených (např. hromadné dopravní nehody).
- Náhle vzniklé onemocnění nebo úraz ve specifických, těžko přístupných lokalitách (např. obtížně přístupný horský terén, místo vyžadující využití lanového podvěsu, dálnice nebo rychlostní komunikace).
- Rekognoskační let v případě potřeby upřesnit lokalizaci místa zásahu, nebo

upřesnění rozsahu události.

- Mezinemocniční převoz pacienta ohroženého transportním traumatem.
- Poslední je speciální indikace s ohledem na lokální geografická a klimatická specifika oblasti (např. závažná potápěčská příhoda s předpokladem směrování pacienta do centra hyperbarické medicíny, lavinová nehoda, život ohrožující podchlazení vyžadující léčbu pomocí mimotělního oběhu apod.)

Kontraindikace nasazení LZS

- Ohrožení bezpečnosti letu;
- Stav pacienta, který vyžaduje během převozu provedení některých život zachraňujících výkonů, které nelze na palubě vrtulníku provést nebo je lze provést pouze s vysokým rizikem komplikací.

3.4. Telefonicky asistovaná první pomoc

Každý hovor přijatý dispečerem operačního střediska nemusí nutně směřovat k poskytování telefonicky asistované první pomoci. Avšak ve většině případů k tomu dochází, proto by měl být tento doporučený postup pro dispečery stěžejním dokumentem.

Náhlá zástava oběhu

Telefonicky asistovaná resuscitace

Bezvědomí se zachovalých dýcháním

Pokud pacient nereaguje a spontánní dýchání je po důsledné kontrole dostatečné, ponechat postiženého v poloze, ve které se nachází. Při jakýchkoliv pochybnostech o stavu dýchání, zejména v případě, že vzniku bezvědomí předcházely náhlý kolaps, otočení pacienta na záda s hlavou v neutrální (přirozené) poloze, případně v přiměřeném záklonu nezbytném pro uvolnění dýchacích cest a důsledná kontrola dýchání, při pochybnostech či nedostatečném dýchání zahájit TANR.

Dušení z obstrukce dýchacích cest

Podpora kašláni, vypuzovací manévry, uvolnění průchodnosti dýchacích cest.

Dušnost

Zaujmutí ortopnoické polohy. Pomoc s aplikací inhalační medikace, pokud ji má postižený pro tuto situaci k dispozici.

Podězření na akutní infarkt myokardu

Zklidnění pacienta, posazení a zabránit jakékoliv námaze. Zvážit podání kyseliny acetylsalicylové v dávce 150-300 mg tbl p.o.

Anafylaxe

Aplikace adrenalinu autoinjektorem (EpiPen) pokud jej má pacient pro tuto situaci k dispozici. Aplikaci lze opakovat za 5-15 minut při přetrvávání závažných příznaků. Při všech alergických reakcích podání běžně dostupného antihistaminika, pokud není přítomna porucha vědomí.

Hypoglykémie

Podání sladkého nápoje nebo potravin, pokud není přítomná porucha vědomí (je schopen se sám napít či najíst).

Záchvat křečí

Odstranit z okolí nebezpečné předměty a chránit hlavu. Po odeznění křečí postup jako při bezvědomí se zachovalým dýcháním, klást důraz zejména na důslednou kontrolu dýchání. Při pochybnostech o kvalitě dýchání zahájit TANR.

Dopravní nehody, pády a ostatní traumata

Instruovat k zřetelnému označení místa nehody a zajistit bezpečnost zraněného i zachránců. Prioritou je zejména zástava tepenného krvácení a obnovení anebo udržení průchodnosti dýchacích cest. Pokud to není nutné, při dostatečném spontánním dýchání s postiženým nehýbat. V případě potřeby manipulace s pacientem vždy šetrně s manuální imobilizací hlavy vůči tělu. Pokud možno zajistit tepelný komfort (např. přikrývkou). Dislokované zlomeniny nenapravovat.

Krvácející rány

Podle aktuálního stavu posadit nebo položit zraněného. Zástava masivního krvácení přímým tlakem na ránu v místě největšího krvácení. Vždy použít ochranné rukavice, když jsou k dispozici.

Rány bez významného krvácení

Krytí pokud možno sterilním materiálem. Není-li k dispozici, krýt ránu něčím čistým (vypraná utěrka, nepoužitý ručník, plena atd.)

Popáleniny

Přerušení působení tepla - odstranění nasáklého či uhašení hořícího oděvu. Opakované lokální chlazení postiženého místa studenou vodou, alespoň 10 minut. Rozsáhlé popáleniny trupu a stehen ochladit pouze jednorázově, zejména u dětí. Odstranit hodinky, prstýnky a jiné ozdoby, pakliže je to možné.

Poleptání, zasažení chemikálií

Podle povahy látky mechanicky očistit nebo opláchnout proudem vody.

Cizí těleso pronikající do těla

Při poranění tělesných dutin cizí těleso nevyndávat a pokusit se jej zafixovat aby nedošlo jeho pohybu. Při poranění periferních částí těla lze s opatrností vyjmout, pokud to jde bez odporu a je to nezbytné pro ošetření rány nebo vyproštění postiženého. Otevřené poranění hrudníku ponechat zcela bez krytí.

Intoxikace

Pokud nejsou narušeny vitální funkce, podle povahy látky a cesty vstupu do organismu vyvolat nebo zabránit zvracení, podat tekutiny, opustit prostor apod.

Náhlé zhoršení chronické nemoci

Asistované podání emergentní medikace, pokud ji má pacient pro danou situaci od svého ošetřujícího lékaře k dispozici

Porod

Telefonicky asistovaný porod (TAP)

Všeobecně

U každého stavu dbát na bezpečnost zachránce i zachraňovaného. Udržování optimální tělesné teploty. Poloha odpovídající udávaným potížím. Instrukce pro případ zhoršení stavu do příjezdu záchranné služby.

3.5. Poskytování telefonických informací o obvyklém postupu v případě nezávažných zdravotních potíží

„Cílem doporučeného postupu je dát operátorům odbornou oporu pro poskytování informací o obvyklém postupu při řešení zdravotních problémů v situacích, kdy není potřebné poskytnutí přednemocniční neodkladné péče (PNP) a současně není možné kontaktovat registrujícího praktického lékaře. Doporučení jsou určena k překonání relativně krátkého intervalu (řádově hodin až desítky hodin) od kontaktování tísňové linky do doby, kdy je dostupná primární (či jiná potřebná) péče cestou praktického lékaře nebo specialisty. Nejde tedy o „lčbu po telefonu“.

Každý operátor, který poskytuje rady ohledně obvyklého postupu, musí volajícímu sdělit, že informace kterou dostane, není poskytnuta lékařem. Že jde o informaci o postupu, který se obvykle provádí v dané situaci. Dále že při jakémkoli zhoršení zdravotního stavu je možné znovu zavolat záchrannou službu, nebo

navštívit praktického lékaře, nebo jinou pohotovostní službu. A v neposlední řadě, že je vhodné v co nejbližším termínu navštívit praktického lékaře.

Tento doporučený postup umožňuje operátorům poskytovat rady v případech, kdy jde o akutní průjem dospělého, febrilní stavy, změřená hypertenze, změřená hypoglykémie, bolest hlavy, bolest zubů, vyražení zubu, drobné úrazy, bolestech nosných kloubů a epistaxe.

4 PŘÍJEM TÍSŇOVÉ VÝZVY

Hlavním a nejdůležitějším úkolem operátorů tísňové linky je příjem tísňových výzev. Každé volání na linku 155 je unikátní, a tak by k ní také měl operátor přistupovat.

Příjem tísňové výzvy má svá specifická pravidla. Každý hovor musí být zahájen větou „*Záchranná služba tísňová linka, dobrý den, jak Vám mohu pomoci?*“. Po této úvodní větě by mělo následovat ověření charakteru volání, tedy zjistit zda se jedná o zdravotní obtíže. Tuto skutečnost lze nejrychleji ověřit pomocí otázky „*Je potřeba záchranná služba?*“. Následujícím krokem je zajištění kontaktu na volajícího a to i v dnešní době vysoce rozvinutých telekomunikačních technologií, kdy se telefonní číslo volajícího automaticky zobrazí, je nutné provést kontrolu případně zajistit kontakt na osobu, ke které bude záchranná služba vyjíždět.

Po ověření charakteru přijatého volání a zajištění telefonního kontaktu následuje lokalizace místa události. Platí pravidlo, že když operátor nemá přesně lokalizovanou událost, neměl by postupovat v dalším zjišťování informací o pacientovi.

Když je událost lokalizovaná, přistoupí operátor ke kroku, ve kterém zjišťuje informace o pacientově zdravotním stavu a na základě těchto informací klasifikuje událost. Po klasifikaci události přiřadí potřebnou náležitou indikaci. V posledním kroku zahájí operátor poskytování instrukcí a informací k tomu, aby volající věděl, co má dělat a jak se má chovat do příjezdu záchranné služby.

4.1. Vstupní údaje a identifikace volajícího

V úvodu každého hovoru, který operátor přijme, při obsluze tísňové linky musí zaznít informace, kam se volající dovolal. Hovor by tedy standardně měl začít představením operátora, a aby nedošlo k případnému nedorozumění při lokalizaci, zároveň sdělením místa, kam se volající dovolal, představení by tedy mělo vypadat „*Záchranná služba Dolní Lhota, tísňová linka, dobrý den.*“ Přijaté volání by měl mít od samého začátku operátor pod svou kontrolou. Vedení hovoru by mělo být systematické a mělo by vést k získání nejdůležitějších informací pro vyslání příslušné výjezdové skupiny.

Na úspěšném vedení hovoru mezi operátorem a volajícím má velký podíl tón hlasu, kterým operátor komunikuje s člověkem na druhém konci telefonu. Zvolený tón má mnohdy už v úvodu velký potenciál a může ovlivnit následující vývoj celého hovoru. Pakliže operátor mluví vlídně a přesto direktivně je víceméně zaručeno, že získá potřebné informace snáz, než operátor, který komunikuje otráveně a laxně.

Po úvodních krocích, kdy se představí nejen operátor, ale i volající je potřeba zjistit, ke komu bude záchranná služba poslána a zda se volající skutečně dovolal tam, kam potřeboval.

Většina operačních středisek je dnes vybaveno operačním systémem a technologiemi tak rozvinutými, že telefonní číslo není téměř potřeba zjišťovat a i přesto je dobré ověřit zda telefonní číslo, ze kterého je hovor uskutečněn je kontaktem, na který se operátor v případě potřeby zpětného volání dovolá a bude hovořit přímo s oznamovatelem nebo svědkem, který bude do příjezdu záchranné služby na místě události. I přes důležitost znalosti telefonního čísla, není jeho ověření či získání naprostou nutností, protože ne každý volající v okamžiku kdy volá na tísňovou linku je schopen číslo nadiktovat, a mohlo by tímto zjišťováním dojít ke zbytečnému zaseknutí se, nepostupování v hovoru a tudíž k prodlení ve vyslání pomoci.

Charakter příchozího hovoru je možné identifikovat už po zaznění úvodní představovací vět, ze které většinou vyplyne, o jaký problém se jedná. Tedy zda na místě události je problém dějový nebo stavový, z těchto informací lze snadno odtušit druh klasifikace. Druhou podstatnou informací, která vyplyne už z úvodu, je vztah volajícího k události (volání z 1., 2., nebo 3. ruky).

4.2. Vztah volajícího vzhledem k události

Během prvních vteřin hovoru by si měl operátor uvědomit v jakém vztahu je volající vzhledem k události respektive k osobě, která potřebuje pomoc. Dle těchto informací lze zhodnotit, zda se jedná o volání z první, druhé nebo třetí ruky.

Volání z první ruky

Při volání z první ruky volající požaduje pomoc sám pro sebe. V průběhu takového hovoru se operátor může vcelku dobře spolehnout na věrohodnost informací, ať už se jedná o lokalizaci události či zdravotní stav pacienta. Ačkoli při

volání z první ruky hovoří operátor přímo s člověkem, který potřebuje pomoc, musí být obezřetný na poskytované informace. Zvláště pak na atypické projevy stavů jako jsou cévní mozkové příhody, hypoglykémie nebo intoxikace oxidem uhelnatým. Takový volající může působit dojmem opilého, a může dojít k podcenění události.

Pakliže pacient, který si volal záchrannou službu sám, není na místě události výjezdovou skupinou nalezen, například když neotevívá vchodové dveře bytu či domu, je třeba věnovat případu zvláštní pozornost a před opuštěním místa je nutno využít všech dostupných možností, jak se s pacientem spojit. Lze tedy využít zpětného volání pomocí dispečinku, případně obrátit se na Policii ČR. „*Řada záchranných služeb má přesně specifikované postupy, jejichž cílem je zabránit tomu, aby pacient vyžadující pomoc, byl prohlášen za „nenalezeného.“ (of)*. Pakliže tísňové volání nasvědčovalo situaci, ve které lze předvídat zhroucení základních životních funkcí pacienta, lze po vyčerpání všech dostupných možností provést násilné vniknutí do prostoru, kde by se měl nacházet a jehož adresu sdělil operátorovi.

Volání z druhé ruky

U hovorů z druhé ruky se jedná o volání, kdy pacient není schopen zavolat si záchrannou službu sám a tak je volajícím druhá osoba nacházející se na místě události. Zpravidla i v takovýchto případech lze relativně spoléhat na pravdivost poskytovaných informací od volajícího. Většinou se jedná o hovory, kdy pacient požádá nejbližší možnou osobu, aby zavolala záchrannou službu, například: *Koukali jsme s manželkou na televizi a ona mi teď říká, že jí není dobře, ať volám...(OF)*. Takové hovory z druhé ruky bývají typické pro události, které se dějí v bytech na pracovištích nebo v prostředcích hromadné dopravy.

Volání z třetí ruky bývají pro call-takera nejsložitější. Volající se zpravidla nenachází na místě události, tak nelze přesně lokalizovat místo události, a také nelze přesně zjistit podrobné informace o stavu vědomí a dýchání pacienta. V tomto případě je povinností call-takera zajistit kontakt na pacienta popřípadě na někoho, kdo je s pacientem na místě. Volání z třetí ruky mohou pocházet od příbuzných pacienta, kterým sám předtím volal, ale neměl dostatek odvahy záchrannou službu zavolat sám, od Policie, z TCTV 112, dopravních podniků atd. V takových případech může dojít k přeindikování situace, a tím může velmi rychle vzniknout konflikt mezi výjezdovou skupinou a dispečinkem. Proto je nutné, aby na ně byl operátor připraven a uměl na ně správně zareagovat.

Volání z třetí ruky

Volání z třetí ruky bývají typická pro traumata, například u dopravní nehody, náhodně viděné ležící osoby na ulici nebo události v hotelech. Dispečer by měl postupovat, jako by šlo o nejzávažnější případ a událost vyhodnotit nejvyšší naléhavostí a vyslat nejbližší možnou výjezdovou skupinu. Dále by se měl call-taker ihned po vyslání pomoci zajistit, aby někdo z volajících kontaktoval zpětně linku 155 přímo od postiženého. Každé operační středisko by mělo mít jasné pokyny, jak s takovou výzvou nakládat. Zda opravdu poslat nejbližší možnou výjezdovou skupinu, nebo zvážit jestli by nebylo lepší na místo události nejprve poslat například městskou policii k prověření situace.

Volání dětí

Děti obecně patří ke skupině, která tísňovou linku zneužívá nejčastěji, ale je nutné brát zřetel i na hovory, kdy volajícím je dítě protože se může jednat o skutečnou událost, kdy se může jednat o život ohrožující stav. Pokud je to možné, vždy je potřeba dítě požádat, aby předalo telefon nějakému dospělému, který se nachází v jeho blízkosti. Avšak nesmí to být prioritou příjmu výzvy, neboť děti se mohou nacházet někde v terénu, kde nejbližší dospělý je vzdálen třeba i několik kilometrů.

Dále při hovoru s dětmi, hlavně těmi v mladším školním věku, musí dispečer dbát na to, že takto malé dítě je zvyklé brát některé pokyny jako přímý povel a bez dalších otázek se je vydá splnit. Mohlo by dojít k tomu, že dítě odloží telefon a vydá se pro informace, nebo pomoc dospělého a k telefonu už se nevrátí. Tím pádem dochází k velké časové prodlevě při vyslání pomoci. Na druhou stranu děti bývají v některých případech paradoxně nejlepším partnerem ke komunikaci. To může nastat například ve vysoce vypjatých situacích, kdy si dítě neuvědomuje vážnost situace. Vždy však musí mít operátor na paměti, že na druhém konci telefonu je dítě, a proto dle toho musí zvolit vhodné formulace a náročnost výrazů při kladení jednotlivých dotazů.

Volání přijatá od sluchově, hlasově či zrakově hendikepovaných

Volající, který je sluchově hendikepovaný bývá většinou důchodového věku. Při komunikaci s takovým pacientem je třeba, aby byl dispečer mimořádně trpělivý, mluvil zřetelně a pomalu. Není proto třeba mluvit do sluchátka příliš nahlas, neboť hlasitost sluchátko automaticky ztlumí na určitou normu. Při komunikačních obtížích s takovýmto volajícím lze ušetřit minuty tím, že dispečer nahlédne, pokud to daný operační systém dovoluje, do historie volaného čísla. Lze tak rychle zjistit adresu a většinou i povahu obtíží, pro které se volající obrací na pomoc záchranné služby. Avšak vždy je nutné ověřit, zda se volající nachází na též adrese, ze které volal dle záznamu v minulosti.

Dispečer se také může setkat s příjmem tísňového volání od osoby s poruchou hlasu, která může být vedena pomocí tzv. syntetického hlasu. Přestože takový hovor je velmi nezvyklý a volající zní jako „robot“, tak z hlediska call-takera je možné postupovat zcela běžně.

Další skupinu tvoří volající s postižením sluchu. V dnešní době, kdy zdravotnická operační střediska jsou vybavena nejrůznějšími moderními technologiemi, lze přijmout krátkou textovou zprávu, která však vzhledem k povaze postižení volajícího nebývá vždy úplně přesná a srozumitelná. Taková zpráva může vypadat například takto: PŘIJELI RYCHLE SOUSED RIKAT, ZE DELAT SPATNE, NOVOTNY HOSTAVICE 10. V každém případě je nutné takovou výzvu vhodným způsobem ověřit.

V případě, kdy na druhém konci telefonu je volající s postižením zraku, je nutno dbát na vhodné pokyny, neboť takový volající není schopen zodpovědět veškeré obvyklé otázky a rovněž není schopen poskytnout stejnou první pomoc jako volající bez zrakového hendikepu.

4.3. Lokalizace

Lokalizace místa události je asi nejdůležitějším krokem celého hovoru a zcela klíčový význam pro vyslání pomoci. Lze tedy říci, že přesná lokalizace je jediný údaj, bez kterého se záchranná služba neobejde, a proto při zjišťování adresy se vyplácí nespěchat a raději věnovat lokalizaci o několik vteřin více, než

později ztrácet desítky minut při nesprávném směřování výjezdové skupiny a hledáním správného místa události.

4.4. Lokalizace události vs. Lokalizace volajícího

Při zjišťování lokalizace je třeba mít na paměti, že volající se ne vždy nachází přímo na místě události, a tudíž lokalizace volajícího nebývá shodná s lokalizací místa události. Jedná se především o volání z třetí ruky, nebo případy, kdy příbuzný, který se nachází v jiném městě, nevolá primárně linku 155, ale prvotně osloví někoho z rodiny, aby se poradil o svém zdravotním stavu. Příbuzný, který byl osloven, většinou po takovém hovoru zavolá na tísňovou linku a požaduje výjezd záchranné služby k danému příbuznému, který se může nacházet třeba i na druhém konci republiky. V takovém případě je důležité zjistit minimálně jméno města, kde se potencionální pacient nachází, a poté je potřeba volajícího spojit na místně příslušnou záchrannou službu, která vyšle svou výjezdovou skupinu.

Na druhou stranu jedná-li se o volajícího ze stejného kraje či města je opět důležité zjistit kontakt na potencionálního pacienta, sdělit volajícímu stručné informace o následujícím postupu včetně toho, aby příbuznému nevolal, ukončit hovor a kontaktovat pacienta, kterému bude poslána záchranná služba.

4.5. Lokalizace události podle zájmového nebo adresního bodu

Pro pojem zájmový bod se používá zkratka POI nebo-li, point of interes. Volající, který nezná místo kde se v okamžiku volání nachází, může operátorce nejvíce napomoci k zjištění přesné lokalizace tím, že jí nadiktuje přesné znění názvu tramvajové nebo autobusové zastávky, která je nejbližší, nebo název čerpací stanice, stanice nádraží, číslo železničního přejezdu apod. Za obrovskou výhodu při zjišťování přesné lokalizace lze považovat očíslování sloupů veřejného osvětlení (SVO), kterým v současnosti disponuje několik velkých českých měst včetně hlavního města Prahy. Každé operační středisko je vybaveno databází s přesnou lokalizací těchto zájmových bodů a proto v případě lokalizování pomocí POI je místo události určeno snadno a s přesností na kolik metrů

Více než POI se při lokalizaci využívají adresní body. Adresní bod se

většinou skládá z názvu ulice, čísla popisného (červené) a čísla orientačního (modré). Avšak i při této možnosti lokalizování může dojít snadno k omylu. Je proto důležité ověřit si přesný název ulice například při podobném znění dvou ulic Sokolská x Sokolovská, Štychova x Štichova. Nejlépe při takovém ověření je položit dotaz na nejbližší číslo popisné a orientační na nejbližším domě případně na městskou část, kde se volající nachází. Veškeré tyto údaje bývají dobře viditelné a čitelné v nejbližším okolí.

K chybné lokalizaci může dojít také v důsledku nepozornosti, například záměna popisného a orientačního čísla. Proto je vždy velmi důležité při zadávání lokalizace dbát obezřetnosti a dávat pozor. Ne vždy je však hlavním problémem záměna čísel. V rámci lokalizace událostí v menších městech a vesnicích je opět velmi důležité dbát na správnost názvu obce, neboť v jednom okrese a zároveň kraji se mnohdy nachází několik stejnojmenných obcí.

4.6. Lokalizace události podle zeměpisných souřadnic

Lokalizace za pomoci zeměpisných souřadnic nepatří k nejčastějším metodám lokalizování události, avšak patří mezi nejpřesnější. Zeměpisné souřadnice se mohou vyplatit v těžko přístupném nebo neznámém terénu (v lese, na horách). Nejvhodnější a zároveň nejjednodušší je využívat zápis rovinných souřadnic ve tvaru $X=1001120,17$, $Y=738666,78$.

Na základě zeměpisných souřadnic pracuje mobilní aplikace Záchranka©. Člověk v tísni, který potřebuje přivolat záchrannou službu při použití této aplikace odešle SMS zprávou souřadnice své aktuální polohy na nejbližší místně příslušné zdravotnické operační středisko. To následně převezme souřadnice do svého systému a na mapovém podkladu se zobrazí pacientova poloha. Odeslání této tísňové SMS zprávy však musí doprovázet volání na linku 155, aby operátor, který přijme takto odeslané souřadnice, mohl jako u každé tísňové výzvy zjistit stav vědomí, dýchání a rozsah případných poranění u člověka, který potřebuje pomoc. Tato užitečná aplikace by se měla používat převážně ve volném terénu, jako jsou cyklostezky, horský terén, lesy, parky. Není proto úplně vhodné ji využívat v případě, že je pacient doma a zná svou adresu. Na druhou stranu lze ji i tak využít, když pacient volá záchrannou službu sám pro sebe a není třeba schopnosti srozumitelně mluvit (například u náhle

vzniklé CMP) a tím pádem by mohlo dojít k chybě v lokalizaci.

4.7. Lokalizace při volání z čísla pevné sítě

Každé číslo pevné linky je registrováno na přesně určenou adresu, na které se ta určená pevná linka nachází. Registr těchto adres díky společnosti O₂ je pro záchrannou službu dostupný v informačním systému INFO35. Proto když pacient volá z pevné linky je možnost získat adresu ihned, nicméně i tak je velmi důležité si správnost adresy vždycky ověřit.

4.8. Klasifikace události

Každý call-taker při příjmu tísňové výzvy si musí vytvořit představu o tom, co se na místě děje, a tudíž co je důvodem k výjezdu záchranné služby. Jsou situace, kdy je tato představa snadná a lze tedy jednoznačně určit klasifikaci výzvy, ale ne vždy tomu tak je. Situace na místě je často velmi vyhrocená, nepřehledná, volající je ve stresu, mnohdy si telefon předává velká spousta lidí a operátor tedy nemá příliš možností jak získat ucelenou představu o situaci na místě.

Každé ZOS má své formalizované postupy klasifikace. Na větších operačních střediscích je míra zatížení tak velká, že by mohlo docházet k fatálním chybám a tudíž není možné, aby všechny přijaté výzvy byly zpracované a klasifikované pouze podle intuice a vlastní zkušenosti dispečera, který výzvu přijal. V okamžiku, kdy se na zpracování výzvy začne podílet více dispečerů, je nutné, aby si všichni pod klasifikací „KOLAPS“ představili stejný stav. Z toho důvodu vznikly klasifikační systémy díky kterým jsou typické stavy-klasifikace jasně definovány a tudíž jsou dány jakési obecné pravidla, podle kterých se tyto klasifikace určují. Tato forma standardizace je považována za prevenci pochybení a fatálních chyb.

Klasifikovat událost tedy znamená určit, zda výjezdová skupina pojedje na výzvu „DUŠNOST, BEZVĚDOMÍ, DN“, či-li jde o pojmenování hlavního problému, pro který pacient volá záchrannou službu.

4.9. Indikace události

„Na základě klasifikace události může dojít k indikaci, neboli stanovení naléhavosti zásahu a určení potřebné odbornosti výjezdové skupiny.“ (Franěk 2011)

Během procesu příjmu tísňové výzvy, poté kdy je zjištěna přesná lokalizace místa události, dále po přiřazení klasifikace se tísňové výzvě přiděluje indikace neboli stanovení priority (stupeň naléhavosti) a odbornosti (požadovaný druh výjezdové skupiny či skupin).

Priorita události

Stanovení priorit události většinou vyplývá z typu zdravotních obtíží pacienta. Většina záchranných služeb na celém světě používá 3-4 stupňový systém naléhavosti, a to z důvodu, že záchranná služba se nezabývá pouze případy, kdy je pacient na místě bezprostředně ohrožen na životě, ale i událostmi, kdy toto hrozí. Událostmi, kdy je pacient na místě ve stabilním stavu nebo událostmi, kdy pacient má například lehké poranění, ale není schopen nebo nemá možnost se jiným způsobem dopravit k odbornému ošetření sám. Pro efektivní fungování záchranné služby je systém priorit velmi důležitý a je nutné, aby operátor který danou tísňovou výzvu přijímá dobře zvážil jakou naléhavost vyhodnotí jako vhodnou. Třídění událostí podle naléhavosti je nezbytné pro udržení volných zdrojů, a tím pádem pro dostatečné zajištění včasné přednemocniční neodkladné péče po celé oblasti, kde záchranná služba funguje. Vedle naléhavosti je ke každé události přiřazena určitá odbornost. V praxi to znamená přiřazení typu a počtu posádek, které budou události řešit. V podmínkách záchranné služby v České republice se tato problematika týká hlavně hranice mezi nasazením posádky RLP a RZP. Každému operátorovi ZOS je vždy jasné, že i sebebanálnější případ může představovat potenciální riziko a i proto je systém priorit a odbornosti důležitý. Jiná naléhavost a odbornost bude u několik minut trvajících intenzivních bolestí na hrudníku a jiná u izolovaného úrazu kotníku. Avšak nelze vždy stoprocentně vyloučit, že za oním lehkým úrazem se neskrývá nějaký další vysoce rizikový stav. Problémovým situacím lze předejít díky důsledné práci každého dispečera, který při nabírání nové události položí volajícímu správné otázky, díky kterým vyhodnotí událost

bud' jako vysoce naléhavou nebo naopak přiřadí nižší naléhavost.

4.10. Poskytování TAPP během hovoru

Každý přijatý hovor na tísňové lince by měl mít jakési schéma - lokalizace, indikace, klasifikace, instrukce. Podání instrukcí a poskytnutí telefonicky asistované první pomoci (TAPP) je velmi důležitou součástí každého hovoru.

Pro poskytování telefonicky asistované první pomoci existuje doporučený postup vydaný ČLS JEP. V tomto doporučeném postupu jsou specifikovány základní instrukce u několika situací.

Instrukce volajícímu

Podat instrukce volajícímu znamená poskytnout člověku v tísni informace o tom, jak se má chovat, nebo čeho se má naopak vyvarovat do příjezdu záchranné služby. Při podávání instrukcí nejde jen o poskytnutí život zachraňujících výkonů, ale o množství dalších úkonů, jakými je třeba zajištění volného přístupu k pacientovi („Otevřete a zajistěte vchodové dveře do bytu tak, aby se k Vám záchranáři dostali, a poté se vraťte k pacientovi“), případně zajištění volně se pohybujících zvířat v okolí pacienta tak, aby nehrozilo zranění záchranářů i pacienta. Při volání z třetí ruky je vhodné požádat o kontakt na někoho, kdo se nachází přímo u pacienta, případně požádat, aby volající vyrozuměl někoho na místě události, aby zavolal na tísňovou linku přímo od pacienta. Pro optimální průběh zásahu je vhodné požádat volající, aby připravil osobní doklady pacienta včetně seznamu trvalé medikace, případně nejaktuálnější lékařskou zprávu z poslední hospitalizace. Kromě přípravy přístupu a dokumentace je důležité volajícího uklidnit. Volání záchranné služby je mnohdy velmi stresující záležitostí, a proto je fáze uklidnění opravdu důležitá, neboť takový volající si lépe zapamatuje, co vše má udělat do příjezdu záchranářů. V neposlední řadě je vhodné poučit volajícího, že při jakékoli razantní změně zdravotního stavu pacienta je nutné zpětně volat linku 155 a to primárně u stavů, kdy by došlo ke ztrátě vědomí pacienta. Pacient by se začal dusit nebo by přestal dýchat.

Jak a jaké instrukce je specifikováno v doporučeném postupu

Telefonicky asistovaná první pomoc. Jde o soubor rad ohledně všech nejčastějších situací od NZO přes dopravní nehody až po všeobecné instrukce.

Telefonicky asistovaný porod

Při příjmu výzvy, kdy volající oznamuje, že na místě se nachází gravidní žena a hrozí porod, je důležité eliminovat veškerá rizika, která by mohla být fatální pro matku i dítě, jedná-li se o porod mimo zdravotnické zařízení. Účelem telefonicky asistovaného porodu je poskytnout vhodné informace pro osoby nacházejících se v takovéto situaci.

Pro operátora, který takovouto výzvu přijímá je stěžejních několik informací:

- O kolikáté těhotenství a kolikátý porod se jedná?
- V jaké fázi porodu se rodička nachází - Cítí tlak na konečník?, Je vidět některá část plodu v porodních cestách?
- Po narození dítěte - Jakou má barvu kůže? Dýchá? Křičí? Není přítomno masivní krvácení z rodidel?

U prvorodiček zpravidla porod neprobíhá tak rychle jako u vícerodiček. Není však výjimkou ani překvapením, rodí-li prvorodička překotně. Informace o odtoku plodové vody a intervaly mezi kontrakcemi nejsou zcela stěžejní pro telefonickou asistenci.

Jedná-li se o porod v chodu je důležité nepokoušet se celý proces jakkoli pozastavit, mohlo by to mít fatální důsledky pro dítě i matku.

Telefonicky asistovaný porod je velice specifická situace. Jinak se postupuje u hrozícího porodu a jinak u probíhajícího porodu, dle zjištěné fáze se volajícímu poskytují instrukce:

- Hrozící porod - poloha v klidu, v polosedě, nesnažit se aktivně bránit porodu
- Porod v chodu - poloha rodičky, by měla být v leže na zádech s mírnou elevací horní poloviny těla, není to však nutností, lze nechat rodičku v podřepu, na boku, nebo na všech čtyřech končetinách

o Při kontrakci

- nadechnout, zavřít oči

- zadržet dech
- zatlačit do konečníku - pokud možno během trvání kontrakce
- vydechnout a odpočívat

o Mezi kontrakcemi je instruováno k tomu, aby rodička dýchala zhluboka

o Nachystat čisté ručníky, eventuálně látkové pleny na zabalení novorozence

o V okamžiku kontrakce je výhodné položit dlaň jedné ruky s roztaženými prsty kolem porodních cest, aby nedošlo k příliš rychlému „vyklouznutí“ plodu z porodních cest. Druhou rukou je třeba uvolňovat, podpírat a stabilizovat již porozené části tělíčka; jakmile se objeví obličej dítěte, suchým ručníkem nebo plínkou mu jemně otřít nos a ústa.

- Po porodu:
 - Po porodu dítě pečlivě otřít, osušit a celé včetně hlavičky zabalit do čisté suché pleny nebo osušky (2 až 3 vrstvy).
 - Položit dítě na břicho rodičky, nebo je pozorně držet tak, aby všechny části těla a zejména hlava byly stále podepřené.
 - Péče o udržení tělesné teploty je v této fázi extrémně důležitá!
 - Podvaz pupečníku je vhodný nejdříve 1 minutu po porodu. Pokud je jistota, že je dítě v pořádku, není podvaz bezprostředně nutný. Je ale vhodný z důvodu rizika přetržení pupečníku při náhodné manipulaci. Podvaz se provádí vhodnou tkaničkou způsobem a silou, „jako když se zavazují boty“.
 - Jsou-li pochybnosti o stavu dítěte (promodralá barva, nedýchá, nekřičí):
 - Co nejdříve podvázat pupečník!
 - Položit dítě na svoji dlaň břichem dolů, s hlavičkou mírně skloněnou k zemi. Poplácat po zádech, otřít ručníkem hlavičku, hrudník, nožičky.
 - Pokud je promodralé a bez dostatečné dechové aktivity i nadále (cca po minutě od přerušení pupečníku), je třeba zahájit KPR.
- Krvácení po porodu:”
- Silné krvácení představuje hlavní riziko pro matku.

- Vyskytne-li se masivní krvácení po porodu instrukcemi pro laiky je provádění zevní masáže dělohy - oběma rukama přes stěnu břišní nahmatat vrchol dělohy a silou masírovat, až začne tuhnout.
- Správná intenzita masáže je taková když rodičku „bolí“ - jinak je neúčinná!
(urgmed)

5 TELEFONICKY ASISTTOVANÁ NEODKLADNÁ RESUSCITACE

TANR je nepochybně jedna z nejnáročnějších situací a nezáleží na tom, jestli jde o zástavu u dospělého nebo dětského pacienta. Při příjmu tísňové výzvy, ze které vyplyne, že na místě se pravděpodobně nachází osoba s náhlou zástavou oběhu, je nutné zahájit instruktáž k provádění KPR. Jedná se o soubor rad, které poskytuje call-taker volajícímu a pomocí těch ho navádí k zahájení kardiopulmonální resuscitace. Instruktáž k TANRu je potřeba zahájit i v případě že NZO není zcela jednoznačně potvrzená a má-li tedy operátor pouze podezření. Volající mnohdy není schopen zcela jasně popsat stav vědomí a dýchání, ze kterého jednoznačně vyplyne, že se jedná o hluboké bezvědomí s bezděším. Například *V: no on na mě tak divně kouká jako by koukal skrze mě a občas tak jako vyplázne jazyk., V: má nějaký záškuby v těle, a když na něj promluví tak nereaguje a tak jako divně dýchá. V: manželka tady upadla na chodbě a teď nějak divně chrčí a vůbec na mě nereaguje, ale kouká, má otevřené oči.* Ani jeden z uvedených příkladů jednoznačně nesdělují, že pacient je v bezvědomí a nedýchá. Proto je potřeba volajícího motivovat k tomu, aby postiženému pomohl, aby se stal očima a rukama dispečera, se kterým hovoří.

Příznivý vliv TANR na osud pacientů s mimonemocniční NZO prokázaly studie z Prahy, Stockholmu, Seattlu a dalších regionů. TANR zvyšuje šanci na přežití nemocných s NZO v terénu až o 50 %. Úspěšnost resuscitací stoupá s dostatečnou praxí v poskytování TANR, proto musí být TANR poskytována výhradně kvalifikovaným zdravotnickým personálem, tzn. operátory nebo operátorkami zdravotnických operačních středisek. (DP urgmed)

5.1. Podmínky pro provádění TANR

Systematicky lze metodiku TANR používat pouze pokud jsou pro ni vytvořeny vhodné technické, metodické a personální podmínky. (urgmed DP)

- Technické vybavení a personální obsazení zdravotnického operačního střediska musí být takové, aby provádění TANR nezpůsobila prodlevu do

vyslání pomoci, a ani neohrozila příjem dalších volání na tísňovou linku.

- Každé zdravotnické operační středisko musí mít definovanou přesnou metodiku poskytování TANR a všichni operátoři musí být v poskytování TANR cíleně proškoleni již během adaptačního procesu.
- V průběhu poskytování TANR by měl mít operátor k dispozici technické zařízení, definující frekvenci kompresí hrudníku 100-120 za minutu - ať už by se jednalo o akustický metronom, nebo grafické zpracování pulzujícího srdce.

5.2. Indikace a kontraindikace TANR

Stejně jako resuscitace v terénu, tak i na ZOS má TANR určité indikační kritéria, při jejichž splnění je nutno zahájit s volajícím oživovací úkony.

Mezi indikace patří:

- Podezření na NZO;
- Poruchy dýchání vedoucí k náhlému bezvědomí a dechové zástavě postiženého;
- Novorozenec po porodu bez známek rozvoje normálních fyziologických funkcí dle Apgar skóre;

Kontraindikace TANR

- Nález těla zemřelého;
- Reálné nebezpečí hrozící zachránci;
- Mentální nebo fyzická neschopnost osob na místě události provádět resuscitaci;
- Zcela nespolupracující volající;
- Hovor „z třetí ruky“ (volající není na místě příhody);

5.3. Rozpoznání náhlé zástavy oběhu během tísňového volání

Identifikace náhlé zástavy oběhu je zcela klíčové pro zahájení TANR a tím celého řetězce záchrany života. V okamžiku, kdy operátor přijímá hovor ze kterého je patrné, nebo zcela patrné že na místě události se nachází člověk s poruchou vědomí je klíčové rozpoznat související poruchu dýchání, což není

snadným úkolem.

Velké množství náhlých zástav oběhu začíná spatřeným a zcela neočekávaným kolapsem postiženého. Ovšem ne každý náhlý kolaps je způsoben zástavou oběhu.

V případě, že volající oznamuje vznik poruchy vědomí, je potřeba současně ověřit stav dýchání. Nepodaří-li se do 60 sekund od zahájení hovoru spolehlivě zjistit, že postižený dýchá, je nutné tuto událost vyhodnotit jako maximálně naléhavou a zahájit TANR. Ověření toho jak pacient na místě dýchá lze zjistit mnoha způsoby:

- O: Dýchá pán normálně? Neotevívá pusy jen tak občas a jakoby naprázdno?
- O: Nevypadá to, že by maminka dýchala jako kapr na suchu?
- O: Podívejte se manželovi na hrudník a řekněte mi slovíčko TEĎ, vždycky když se mu ten hrudník zvedne.

Operátor však může zmást sám sebe položením nevhodné otázky „*O: Dýchá pán pravidelně?, V: Ano!*“. Lapavé dechy se mohou objevovat pravidelně jednou za půl minuty.

Když volající popíše a operátor vyhodnotí, že se jedná o terminální dýchání, tak to nesmí být důvodem k nezahájení nebo přerušování probíhající TANR. Lapavé dechy mohou být přítomny několik vteřin až minut od zhroucení životních funkcí a v případě, že je TANR zahájena ještě při trvajícím gaspingu, má pacient větší šanci na přežití. Pakliže během provádění TANR v průběhu hovoru volající začne popisovat, že pacient se občas nadechne, že začal dýchat, je nutné ho motivovat a povzbuzovat k nepřerušování kompresí hrudníku. Lze volajícímu vysvětlit, že pacient začal takto lapat po dechu díky kvalitnímu provádění resuscitace a tím pádem je potřeba v tom takto pokračovat až do vystřídání záchranářem nebo lékařem, který je samozřejmě na cestě.

Jelikož operátor není na místě a nevidí na pacienta a tím pádem se musí spoléhat pouze na to co mu volající řekne, může se stát že zahájí TANR i u člověka, který ve skutečnosti zastavené srdce nemá. Dojde-li k takovému omylu, není to chyba. K zahájení TANR u takových pacientů dochází v největší míře při intoxikaci alkoholem či jinou návykovou látkou, po krátké či delší

epizodě křečí, u pacientů s hypoglykemií nebo cévní mozkovou příhodou. „ Velké studie publikované v letech 2009-2011 neprokázaly žádné závažné poškození u „ nesprávně “ resuscitovaných. U 12% pacientů se vyskytly komplikace typu zlomenin žebra, klíční kosti či lopatky a asi 10% pociťovalo diskomfort a pocit bolesti na hrudníku.“ (OF)

5.4. Základní kroky při zahájení TANR

Poté kdy je stav pacienta vyhodnocen jako NZO a přistoupí k zahájení TANR, je potřeba vždy postupovat dle následujících kroků:

- Poloha - na zádech, tak aby ležel, pokud to okolnosti dovolují na tvrdé ploše a neměl nic pod hlavou
- Komprese hrudníku - kleknout si vedle pacienta, položit ruce propnuté v loktech doprostřed hrudníku na hrudní kost v úrovni spojnice prsních bradavek a začít stlačovat směrem k zemi, do hloubky 5-6 cm
- Ověření stavu - operátor ověřuje stav během hovoru pouze v případě, kdy došlo k výrazné změně - objevily se spontánní pohyby končetin, pacient začal dýchat normální frekvencí, nebo začal mluvit. Ovšem jak již bylo zmíněno výše, musí si dát operátor pozor na objevení se lapavých dechů a nesmí kvůli nim přerušit nebo ukončit poskytování TANR
- Mezi další úkoly při TANR lze zahrnout použití AED, je-li k dispozici, zajištění přístupu pro záchranáře tak aby nedošlo k zbytečným prodlevám v poskytnutí následné péče, střídání záchránců a v neposlední řadě podporování, povzbuzování a motivování záchránců včetně informování o blížící se pomoci

5.5. Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace dítěte

U dětských pacientů má TANR svá specifika. Prvním krokem při nalezení dítěte v bezvědomí je provedení vypuzovacího manévru. U novorozenců jde o techniku, kdy si dospělý záchránce položí dítě bříškem na předloktí, hlavičkou do dlaně, skloní ruku tak aby hlava směřovala k zemi, a provede několik úderů mezi lopatky. U větších dětí si položí pacienta přes koleno, hlavou dolů a opět provést několik úderů mezi lopatky. Nedojde-li k obnově dýchání je potřeba dále instruovat k položení dítěte na záda, opět pokud možno na tvrdou plochu. U novorozenců vložit složenou plenu nebo ručník mezi lopatky, u větších dětí není

nutný tento krok z důvodu jiného habitu těla. Dále provedení pěti úvodních vdechů, kdy technika dýchání je taková, že záchránce obejmě svými ústy nos i ústa dítěte a vdechne do něj tak aby se viditelně zvedl hrudník. Pakliže ani po tomto kroku nedojde k obnově dýchání, je nutné přistoupit ke kompresím hrudníku a lze to provádět dvěma způsoby. Dítě ležící na zádech záchránce obejmě oběma rukama, překříží palce uprostřed hrudníku mezi prsními bradavkami a začne stlačovat do 1/3 hrudního koše. Druhý způsob je takový že dítě neobjemě oběma rukama, ale pouze položí dva prsty - ukazovák a prostředník na střed hrudníku a dále postupuje jako u první techniky. Při resuscitaci větších dětí by tyto dvě techniky nebyly vhodné k požadované hloubce kompresí, a proto se použije podobný postup jako u dospělého pacienta. S tím rozdílem, že se nepoužijí obě ruce, ale jen jedna - kleknout si vedle dítěte, položit ruku doprostřed hrudníku na hrudní kost a začít stlačovat do 1/3 hrudního koše.

6 PRAKTICKÁ ČÁST

Hlubkové rozhovory mají ve vztahu k tomuto tématu mnoho předností, neboť se dají využít k vyhodnocení jednotlivých zkušeností se zácvikem práce operátora. Rozhovory lze využít i k vyhodnocení toho co operátoři a operátorky považují za největší specifikum práce na ZOS a jak hodně jsou při této práci psychicky zatíženi. Hlubkový rozhovor zachycuje výpovědi operátorek v jejich přirozené podobě, to je tedy základní princip kvalitativního výzkumu. Bylo vybráno deset otázek zaměřených na příjem tíšňových výzev, TANR, specifika práce a psychické zatížení. Operátorky odpovídali volně, pokud se objevila informace přínosná pro výzkum, byly vybídnuty k rozvinutí myšlenek (PEKARA, 2015).

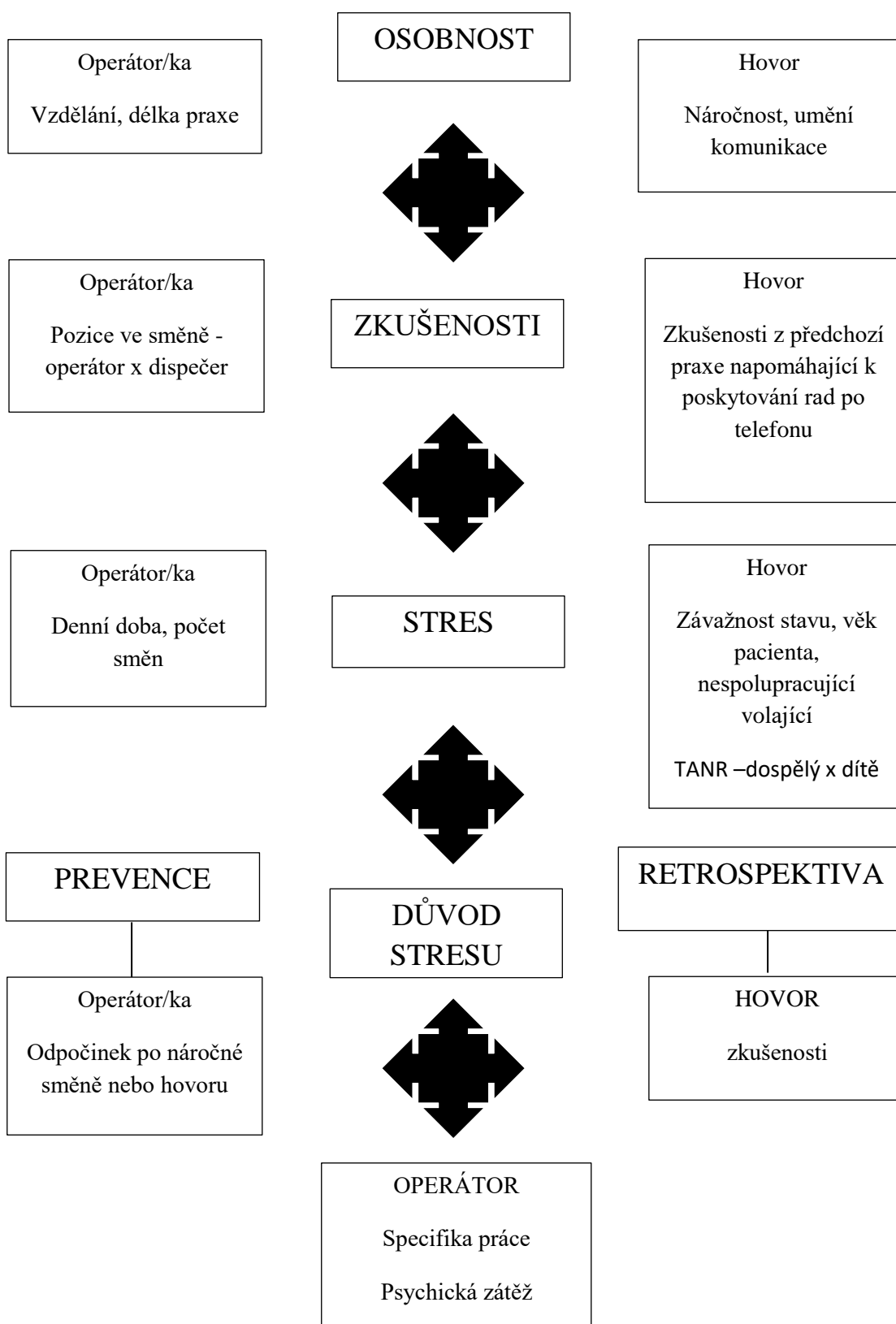
Za otázky pro hlubkový rozhovor byly určeny:

- Popište prosím Vaše dosavadní získané vzdělání a délku praxe na ZOS.
- Pracoval/a jste před současnou praxí na ZOS i v jiném zdravotnickém zařízení, případně jako zdravotnický záchranář?
- Máte v současnosti ještě nějaký jiný pracovní poměr, pokud ano, jak moc přispívá k Vaší současné práci na ZOS?
- Jak těžké pro Vás bylo naučit se práci dispečera?
- Která část hovoru pro Vás bývá nejsložitější?
- Pamatujete si na svou první resuscitaci po telefonu, a jak na Vás působí TANR dnes?
- Ovlivňuje Vás při Vaší práci počet směn (kumulace více služeb bez delšího volna) a denní doba (denní směny x noční směny)?
- Vzpomenete si na nějaký hovor nebo hovory o kterých by se dalo říct, že na ně nikdy nezapomenete?
- Co je podle Vás největším specifikem práce ZOS, oproti ostatním zdravotnickým profesím?
- Když máte náročnou službu, nebo náročný hovor, jakým způsobem se odreagováváte?

6.1. Kritéria hloubkového rozhovoru

Základem pro kvalitativní výzkum je osm rozhovorů s operátorkami zdravotnických operačních středisek, s různou délkou působení na této pozici. Dalším rozdílem mezi respondentkami je ten, že některé nastoupily na ZOS ihned po ukončení studia a některé předtím pracovaly buď ve zdravotnickém zařízení nebo jako sestry ve výjezdových skupinách ZZS. Na rozdíl od kvantitativního výzkumu je hloubkový rozhovor prováděn s menší skupinou respondentů. Rozhovory byly pořizovány od ledna 2018 do března 2018. Rozhovor se odehrával po domluvě na místě, které vždy určil respondent. Tazatelka pro nahrání záznamu rozhovoru použila mobilní telefon. Následné přepisování záznamu hovoru proběhlo v programu Microsoft Word 2010. Kritérium pro rozhovor bylo stanoveno nejméně trvání 35 minut (průměrná doba rozhovorů byla 45 minut). Rozhovor vždy začínal úvodem a seznámením s cílem výzkumu. Bylo předem uvedeno, že rozhovor bude anonymní, a že bude nahráván na záznamové zařízení a po přepsání bude ze záznamového zařízení smazán. Pokud respondent se vším souhlasil, rozhovor začal. Začátek probíhal položením otázky a následovala respondentova odpověď. Když byla zodpovězena poslední otázka, poskytla tazatelka respondentovi možnost vyjádření na případné otázky. Ukončení bylo provedeno poděkováním a rozloučením. Úprava rozhovoru spočívala ve změně informací, které by mohly vést k identifikaci respondenta nebo jeho pracoviště. Jednalo se hlavně o úpravu slovosledu a prvků nářečí. Nakonec proběhla také celková úprava do spisovného jazyka. Při přepisování rozhovoru byli respondenti označeni číslem (1 – 8), které je shodné s pořadím čísla rozhovoru (tedy Rozhovor 1 a Respondent 1) (PEKARA, 2015)

6.1.1 Kódovací schéma k hloubkovým rozhovorům



Kódovací schéma hloubkových rozhovorů zobrazuje faktory ovlivňující práci operátorek a operátorů. Schéma zohledňuje okolnosti, jak vzdělání a délka praxe působí na přijímání hovoru. Kódovací znak operátor/ka zohledňuje pozici ve směně, tedy je-li ve směně operátorkou nebo dispečerkou. Kódovací znak hovoru zohledňuje dosavadní zkušenosti z předchozí praxe, které by mohly napomáhat naučit se práci dispečera a s poskytováním rad po telefonu. To vše má vliv na osobnost operátorů a jejich zkušenosti. Kódovací znak pro operátory zohledňuje denní dobu a počet směn. Kódovací znak pro hovor zohledňuje závažnost stavu pacienta, věk a to zda volající nespolupracuje. To vše má vliv na vznik stresu. Dále se řeší primární důvod vzniku stresu, a jak mu lze předejít a rozbor zda, mu lze předejít. (PEKARA 2016).

6.2 Rozhovory

Rozhovor 1 (Respondent 1)

Žena, 5 let praxe ve zdravotnictví, absolvovala studium na vyšší odborné škole, obor zdravotnický záchranář. Pracuje na zdravotnickém operačním středisku. Operátorka před nástupem neměla žádnou praxi v jiném zdravotnickém zařízení, tudíž nikde nezískala žádné zkušenosti, které by jí jakkoli napomáhaly při učení se práci dispečera (*„měla jsem zkušenosti pouze z povinné praxe v nemocnici a na záchrance“*). Jako nejtěžší část zácviku, ji přišlo samotné přijímání tísňových výzev (*„bylo to něco úplně jiného než se na praxi a ve škole učit být záchranářem“*). Bez předchozí praxe v nemocnici se musela naučit komunikovat s lidmi (*„Využila jsem hodně z předmětu komunikace, kdy jsem si nejednou vzpomněla na naši profesorku, která nám do nekonečna říkala, že hlavně musíme zachovat klid a profesionalitu když na nás začne někdo být vulgární nebo když je někdo třeba nedoslýchavý a musí se mu otázka klidně i 5krát opakovat“*). Práce operátora je však především o vyhodnocování výzev (*„Když je člověk hned po škole tak nemá mnoho zkušeností s klinickou praxí a je pro něj tím pádem i těžší určovat naléhavost stavu a ze začátku když pracuje už bez dohledu školitele často události spíše nadhodnotí, protože se nechá jakoby strhnout volajícím“*). Důležitou součástí práce je znalost místopisu daného kraje, ve kterém operátor pracuje (*„kromě příjmu hovorů je důležité naučit se, znát místopis té oblasti, ve které se nacházejí volající - protože i tím lze předejít fatálním chybám“*).

Komunikace s volajícími, kteří mnohdy nespolupracují, je jednou z nejsložitějších částí hovoru (*„dejme tomu, že je pro mě asi nejsložitější, když přijímám hovor od člověka, který se nevyzná v tom místě, kde se nachází. Má třeba nějaký úraz a rezolutně odmítá spolupracovat v tom, aby mi řekl adresu“*). Operátorka přiznává, že i vulgarita volajícího je pro ni složitým faktorem v komunikaci (*„a když pak je i přes tuhle moji veškerou snahu volající sprostý a nadává mi, že jsem blbá kráva, která není schopná mu poslat sanitku tak to je pro mě nejsložitější“*). Pro operátorku je při provádění TANR velmi důležitá spolupráce volajícího (*„Naštěstí volající byl dobře komunikující a společnými silami se nám podařilo včas zahájit komprese hrudníku – ačkoli pán měl teprve „jen“ závažnou bradykardii, ale už byl v hlubokém bezvědomí a téměř nedýchal“*). Práce operátorek a operátorů je sama o sobě dost psychicky náročná a stejně jako většinu zdravotníků, tak i operátorky ovlivňuje počet směn a denní doba (*„Když máme třeba šest služeb v jednom týdnu tak je to dost náročné, hlavně na tu trpělivost, nejen při komunikaci s volajícími, ale i při komunikaci s posádkami a s nemocnicemi. Nechci nijak zlehčovat nebo zesměšňovat potíže lidí, kteří volají na tísňovou linku, ale když člověk sedí několikátou službu v kuse a nabírá samé bolesti břicha trvající týden a víc, teploty a jiné stavy které by se daly řešit s praktikem a oni zavolají v sobotu ve dvě ráno, tak je to dost vyčerpávající a hlavně frustrující“*). Za největší specifikum práce zdravotnického operačního střediska považuje operátorka fakt, že pacienta nevidí. (*„Největším specifikem na této práci je podle mě to, že operátor musí pracovat pouze s tím, co slyší“*). S délkou praxe na zdravotnickém operačním středisku nabírá operátor více a více zkušeností a práce je pro něj snadnější a rutinnější (*„A čím je člověk na ZOSu déle, tím snadnější je pro něj měnit se buď v dispečera, nebo operátora“*).

Rozhovor 2 (Respondent 2)

Žena, 15 let praxe ve zdravotnictví. Na zdravotnickém operačním středisku pracuje 10 let. Nejprve si udělala specializaci ARIP, později vystudovala bakalářské studium, obor zdravotnický záchranář. Před nástupem na ZOS pracovala několik let na ARO (*„Před nástupem na ZOS jsem pracovala 5let jako sestra na ARO a myslím si, že pro práci na ZOSu mě to moc neovlivňuje. Ano dokázala jsem si lépe v hlavě vyhodnotit určité urgentní stavy...“*). Naučit se práci dispečera pro ni nebylo zcela jednoduché (*„Bylo těžké si zvyknout na to, že v krátkém čase se musím zeptat jen na několik málo důležitých otázek a pak se rozhodnout kdo a na jakou naléhavost tam pojede. Oproti práci v nemocnici je to úplně něco jiného.“*). Operátorka říká, že nejsložitější bylo naučit se přijmout tísňovou výzvu (*„Pak přijde okamžik, kdy začne pod dohledem školitele nabírat první hovory. Nejistým hlasem se poprvé představí „Záchranná služba, tísňová linka dobrý den, jak vám mohu pomoci?“ a pak jet dál až do ukončení hovoru.“*). Operátorka si myslí, že je důležité, aby nováček v zácviku přijímal co možná nejvíce hovorů (*„Čím víc výzev nabere nováček v zácviku tím líp se mu pak začne pracovat bez dohledu. Pod dohledem je dobrý to, že se můžeš kdykoli obrátit na školitele a naznačit, že si nevíš s hovorem rady a on ho za tebe dokončí, později už to tak jednoduché není“*). Nyní když pracuje na ZOS již několik let říká, že v každém hovoru je pro ni složitá jiná část (*„Za nejsložitější část hovoru považuju zjišťování stavu ... Jiné je to třeba u dopravních nehod – tam je nejsložitější ta organizace činností na místě. Často tam bývá hluk a lidi mě špatně slyší. Pak je důležité jim dávat jednotlivé pokyny postupně „vezměte si reflexní vestu! Už ji máte? Výborně! Vezměte výstražný trojúhelník a běžte označit místo nehody a hlavně dávejte pozor, aby Vás někdo nesrazil a pak se vraťte ke zraněnému! Už jste to udělal? Výborně, sanitka je na cestě a teď musíme pomoci zraněnému! Už jste u něj? A tak dále“*). Zkušenosti v oblasti komunikace jsou důležité, zvláště když se jedná o hovor, ze kterého vznikne výzva nejvyšší naléhavosti a kdy se provádí TANR (*„A i když nespolupracuje, tak už vím a umím udělat vše pro to, abych já byla paní situace a abych já byla ten šéf, který rozdává příkazy.“*). Operátorka i po letech práce ve směnném provozu upřednostňuje denní služby před nočními (*„Vadí mi pak takové to jak se musím po noční konvertovat zpátky na život ve dne. Ovlivňuje to hlavně můj*

organismus a spánkový režim“). Kromě skutečnosti, že na pacienta nevidí je pro operátorku nejvíce specifický omezený čas, který na daného volajícího má („Pak bych ještě řekla, že specifikem je ten hrozně moc omezený čas, který na pacienta máme. Nejde se s ním vykecávat půl hodiny a pak poslat sanitku když vím, že ho bolí na hrudníku, to by za tu půl hodinu už nemusel být mezi námi.“)

Rozhovor 3 (Respondent 3)

Žena, magisterské vzdělání v oboru ošetrovatelství a specializace ARIP. Praxe na ZOS 16 let. Operátorce k učení práce dispečera pomohly spíše její povahové vlastnosti („*Naučit se práci dispečera pro mne bylo snadné, jsem učenlivá a před lety když jsem nastupovala, bylo méně volajících a tím pádem mohu říci, že naučit se pracovat na ZOS bylo snadnější“). Později však využila i zkušeností z předchozí praxe („*Při nabírání prvních výzev jsem znalosti z praxe v nemocnici moc nevyužívala, spíše jsem využívala to, co jsem se naučila, když jsem jezdila na autě.“*). Operátorka za nejsložitější a nejvíce psychicky náročnou část svých hovorů považuje lokalizaci („*Navíc při naší profesi, kdy se musíme spoléhat pouze na to, co slyšíme, jsou informace o lokalizaci zásadní, protože když nevíme kam máme pomoc poslat tak ji poslat nemůžeme, i když víme že na místě se nachází pacient v kritickém stavu a to může být víc stresující než jakákoli jiná situace“). TANR je pro profesionálku rutinní záležitostí („*TANR na mě dnes působí jako rutina, mám vždy dobrý pocit z toho, že jsem někomu opravdu dala šanci přežít, že jsem někomu zachránila život, aniž bych na něj viděla“*). Operátorka dále říká, že ne vždy je potřeba někoho přímo zachránit, ale že stačí někomu prakticky pomoci a ušetřit mu tím mnoho dalších starostí, které by ho čekali po návratu ze zdravotnického zařízení. O to lepší má pocit, když se jí dostane jakéhokoli poděkování od pacienta („*Záchranáři ho následně odvezli do nemocnice a prý jim celou cestu říkal, ať moc poděkují té hodné paní na telefonu, která mu ušetřila velkou spoustu a peněz a starostí ohledně nových dveří“*). A i sebemenší poděkování je pomocnou rukou při tomto psychicky náročném povolání. Pro tuto operátorku je lepší mít více služeb v kuse, lépe si pak při delším volnu psychicky i fyzicky odpočine („*Osobně mám raději více služeb v jednom kuse a pak dlouhé volno. Každopádně počet směn a denní doba mě ovlivňuje stejně jako všechny lidi, kteří pracují na směny“*). Každý operátor a operátorka považuje za specifikum jinou činnost. Tato operátorka považuje za**

nejspecifičtější činnost to, že musí umět dokonale komunikovat s volajícími („*Za nejspecifičtější považuji umění komunikace, to jak si člověk musí získat u volajících důvěru, aby semnou spolupracoval a sdělil mi veškeré informace, které potřebuji, aniž bych pacienta viděla.*“).

Rozhovor 4 (Respondent 4)

Žena, délka praxe ve zdravotnictví 4 roky. Vysokoškolské vzdělání, obor zdravotnický záchranář. Operátorka udává, že při učení práce dispečera pro ni bylo nejsložitější naučit se komunikovat s volajícími a zároveň naučit se správně operační řízení („*Na našem ZOSu je kromě komunikace s volajícími dost stěžejní činností umět „vodit“ (tak my říkáme operačnímu řízení) Hlavní při operačním řízení je umět si rozplánovat to kam které auto pošlu, musím nad tím přemýšlet dopředu a vždy musím zohlednit aktuální situaci*“). Tato mladá operátorka pracuje zároveň jako zdravotnický záchranář ve výjezdové složce a považuje tuto skutečnost za velké pozitivum („*Jako hlavní přínos vidím to, že jako dispečerka jsem ještě nevyhořela a získala jsem možnost vidět práci dispečerek i z druhé strany a naplno využívám znalostí, které jsem získala při studiu na vysoké škole*“). Pro operátorku je TANR i přes počáteční nejistotu jednou z nejjednodušších činností („*spíš si pamatuji, jak jsem se klepala a byla nesvá, a jak jsem se bála, abych neřekla něco špatně. Teď už můžu říci, že TANR je pro mě jednou z nejjednodušších věcí na dispečerské práci. Má totiž svůj jasný přesný postup - jakmile vím, že na místě je někdo, kdo nereaguje a nedýchá tak ihned začnu pomáhat volajícím k tomu, abychom společně zachránili pacienta*“). Komunikace je zásadní a je velmi těžké když pacient nemůže mluvit, ale potřebuje pomoc, takový hovor je psychicky výrazně náročný („*Jelikož byl pán v opravdu špatném stavu, nebyl schopen mluvit, napadlo nás mu říci, aby klepnul sluchátkem, vždycky když řekneme pravdivou informaci - 2x klepnout jakože ANO, 1x klepnout jakože NE. Po opravdu dlouhé době nám pán odklepal adresu a podařilo se ho zachránit.*“). Největším specifikem pro operátorku je nutnost umět se rychle a správně rozhodnout („*Máme samozřejmě jasně dané stavy, kdy je neoddiskutovatelné že by lékař nejel (NZO, příznaky AIM, Akutní intoxikace, vážné dopravní nehody), ale pak občas nabírám něco a úplně se mi to nezdá jakože by tam měli jet jen záchranáři a tak tam pošlu i lékaře – v takových případech jednám spíš intuitivně*“).

Rozhovor 5 (Respondent 5)

Žena, vystudovala obor zdravotnický záchranář na vyšší odborné škole. Praxe na ZOS 9 let. Operátorka před nástupem na ZOS pracovala jako zdravotní sestra v nemocnici. Popisuje, že naučit se práci dispečera pro ni bylo složité (*„Mohu říci, že to pro mě bylo velmi těžké protože to bylo něco úplně jiného než na co jsem byl zvyklá a hlavně to bylo něco, na co nás ve škole nepřipravoval.“*). Nejsložitější pro operátorku je hovor kdy nelze přerušit volajícího, aby zjistila hlavní problém, kvůli kterému se obrátil na tísňovou linku (*„Nemám ráda, když volajícímu trvá, než se vyjádří. Když ho chci přerušit a zeptat se na to proč tedy volá TEĎ a co má TEĎ za obtíže a on mi ještě vynadá, že ho přerušuju...“*). Hovor kdy operátorka vede TANR je vždy náročný, ale díky jednoduchým instrukcím může pomoci přežít někomu, koho nevidí (*„Dnes na mě TANR působí jako naprosto dokonalá věc. Obdivuju ten nápad, obdivuju to, jak tento systém funguje a i to jak jsou lidé ochotni pomáhat díky jednoduchým instrukcím. Také mě hodně baví to, že díky TANRu jsem dala už opravdu velké spoustě lidí šanci na další plnohodnotný život“*). Únava psychická je u operátorky ovlivňována denní dobou i počtem směn (*„Když mám více služeb bez volna tak na sobě vždycky cítím, jak ztrácím trpělivost a empatii vůči volajícím. Poslední službu před volnem mám na sobě vyzorované, že mě dokáže otrávit každý hovor, ve kterém se nejedná o opravdu akutní stav nebo třeba i jen když se chce volající „jen zeptat co má dělat když...““*). Jedná se o zkušenou operátorku, která dokáže pomoci lidem i během komplikovaných situací aniž by na ně viděla (*„Vyzdvihla bych asi hovor, kdy se jednalo o překotný porod a tatínek vyděšeně - opravdu vyděšeně popisoval, že z jeho paní kouká něco divného - byla to nožička. Miminko šlo ven koncem pánevním, s čím rodiče nepočítali. Naštěstí se povedlo je oba uklidnit a společnými silami se podařilo porodit krásné zdravé miminko.“*). Podobně jako jiné operátorky i tato považuje za největší specifikum to, že se musí spoléhat pouze na to, co slyší (*„Každý jiný zdravotník na „svého“ pacienta vidí. Já ne. Čili asi za největší specifikum považuju to, že pomáhám lidem, aniž bych na ně viděla, a že se musím spoléhat jen a jen na své otázky a na to jak mi na ně volající odpoví.“*).

Rozhovor 6 (Respondent 6)

Žena, vysokoškolské vzdělání, obor všeobecná sestra. Praxe na ZOS 9 let. Operátorka nepovažuje za složité naučit se práci dispečera, ale fakt že na pacienta nevidí, bylo pro ni horší a to díky předchozí praxi na lůžkovém oddělení (*„Práci jako takovou - nabírání výzev, operační řízení a avizování pro mě nebylo nic zvlášť těžkého. Těžké bylo zvyknout si po předchozí praxi na oddělení v nemocnici na to, že pacienta nevidím, že s ním nejsem v přímém kontaktu“*). Pro operátorku je mnohdy nejsložitější částí hovoru chvíle, kdy na ni začne volající křičet a nelze ho uklidnit (*„jsem na nervy, když nastane nestandardní situace - křičící, vystresovaný volající, kterého nelze „překřičet“ aby mě poslouchal“*). Nespočetněkrát pro operátorku nastala chvíle, kdy přijímala hovor, který ve skutečnosti neskončil výzvou pro výjezdovou skupinu, ale šlo pouze o někoho, kdo si chtěl stěžovat a nenašel jinou instituci, kde by svůj problém sdělil (*„a pak takový ty stěžovatelé, kteří si melou jen tu svou a nechtějí poslouchat obsah mého sdělení a nabídnutí jakékoli pomoci“*) operátorka takové hovory označuje za jedny z těch nejobtížnějších. Když přijme hovor a začne vést TANR, nečiní operátorce větší problém nasměrovat volajícího ke správnému poskytování pomoci (*„Vždycky samozřejmě záleží na těch „provaďcích“ na místě události. Ale s tím se dá dost dobře pracovat, protože když někdo opravdu chce pomoci druhému, klidně i úplně neznámému člověku tak si nechá poradit. Poslouchá vše, co mu říkám dělá, to co mu říkám, dává instrukce dalším lidem na místě, když jsou k dispozici a díky tomuto záchrannému řetězci se dobrá věc podaří.“*). Pro kvalitní pracovní výkony při přijímání výzev je důležitá psychická kondice a díky více službám v kuse, nepravdělnosti služeb a střídání denních a nočních směn je velmi náročné si tuto kondici udržet (*„Každopádně když si vzpomenu na dobu před narozením syna tak mě kumulace více služeb ovlivňovala poměrně zásadně. Když jsem měla více služeb v kuse tak jsem pociťovala větší únavu, horší pracovní nasazení a doma to taky pak stálo za nic“*). Operátorka za největší specifikum považuje to, že operátor musí mít několik vlastností, bez kterých by tuto práci nemohl dělat (*„Sestra nebo záchranář, který pracuje na ZOS musí mít zvlášť dobrý sluch, dobrou představitost a být mistr asertivity. Jelikož při naší práci na pacienta nevidíme, tak jsou tyto schopnosti dle mého názoru největším specifikem oproti jiným*

zdravotnickým profesím.“)

Rozhovor číslo 1

Rozhovor trval 50 minut čistého času. Přepis rozhovoru trval 1 hodinu a 25 minut. Celý přepis obsahuje 5996 znaků.

Popište prosím Vaše dosavadní získané vzdělání a délku praxe na ZOS.

Vystudovala jsem obor zdravotnický záchranář na vyšší odborné škole a ihned po ukončení studia jsem šla pracovat na ZOS na kterém pracuji pátým rokem

Pracoval/a jste před současnou praxí na ZOS i v jiném zdravotnickém zařízení, případně jako zdravotnický záchranář?

Ne, nikde jsem nepracovala. Měla jsem zkušenosti pouze z povinné praxe v nemocnici a na záchrance. Čili mnoho zkušeností jsem si sebou na ZOS nepřinesla. Dalo by se říci, že jsem začínala jako nepopsaný list papíru.

Máte v současnosti ještě nějaký jiný pracovní poměr, pokud ano, jak moc přispívá k Vaší současné práci na ZOS?

Nemám, ale chtěla bych mít aspoň třeba dohodu někde na urgentním příjmu a moct si občas sáhnout na pacienta a osvěžit si klinickou praxi

Jak těžké pro vás bylo naučit se práci dispečera?

No, bylo to něco úplně jiného než se na praxi a ve škole učit být záchranář. Člověk si musí zvyknout, že na pacienta nevidí a že si ho musí jen představovat. Nejtěžší na celém zaučování bylo asi nabírání samotných hovorů. Musela jsem se naučit s volajícími komunikovat. Využila jsem hodně z předmětu komunikace, kdy jsem si nejdoudu vzpomněla na naši profesorku, která nám do nekonečna říkala, že hlavně musíme zachovat klid a profesionalitu když na nás začne někdo být vulgární nebo když je někdo třeba nedoslýchavý a musí se mu otázka klidně i 5krát opakovat. Když je člověk hned po škole tak nemá mnoho

zkušeností s klinickou praxí a je pro něj tím pádem i těžší určovat naléhavost stavu a zezачátku když pracuje už bez dohledu školitele často události spíše nadhodnotí protože se nechá jakoby strhnout volajícím, který říká „honem rychle přijed'te, mě se tady dusí dcera“ a přitom je to s nadsázkou řečeno „jen“ 10ti letá holčička, která má několik dnů rýmu. Pak ale na druhou stranu nesmí člověk zanedbat hovor, kdy mu volající řekne „no já tady mam manžela a ono se mu hůř dýchá“ a z takového hovoru může být výjezd k pacientovi se závažnou dušností způsobenou třeba plicním edémem. Tomuto všemu lze předejít tím, že člověk položí správnou otázku a tím může eliminovat chybu v určení naléhavosti. Ovšem toto kladení správných otázek je právě asi to nejtěžší. Naučit se kdy se na co zeptat. Kromě příjmu hovorů je důležité naučit se, znát místopis té oblasti, ve které se nacházejí volající – protože i tím lze předejít různým fatálním chybám.

Která část hovoru pro Vás bývá nejsložitější?

Těžko říct. U každého hovoru bývá něco jinak a to co u jednoho je to složité u druhého jednoduché. Ale dejme tomu, že je pro mě asi nejsložitější, když přijímám hovor od člověka, který se nevyzná v tom místě, kde se nachází. Má třeba nějaký úraz a rezolutně odmítá spolupracovat v tom, aby mi řekl adresu. Snažím se ty lidi vždycky nějak motivovat „ pojd'te, budu s vámi na telefonu, vy mi přečtete název ulice, kde jste a já vám hned pošlu sanitku, která vás vezme na vyšetření, ale teď prosím pojd'te, vím že vás ta ruka bolí, ale nebojte, zvládnete to“ a když pak je i přes tuhle moji veškerou snahu volající sprostý a nadává mi, že jsem blbá kráva, která není schopná mu poslat sanitku tak to je pro mě nejsložitější.

Pamatujete si na svou první resuscitaci po telefonu, a jak na Vás působí TANR dnes?

Pamatuju. Byla velmi náročná. Ještě teď si živě vybavuju, jak jsem se u toho klepala jak osika. Naštěstí volající byl dobře komunikující a společnými silami se nám podařilo včas zahájit komprese hrudniku – ačkoli pán měl teprve „jen“ závažnou bradykardii, ale už byl v hlubokém bezvědomí a téměř nedýchal. No a teď už je to pro mě po těch pár letech rutina, teda když jde o dospělého. U TANRu dítěte se klepu ještě teď, ale to i spousta mých zkušených kolegů a kolegyň.

Ovlivňuje Vás při Vaší práci počet směn (kumulace více sužeb bez delšího volna) a denní doba (denní x noční směna)?

Ovlivňuje. Hodně. Když máme třeba šest služeb v jednom týdnu tak je to dost náročné, hlavně na tu trpělivost, nejen při komunikaci s volajícími, ale i při komunikaci s posádkami a s nemocnicemi. Nechci nijak zlehčovat nebo zesměšňovat potíže lidí, kteří volají na tísňovou linku, ale když člověk sedí několikátou službu v kuse a nabírá samé bolesti břicha trvající týden a víc, teploty a jiné stavy které by se daly řešit s praktikem a oni zavolají v sobotu ve dvě ráno, tak je to dost vyčerpávající a hlavně frustrující. No a pak když zavolá někdo, kdo naši pomoc opravdu potřebuje tak je těžší hodit se zpátky do toho „správného záchrannářského módu“ a dát do hovoru všechno. To pak ani nemívám takovou tu radost, když někomu opravdu pomůžu – když třeba naberu TANR a celá KPR se povede a ten pacient má obrovskou šanci na plnohodnotný život a já vím, že beze mě by umřel. A noční směny jsou pro mě lepší než denní. O noční sice volá víc opilců a sprostáků, ale dá se s nimi pracovat, protože na to je víc času (teda jak kdy ☺). No a z vlastní zkušenosti mohu jedině potvrdit, že když máme víc služeb v kuse tak tu poslední bývá nejvíc stížností a lidově řečeno průserů.

Vzpomenete si na nějaký hovor nebo hovory o kterých by se dalo říct že na ně nikdy nezapomenete?

Hovor, na který nezapomenu? Asi ten kdy pán na ulici náhle zkolaboval, kolemjdoucí paní ihned zavolala 155, v blízkosti bylo k dispozici AED a ještě před příjezdem posádek byl pán při vědomí a ptal se paní, jestli může jít domů ☺

Co je podle Vás největším specifikem práce no ZOS, oproti ostatním zdravotnickým profesím?

Největším specifikem na této práci je podle mě to, že operátor musí pracovat pouze s tím, co slyší. Na pacienta nevidí a nemůže si na něj sáhnout což ostatní zdravotníci mohou, ba přímo musí. Zezačátku to je pro každého mladého záchránáře dost frustrující, ale časem si člověk zvykne. Pak by se dalo říci, že tahle práce je specifická v tom, že člověk ačkoli je zdravotník musí umět pracovat s mapou. To záchránáři v terénu nemusí, měli by, ale nemusí. Operátor

se musí umět v mapě orientovat a musí vědět, jak vypadá třeba pohoří na „kreslené“ mapě, musí vědět, že občas je nutné přepnout si mód té mapy z grafické na fotografickou. Musí se v té mapě umět zorientovat tak aby pacienta, který neví zcela přesně, kde je dokázal rychle najít a poslat mu pomoc. Tyhle zeměpisný věci a práce s mapou jsou podle mě dost specifický pro každý kraj. Třeba v Praze se operátoři orientují hlavně podle orientačních bodů, jako jsou obchodní centra, čísla lamp, názvy tramvajových zastávek atd. kdežto třeba ve středních Čechách se budou orientovat podle názvů vesnic a větších měst, u kterých se daná obec nachází, což je velmi důležité protože v jednom kraji může být víc vesnic se stejným názvem a přitom ty obce jsou každá na jiném konci kraje. A čím je člověk na ZOSu déle, tím snadnější je pro něj měnit se buď v dispečera, nebo operátora.

Když máte náročnou službu, nebo náročný hovor, jakým způsobem se odreagováváte?

Po náročné službě si jdu třeba zaběhat nebo zaplavat. Když je venku nevlídné počasí, tak si udělám dobrý čaj a čtu si nějakou pěknou knížku, prostě se věnuju něčemu úplně jinému. A po náročném hovoru se jdu třeba projít na chodbu, nebo si přiměřeně nahlas verbálně ulevím.

Rozhovor číslo 2

Rozhovor trval 42 minut čistého času. Celkový přepis rozhovoru trval 58minut. Přepis rozhovoru obsahuje 5833 znaků.

Popište prosím Vaše dosavadní získané vzdělání a délku praxe na ZOS.

Původně jsem vystudovala střední zdravotnickou školu, následně specializační vzdělání ARIP a během práce na dispečinku jsem si dodělala vysokoškolské vzdělání v oboru zdravotnický záchranář. Na ZOS pracuji 10let.

Pracoval/a jste před současnou praxí na ZOS i v jiném zdravotnickém zařízení, případně jako zdravotnický záchranář?

Před nástupem na ZOS jsem pracovala 5let jako sestra na ARO a myslím si, že pro práci na ZOSu mě to moc neovlivňuje. Ano dokázala jsem si lépe v hlavě vyhodnotit určité urgentní stavy díky znalosti kliniky a tím pádem jsem brzy zjistila na jaké otázky a u jakých stavů se mám volajícího zeptat.

Máte v současnosti ještě nějaký jiný pracovní poměr, pokud ano, jak moc přispívá k Vaší současné práci na ZOS?

V současnosti pracuji jen na ZOSu a stačí mi to. Je to práce sama o sobě náročná, natož chodit ještě někam jinam.

Jak těžké pro Vás bylo naučit se práci dispečera?

No popravdě řečeno, žádný med to nebyl. Bylo těžké si zvyknout na to, že v krátkém čase se musím zeptat jen na několik málo důležitých otázek a pak se rozhodnout kdo a na jakou naléhavost tam pojede. Oproti práci v nemocnici je to úplně něco jiného. Člověk se postupně učí zapisovat v rychlosti adresu, do toho musí poslouchat, co mu člověk říká a ještě přemýšlet na co se ho zeptat. Začátek je fakt mazec. Pak přijde okamžik, kdy začne pod dohledem školitele nabírat první hovory. Nejistým hlasem se poprvé představí „Záchranná služba, tísňová linka dobrý den, jak vám mohu pomoci?“ a pak jet dál až do ukončení hovoru. Čím víc výzev nabere nováček v zácviku tím líp se mu pak začne pracovat bez dohledu. Pod dohledem je dobrý to, že se můžeš kdykoli obrátit na školitele a

naznačit, že si nevíš s hovorem rady a on ho za tebe dokončí, později už to tak jednoduché není. Měla jsem super školitelku, která mi vždycky po každém hovoru řekla co jsem udělala dobře a co špatně, takový krátký debriefing a to mi pomohlo se rychleji adaptovat a naučit se pracovat samostatně. Samotné operační řízení je pak vcelku jednoduché se naučit oproti přijímání a vyhodnocování výzev, které je tak specifickou činností.

Která část hovoru pro Vás bývá nejsložitější?

Za nejsložitější část hovoru považuju zjišťování stavu. Většina lidí, kteří k nám volají, sice řeknou co jim je ale i tak se musím prokousat tím co je vlastně tím největším problémem, kvůli kterému volají záchranku. Jiné je to třeba u dopravních nehod – tam je nejsložitější ta organizace činností na místě. Často tam bývá hluk a lidi mě špatně slyší. Pak je důležité jim dávat jednotlivé pokyny postupně „vezměte si reflexní vestu! Už ji máte? Výborně! Vezměte výstražný trojúhelník a běžte označit místo nehody a hlavně dávejte pozor, aby Vás někdo nesrazil a pak se vraťte ke zraněnému! Už jste to udělal? Výborně, sanitka je na cestě a teď musíme pomoci zraněnému! Už jste u něj? A tak dále. Pak je něco jiného, když nabírám třeba úraz dítěte. Maminka nebo tatínek, kteří nám volají, bývají ve velkém stresu, křičí, neposlouchají, pořád dokola opakují „sakra neptejte se na blbosti a pošlete sanitku“ tam je potřeba vysvětlit jim že hned jak mi řekli adresu a jméno dítěte tak že ta sanitka vyrazila a že teď mi musejí říct jak je na tom jejich dítě, jestli je při vědomí a jestli dýchá normálně a jak je vlastně zraněné. Je prostě potřeba mít s nimi trpělivost, mluvit klidně a dát jim tóninou hlasu najevo, že jsem s nimi a že jim pomůžu

Pamatujete si na svou první resuscitaci po telefonu, a jak na Vás působí TANR dnes?

Na úplně první TANR si asi nevzpomenu, ale určitě to byl silný zážitek a určitě jsem se bála, jestli dělám a říkám všechno tak jak se to dělat a říkat má. Dneska je pro mě TANR běžnou součástí práce. Beru to jako každý jiný hovor. Dávám do toho vše, v duchu fandím tomu pacientovi aby to zvládnul a jsem ráda za každého volajícího, který spolupracuje. A i když nespolupracuje, tak už vím a umím udělat vše pro to, abych já byla paní situace a abych já byla ten šéf, který rozdává příkazy.

Ovlivňuje Vás při Vaší práci počet směn (kumulace více sužeb bez delšího volna) a denní doba (denní x noční směna)?

Po těch dlouhých letech co tady pracuji už mi to nijak zvlášť nepřijde. Samozřejmě je jiné když pracuju první službu po volnu. To bývám taková jako čerstvá a nabírají se mi ty hovory úplně jinak, než když jsem v práci pátý den. Noční služby jsou pro mě peklo. Nikdy jsem nebyla noční tvor a ani teď nejsem. Vadí mi pak takové to jak se musím po noční konvertovat zpátky na život ve dne. Ovlivňuje to hlavně můj organismus a spánkový režim. Ale jak jsem řekla na začátku, po těch dlouhých letech už mi to ani nijak zvlášť nepřijde. Už jsem si na to zvykla ☺.

Vzpomenete si na nějaký hovor nebo hovory o kterých by se dalo říct že na ně nikdy nezapomenete?

Takových hovorů je spousta. Jsou mezi nimi vtipné, ale i smutné. Mezi vtipné by se dal zařadit ten kdy velmi časně nad ránem volal pán a říkal „Dobrý den nám tady doma praskla voda“ a já mu odpověděla, že jestli jim praskla voda, tak musejí volat na nějakou technickou službu, která jim to přijede opravit. Po pár vteřinách začala do telefonu mluvit jeho partnerka, smála se a říkala „Omlouvám se, on to manžel řekl špatně chtěl říct, že mi praskla plodová voda a že budu brzo rodit“. No a mezi ty smutné bych zařadila mou první resuscitaci malého dítěte, která bohužel dopadla fatálně, což jsem dle informací věděla už po zahájení TANRu, ale nešlo těm rodičům nedat šanci a celou dobu jsem sama doufala, že prcek to zvládne ☺.

Co je podle Vás největším specifikem práce no ZOS, oproti ostatním zdravotnickým profesím?

Za největší zvláštnost oproti jiným zdravotnickým profesím považuju to, že jsem zdravotník bez pacienta, nevidím na něj a kolikrát s ním ani nemluvim, protože za něj volá někdo jiný. Pak bych ještě řekla, že specifikem je ten hrozně moc omezený čas, který na pacienta máme. Nejde se s ním vykecávat půl hodiny a pak poslat sanitku když vím, že ho bolí na hrudníku, to by za tu půl hodinu už nemusel být mezi námi. Tato práce je taky specifická v tom, že ji dělá víc ženských než chlapů. Možná to je tím že my ženský se dokážeme soustředit na víc

věcí najednou. Najdeme mezi sebou samozřejmě i chlapy dispečery, ale je jich jak šafránu a stejně po nějakém čase odcházejí do terénu.

Když máte náročnou službu, nebo náročný hovor, jakým způsobem se odreagováváte?

Hovory bývají náročné, ale ne tak, že bych se musela zvednout a odejít se někam vyplakat nebo vypovídat. No a po náročné službě? Odreagování je spousta. Nejčastěji asi volím spánek. Když se pořádně vyspím tak se věnuji domácím pracím, čtení, procházkám, posezení s přáteli nebo jdu třeba do kina na nějaký hezký film.

Rozhovor číslo 3

Rozhovor trval 49 minut čistého času. Celkový přepis rozhovoru trval 1 hodinu. Přepis rozhovoru obsahuje 2538 znaků.

Popište prosím Vaše dosavadní získané vzdělání a délku praxe na ZOS.

Magisterské vzdělání, nástavba ARIP, praxe na ZOS 16 let

Pracoval/a jste před současnou praxí na ZOS i v jiném zdravotnickém zařízení, případně jako zdravotnický záchranář?

Před nástupem na ZOS jsem pracovala nejprve jako sestra na ARO a později jako sestra ve výjezdové skupině RLP

Máte v současnosti ještě nějaký jiný pracovní poměr, pokud ano, jak moc přispívá k Vaší současné práci na ZOS?

Nyní jiný pracovní poměr nemám. Stačí mi práce, kterou dělám. Občas jdu pomoci se školením dětí, ale jinak jinou práci nedělám.

Jak těžké pro Vás bylo naučit se práci dispečera?

Naučit se práci dispečera pro mne bylo snadné, jsem učenlivá a před lety když jsem nastupovala, bylo méně volajících a tím pádem mohu říci, že naučit se pracovat na ZOS bylo snadnější. Bylo na vše více času, provoz nebyl tak přetížený jako dneska a i díky tomu jsem se perfektně naučila operační řízení. Při nabírání prvních výzev jsem znalosti z praxe v nemocnici moc nevyužívala, spíše jsem využívala to, co jsem se naučila, když jsem jezdila na autě.

. Která část hovoru pro Vás bývá nejsložitější?

Lokalizace. Kraj, ve kterém pracuji má mnoho specifických lokalit, a častokrát je velmi těžké se v nich orientovat. Navíc při naší profesi, kdy se musíme spoléhat pouze na to, co slyšíme, jsou informace o lokalizaci zásadní, protože když nevíme kam máme pomoc poslat tak ji poslat nemůžeme, i když víme že na místě se nachází pacient v kritickém stavu a to může být víc stresující než jakákoli jiná situace.

Pamatujete si na svou první resuscitaci po telefonu, a jak na Vás působí TANR dnes?

Nepamatuji si sice na první TANR, ale první resuscitaci v terénu ano. Pamatuji si ji proto, že šlo o mladého muže s náhlou zástavou oběhu při rodinné oslavě. Naštěstí vše dopadlo dobře. TANR na mě dnes působí jako rutina, mám vždy dobrý pocit z toho, že jsem někomu opravdu dala šanci přežít, že jsem někomu zachránila život, aniž bych na něj viděla, či se manuálně podílela na KPR. Oproti tomu TANR dříve na mě vždy působil, působí a bude působit velmi negativně.

Ovlivňuje Vás při Vaší práci počet směn (kumulace více sužeb bez delšího volna) a denní doba (denní x noční směna)?

Osobně mám raději více služeb v jednom kuse a pak dlouhé volno. Každopádně počet směn a denní doba mě ovlivňuje stejně jako všechny lidi, kteří pracují na směny. Sice jsem po více službách v kuse více unavená jak psychicky tak fyzicky, ale pak si o to lépe odpočinu a zrelaxuji se a mohu dát do své práce zase maximum. Za výhodu bych taky uvedla to, že se střídáme na postech operátorů a dispečerů. Operátorská práce, či-li nabírání je samozřejmě víc vyčerpávající než operační řízení, ale ne o moc. Jako dispečerka musím zase přemýšlet nad tím abych měla auta v rajonech, abych je posílala systematicky, abych si udržela dostatek volných posádek pro případ mimořádné události. Může se to zdát jako banalita, ale pro nás je to velmi důležité.

Vzpomenete si na nějaký hovor nebo hovory o kterých by se dalo říct, že na ně nikdy nezapomenete?

Vybavuji si jeden, kde šlo o dědečka, který doma upadl a nedokázal se sám postavit, aby otevřel dveře. Společně jsme se díky mému povzbuzování a nekonečné trpělivosti dostali ke dveřím, kde už čekala posádka RZP. Hnací motorem k motivaci pána bylo jeho slyšitelné zoufalství v hlase poté, co jsem mu řekla, že když se mu nepovede otevřít, budou muset přijet hasiči a budou mu muset ty dveře rozbít. Jeho radost, která se dostavila, když jsme po společném úsilí dveře otevřely, mne naplnila báječným pocitem z perfektně odvedené práce.

Záchranáři ho následně odvezli do nemocnice a prý jim celou cestu říkal ať moc poděkují té hodné paní na telefonu, která mu ušetřila velkou spoustu a peněz a starostí ohledně nových dveří.

Co je podle Vás největším specifikem práce no ZOS, oproti ostatním zdravotnickým profesím?

Za nejspecifičtější považuji umění komunikace, to jak si člověk musí získat u volajících důvěru, aby semnou spolupracoval a sdělil mi veškeré informace, které potřebuji, aniž bych pacienta viděla.

Když máte náročnou službu, nebo náročný hovor, jakým způsobem se odreagováváte?

Jako odreagování volím dlouhý spánek, sex, sledování televize, nebo jen tak sedět v tichu a na nic nemyslet.

Rozhovor číslo 4

Rozhovor trval 39 minut čistého času. Celkový přepis rozhovoru trval 50 minut. Přepis rozhovoru obsahuje 4831 znaků.

Popište prosím Vaše dosavadní získané vzdělání a délku praxe na ZOS.

Vzdělání mám vysokoškolské a na ZOSu pracuji 4 roky.

Pracoval/a jste před současnou praxí na ZOS i v jiném zdravotnickém zařízení, případně jako zdravotnický záchranář?

Bohužel ne, na dispečink jsem nastoupila ihned po ukončení vysoké školy.

Máte v současnosti ještě nějaký jiný pracovní poměr, pokud ano, jak moc přispívá k Vaší současné práci?

Ano mám, ve výjezdové složce. Jako hlavní přínos vidím to, že jako dispečerka jsem ještě nevyhořela a získala jsem možnost vidět práci dispečerek i z druhé strany a naplno využívám znalostí, které jsem získala při studiu na vysoké škole. Oproti tomu když mám službu na ZOSu se věnuji poskytování spíše laické první pomoci. Spojení práce na dispečinku a v terénu podle mě přispívá opravdu hodně k tomu abych byla dobrá v tom co dělám.

Jak těžké pro Vás bylo naučit se práci dispečera?

Asi jak co, ale mám-li vybrat to nejtěžší tak bych řekla, že to bylo naučit se komunikovat s volajícími. Na našem ZOSu je kromě komunikace s volajícími dost stěžejní činností umět „vodit“ (tak my říkáme operačnímu řízení) Hlavní při operačním řízení je umět si rozplánovat to kam které auto pošlu, musím nad tím přemýšlet dopředu a vždy musím zohlednit aktuální situaci. Tím myslím že vždy musím pamatovat na to, že událost na veřejnosti má přesnost před událostí v bytě, všechno tohle rozhodování samozřejmě ovlivňují i jednotlivé naléhavosti a taky takový ten majáček v hlavě že si nesmím vyplácnout poslední volné auto z oblasti na událost nejnižší naléhavosti. Dle mého názoru to, že člověk nad touto činností dokáže přemýšlet a posílat auta jaksi systematicky může přispět ke

zlepšení provozu a zároveň mezilidských vztahů. Tím myslím vztahů mezi posádkami a dispečerkami.

Která část hovoru pro Vás bývá nejsložitější?

Asi lokalizace místa události. Spousta lidí, kteří volají ZZS nevolá z domova a nevědí stoprocentně, kde se nacházejí a nedej bože, když jsou ve stresu a křičej a nechtějí se uklidnit.

Pamatujete si na svou první resuscitaci po telefonu, a jak na Vás působí TANR dnes?

Ano, na svůj první TANR si pamatuji. Ne přímo na hovor a co se stalo, ale spíš si pamatuji, jak jsem se klepala a byla nesvá, a jak jsem se bála, abych neřekla něco špatně. Teď už můžu říci, že TANR je pro mě jednou z nejjednodušších věcí na dispečerské práci. Má totiž svůj jasný přesný postup - jakmile vím, že na místě je někdo, kdo nereaguje a nedýchá tak ihned začnu pomáhat volajícím k tomu, abychom společně zachránili pacienta. Musím se vždy nějak fyzicky ukotvit, abych dokázala zachovat klid, dělám to třeba tak že si sednu rovně, oběma nohama se zapřu o zem a lokty o stůl, mám pak větší jistotu, že vše udělám opravdu dobře, i když jak už jsem řekla, je pro mě TANR jednou z nejjednodušších činností.

Ovlivňuje Vás při Vaší práci počet směn (kumulace více sužeb bez delšího volna) a denní doba (denní x noční směna)?

Ovlivňuje mě především kumulace více denních služeb v kuse. Od mala jsem spíše noční tvor a celkově se mi v noci pracuje lépe. Po několika denních jsem více unavená, více podrážděná a to má následovně vliv na moje výkony v práci.

Vzpomenete si na nějaký hovor nebo hovory o kterých by se dalo říct že na ně nikdy nezapomenete?

Asi nikdy nezapomenu na hovory, ve kterých je volajícím špatně rozumět, například jako ten hovor když jsem byla ještě v zácviku. Volala paní, které bylo rozumět opravdu špatně. Nakonec jsem se dozvěděla, že je kvadruplegik. Bylo slyšet, že opravdu potřebuje pomoc. Nejdříve nadiktovala adresu svého trvalého

bydliště. Jelikož si musíme pokaždé ověřit a potvrdit jestli se tam volající opravdu nachází tak paní najednou povídá, že na dané adrese není. To mě málem kleplo. Takže celý proces nabírání adresy od začátku. Nakonec jsme se dopracovali k tomu, že paní se nachází v domově důchodců. Když přijeli kolegové na místo tak chtěli odjet, protože paní nemohli najít a mě málem znova kleplo, protože jsem si myslela, že jsem adresu nabrala špatně a teď je někde chudák paní, která potřebuje pomoc, čeká na tu pomoc, ale ta pomoc se k ní nemůže dostat. Naštěstí vše dobře dopadlo, posádka paní našla a poskytla jí veškerou možnou pomoc. No a pak si vzpomínám na hovor z nedávné doby, který nabírala kolegyně a poprosila mě, jestli bych si ho mohla poslechnout, že se jí to moc nezdá, protože se tam ozývá jen divné chrčení a sípání. Obě jsme byly zoufalé, ale společnou snahou jsme našli historii volaného čísla, zjistili jsme adresu i jméno pacienta. Jelikož byl pán v opravdu špatném stavu, nebyl schopen mluvit, napadlo nás mu říci, aby klepnul sluchátkem, vždycky když řekneme pravdivou informaci - 2x klepnout jakože ANO, 1x klepnout jakože NE. Po opravdu dlouhé době nám pán odklepal adresu a podařilo se ho zachránit. ☺

Co je podle Vás největším specifikem práce no ZOS, oproti ostatním zdravotnickým profesím?

Za největší zvláštnost, specifikum považuji fakt, že na pacienta nevidím, musím se spoléhat pouze na to, co mi řeknou volající a okamžitě se rozhodovat jen na základě cizích slov. Další specifikum bych asi vybrala opět rozhodování. Rozhodování o tom kdo na místo události pojedje. Jestli na místě bude nutná přítomnost lékaře, nebo jen posádky RZP. Máme samozřejmě jasně dané stavy, kdy je neoddiskutovatelné že by lékař nejel (NZO, příznaky AIM, Akutní intoxikace, vážné dopravní nehody), ale pak občas nabírám něco a úplně se mi to nezdá jakože by tam měli jet jen záchranáři a tak tam pošlu i lékaře – v takových případech jednám spíš intuitivně. Někdy se trefím, někdy je lékař zrušen ještě před příjezdem na místo a tím pádem je k dispozici pro další pacienty.

Když máte náročnou službu, nebo náročný hovor, jakým způsobem se odreagováváte?

Po náročném hovoru se třeba zvednu z pracoviště, jdu si zanádat, pokecám o tom s kolegyní, jdu se projít a pak se zase vrátím a pracuju dál. No a

po náročné službě si dopřeju společné chvíle s přítelem, nebo si dám pivo a nebo si pustím nějaký dobrý film.

Rozhovor číslo 5

Rozhovor trval 35 minut čistého času. Celkový přepis rozhovoru trval 55 minut. Přepis rozhovoru obsahuje 3180 znaků.

Popište prosím Vaše dosavadní získané vzdělání a délku praxe na ZOS.

Studovala jsem střední zdravotnickou školu, poté vyšší odbornou školu obor diplomovaný zdravotnický záchranář a pak vysokou školu - urgentná zdravotná starostlivost'. Na ZOS pracuju 9 let.

Pracovala jste před současnou praxí na ZOS i v jiném zdravotnickém zařízení, případně jako zdravotnický záchranář?

Při škole jsem pracovala na oddělení léčebny dlouhodobě nemocných a pak na ARO.

Máte v současnosti ještě nějaký jiný pracovní poměr, pokud ano, jak moc přispívá k Vaší současné práci na ZOS?

První dva roky co jsem nastoupila na ZOS jsem měla ještě částečný úvazek na ARO, ale postupně jsem to přestala časově a hlavně psychicky zvládat. Chvíli mi to přišlo super, ale jak jsem byla víc a víc vyčerpaná tak spíš než přínos pro mě ARO bylo přítěží.

Jak těžké pro Vás bylo naučit se práci dispečera.

Mohu říci, že to pro mě bylo velmi těžké protože to bylo něco úplně jiného než na co jsem byl zvyklá a hlavně to bylo něco na co nás ve škole nepřipravovali.

Která část hovoru pro Vás bývá nejsložitější?

Nemám ráda, když volajícimu trvá, než se vyjádří. Když ho chci přerušit a zeptat se na to proč tedy volá TEĎ a co má TEĎ za obtíže a on mi ještě vynadá, že ho přerušuju a pokračuje ve vypravování a zdržuje tím celý proces nabírání hovoru. No a pak když opravdu jde o vteřiny a volající není schopen říci mi, kde se nachází, když na mě křičí ať si nechám blbé dotazy a ať už tu sanitku sakra pošlu.

Pamatujete si na svou první resuscitaci po telefonu, a jak na Vás působí TANR dnes?

Na úplně první TANR si nevzpomenu, je to přeci jen už hodně dlouho ☺. Dnes na mě TANR působí jako naprosto dokonalá věc. Obdivuju ten nápad, obdivuju to, jak tento systém funguje a i to jak jsou lidé ochotni pomáhat díky jednoduchým instrukcím. Také mě hodně baví to, že díky TANRu jsem dala už opravdu velké spoustě lidí šanci na další plnohodnotný život, ačkoli ne vždy to pacient přežil. Myslím si že TANR může pomoci i jiným lidem než těm kteří jsou resuscitováni - třeba když jde o mladého člověka (což je vždycky smutná událost), který může svými orgány pomoc někomu dalšímu (když se ho tedy nepodaří zachránit).

Ovlivňuje Vás při Vaší práci počet směn (kumulace více služeb bez delšího volna) a denní doba (denní x noční směna)?

Rozhodně ano. Osobně mám radši denní směny. Když mám více služeb bez volna tak na sobě vždycky cítím, jak ztrácím trpělivost a empatii vůči volajícím. Poslední službu před volnem mám na sobě vyzorované, že mě dokáže otrávit každý hovor, ve kterém se nejedná o opravdu akutní stav nebo třeba i jen když se chce volající „jen zeptat co má dělat když...“.

Vzpomenete si na nějaký hovor nebo hovory o kterých by se dalo říci, že na ně nikdy nezapomenete?

Takových hovorů je opravdu spousta. Vyzdvihla bych asi hovor, kdy se jednalo o překotný porod a tatínek vyděšeně - opravdu vyděšeně popisoval, že z jeho paní kouká něco divného - byla to nožička. Miminko šlo ven koncem pánevním, s čím rodiče nepočítali. Naštěstí se povedlo je oba uklidnit a

společnými silami se podařilo porodit krásné zdravé miminko. Ten okamžik kdy, začalo plakat mi vehnal slzy do očí rozbřečela jsem se společně s tatínkem, který fantasticky spolupracoval, a hned na to jsem slyšela, že posádka dorazila na místo a převzala péči do svých rukou.

Co je podle Vás největším specifikem práce na ZOS, oproti ostatním zdravotnickým profesím?

Každý jiný zdravotník na „svého“ pacienta vidí. Já ne. Čili asi za největší specifikum považuju to, že pomáhám lidem, aniž bych na ně viděla, a že se musím spoléhat jen a jen na své otázky a na to jak mi na ně volající odpoví.

Když máte náročnou službu, nebo náročný hovor, jakým způsobem se odreagováváte?

Naučila jsem se netahat si práci domů, takže po náročné službě když přijedu tak si lehnu na gauč a asi hodinu tupě zírám do mobilu, nebo koukám na televizi a pak jsem teprve schopna jít něco dělat. A v práci po náročném hovoru se odreaguju třeba tím, že bouchnu sluchátkem, nadávkou, podělím se o „zážitek“ s kolegyněmi. Po náročné noční jdu spát ☺.

Rozhovor číslo 6

Rozhovor trval 45 minut čistého času. Celkový přepis rozhovoru trval 50 minut. Přepis rozhovoru obsahuje 4173 znaků.

Popište prosím Vaše dosavadní vzdělání a délku praxe na ZOS.

Vystudovala jsem střední zdravotnickou školu a následně 3. LF UK, bakalářský obor Všeobecná sestra. Na dispečinku pracuji 9let.

Pracoval/a jste před současnou praxí na ZOS i v jiném zdravotnickém zařízení, případně jako zdravotnický záchranář?

Tři roky jsem pracovala na standardním interním oddělení a na metabolické jednotce.

Máte v současnosti ještě nějaký jiný pracovní poměr, pokud ano, jak moc přispívá k vaší současné práci na ZOS?

Za pracovní poměr to nelze považovat, ale doma jsem naplno zaměstnaná svým malým synem ☺. Jinak jiný úvazek nikde nemám.

Jak těžké pro Vás bylo naučit se práci dispečera?

Práci jako takovou - nabírání výzev, operační řízení a avizování pro mě nebylo nic zvlášť těžkého. Těžké bylo zvyknout si po předchozí praxi na oddělení v nemocnici na to, že pacienta nevidím, že s ním nejsem v přímém kontaktu.

Která část hovoru pro Vás bývá nejsložitější?

Nejsložitější během hovoru pro mě je ta část, než pacient vyjádří, co vlastně potřebuje a proč nám zavolal. Dále jsem na nervy když nastane nestandardní situace - křičící, vystresovaný volající, kterého nelze „překřičet“ aby mě poslouchal, pak když na telefonu je někdo kdo opravdu špatně slyší a musí se jim jedna věc opakovat několikrát a ještě si musíme ověřit, jestli opravdu slyšeli to co jsme jim sdělili. Cizinci, Romové a pak takový ty stěžovatelé, kteří si melou jen tu svou a nechtějí poslouchat obsah mého sdělení a nabídnutí jakékoli pomoci.

Pamatujete si na svou první resuscitaci po telefonu, a jak na Vás působí TANR dnes?

Jejda, první resuscitace? Na tu si asi nevzpomenu. Ale mohu říct, že kdykoli dnes zahájím s volajícími TANR tak jsem vděčná té chytré osobě, která ho vymyslela ☺. Vždycky samozřejmě záleží na těch „provaděčích“ na místě události. Ale s tím se dá dost dobře pracovat, protože když někdo opravdu chce pomoci druhému, klidně i úplně neznámému člověku tak si nechá poradit. Poslouchá vše co mu říkám dělá to co mu říkám, dává instrukce dalším lidem na místě když jsou k dispozici a díky tomuto záchrannému řetězci se dobrá věc podaří. Pak člověk může s klidným srdce odejít domů a ví, že to co dělá má smysl. Horší je když je situace přesně naopak, to je pak tak nepopsatelný pocit bezmoci, že i přes veškeré snahy pomoc nelze.

Ovlivňuje Vás při Vaší práci počet směn (kumulace více služeb bez delšího volna) a denní doba (denní x noční směna)?

Ovlivňuje mě hlavně nepravidelný cyklus služeb. Jelikož jak jsem zmínila, mám malé dítě, tak na ZOSu nejsem na plný úvazek a tím pádem nemám pravidelně služby tak jako jsem mívala před tím, než jsem se stala matkou a teď bojuji spíš než s únavou s tím, jak zorganizovat služby a péči o domácnost. Každopádně když si vzpomenu na dobu před narozením syna tak mě kumulace více služeb ovlivňovala poměrně zásadně. Když jsem měla více služeb v kuse tak jsem pociťovala větší únavu, horší pracovní nasazení a doma to taky pak stálo za nic..

Vzpomenete si na nějaký hovor nebo hovory o kterých by se dalo říci že na ně nikdy nezapomenete?

Když se zeptáte takhle tak se mi vybaví asi jen ty úsměvnější hovory. Například když staričký pán zavolal, představil se, omluvil se, že volá a řekl mi že chtěl dnes jen někomu zlepšit náladu a popřál mi krásný slunečný den, opět pozdravil, rozloučil se a zavěsil ☺, to si pak člověk říká, že slušnost ještě nevyumřela a ten den se mi opravdu pracovalo lépe. Pak si vybavím třeba hovory kdy jsem se já nebo volající nějak vtipně přehráli (Dobrý den záchranná služba

tísňová Lenka ... Lenka? Já chtěla sanitku tak to jsem se asi dovolala špatně, No ona maminka je ta, no jak se tomu říká tachykardioložka) a podobné přerěky ☺. Ovšem i přes všechny tyto veselejší okamžiky nezapomenu na hovor, kdy podle hlasu volal mladý muž v sobotu opravdu brzo ráno a oznamoval, že vedle sebe našel zemřelou manželku a že neví co má dělat protože ve vedlejším pokoji mu spí dvě malé děti ☺.

Co je podle Vás největším specifikem práce na ZOS, oproti ostatním zdravotnickým profesím?

Sestra nebo záchranář, který pracuje na ZOS musí mít zvlášť dobrý sluch, dobrou představivost a být mistr asertivity. Jelikož při naší práci na pacienta nevidíme, tak jsou tyto schopnosti dle mého názoru největším specifikem oproti jiným zdravotnickým profesím, kdy zdravotníci musejí, nebo by alespoň měli být fyzicky zdatní, mít schopnost slušně vystupovat a verbálně, ale i nonverbálně komunikovat. My dispečeri jsme „slepí“ tak musíme umět dobře naslouchat a asertivně jednat.

Když máte náročnou službu, nebo náročný hovor, jakým způsobem se odreagováváte?

Po náročné službě, at' už jsem po směně kdy celých 12h přijímám a vyhodnocuji výzvy, nebo kdy 12h avizuji do nemocnic nebo po směně, kdy se 12h v kuse musím soustředit na strategii posílání aut, prostě po každé směně potřebuju alespoň hodinku pro sebe. Hodinku kdy na mě nikdo nemluví, nikdo po mě nic nechce a syn mi nevisí na krku. Díky partnerovi tuto hodinku mívám tak často jak jen to jde. A když to nejde? Nic se neděje, vykompenzuji si to jinak.

Rozhovor 7 (Respondent 7)

Žena, zdravotnický záchranář. Praxe na ZOS 13 let.

Rozhovor číslo 7

Rozhovor trval 32 minut čistého času. Celkový prepis rozhovoru trval 52 minut. Prepis rozhovoru obsahuje 3933 znaků.

Popište prosím Vaše dosavadní získané vzdělání a délku praxe na ZOS.

Jsem všeobecná sestra, kterou jsem studovala na střední škole a později jsem udělala DiS jako zdravotnický záchranář. Na ZOSu pracuju 13 let

Pracovala jste před současnou praxí na ZOS i v jiném zdravotnickém zařízení, případně jako zdravotnický záchranář?

Na dispečink jsem nastoupila hned po ukončení školy, ale pak jsem nějaký čas fungovala jako sestra v systému RLP. Poté, co jsem založila rodinu, jsem se po mateřské dovolené vrátila už jen na ZOS.

Máte v současnosti nějaký jiný pracovní poměr, pokud ano, jak moc přispívá k Vaší současné práci na ZOS?

Už několik let pracuji jen na ZOS a kvůli dětem ne na plný úvazek.

Jak těžké pro Vás bylo naučit se práci dispečera?

Když jsem nastupovala tak to byl jistý šok, do čeho jsem se to pustila, ale s odstupem času musím říct, že to nebylo vůbec špatné rozhodnutí. Když vidím v jakém presu se zacvičují nové kolegyně a kolegové dneska tak tenkrát to byla brnkačka. Samozřejmě bylo těžké si zvyknout, že nejsem u pacienta, že se musím naučit vhodně formulovat otázky a pokládat je ve správnou chvíli. Pak jsem se taky musela naučit operační řízení což zase oproti dnešní době bylo tenkrát taky mnohem snadnější. Systém nebyl tolik zatížený a bylo víc času na rozhodování, ale zase to celé fungovalo jinak než dneska. Tenkrát to bylo rozhodně jednodušší

než dnes.

Která část hovoru pro Vás bývá nejsložitější?

Nejhorší část hovoru je pro mě ta, když volající mluví a mluví a mluví, nelze ho přerušit a vlastně celkově ten proces než se člověk dobere toho, proč pán nebo paní vlastně volají linku 155.

Pamatujete si na svou první resuscitaci po telefonu, a jak na Vás působí TANR dnes?

Na svůj první TANR si nepamatuju, ale když ho dělám nyní tak na mě nepůsobí nijak zvláště. Když pomáhám dospělému, tak je to rozhodně jednodušší než když vedu TANR dítěte. U dětí je příčina zástavy téměř vždy nejasná a pokud se nejedná o spatřený kolaps, je bohužel velmi malá pravděpodobnost, že se dítě podaří zachránit a to člověka dokáže pomyslně srazit na kolena aniž by chtěl. Ale když se dítě podaří zresuscitovat je to neskutečný pocit. Naštěstí děti neresuscitujeme tak často jako dospěláky.

Ovlivňuje Vás při Vaší práci počet směn (kumulace více služeb bez delšího volna) a denní doba (denní x noční směna)?

Kdysi mi bylo jedno, kdy jsem byla v práci, jestli ve dne nebo v noci. Teď už to vnímám jinak. Ve dne jsem radši, když mohu být v sekci operačního řízení, když nemusím přijímat hovory, ale ne vždy se tomu lze vyhnout, rozhoduje o tom vedoucí směny. V noci volá sice méně lidí, ale zase těch méně lidí bývá pod vlivem alkoholu, jsou na nás vulgární, je s nimi špatná domluva a člověk je pak vyčerpanější, než po denní službě a pak když máme víc takovýchto služeb v kuse tak to odnáší moji blízcí, protože jsem nervózní a unavená. Takže ano kumulace služeb i denní doba mě rozhodně ovlivňuje

Vzpomenete si na nějaký hovor, nebo hovory o kterých se dá říct že na ně nikdy nezapomenete?

Vzpomínám si na hovor, kdy volala totálně zoufalá žena z rodinného domku, plakala a bylo jasné, že bude potřebovat naši pomoc. V prvních minutách nebyla schopna říct adresu. Po chvíli jsem ji přesvědčila k tomu, aby se uklidnila, řekla mi adresu, a co se stalo. Sdělila mi, že je uvězněná v domě a v náruči má postřeleného syna a muž - střelec se nachází kdesi v domě. Jako

první krok jsem ji slíbila, že okamžitě posílám policii. Ta dorazila na místo vcelku rychle a zajistili bezpečný vstup pro naše posádky které jejímu synovi pomohli. Paní po nějakém čase poslala krásné poděkování. Na tento hovor opravdu nikdy nezapomenu, byl dlouhý, náročný a celou dobu jsem to hrozně moc prožívala s tou paní.

Co je podle Vás největším specifikem práce ZOS, oproti ostatním zdravotnickým profesím?

Rozhodně za největší specifikum považuji to, jak člověk musí umět komunikovat s volajícími. Nevidíme na ně, neznáme je, nemůžeme se na ně podívat, vzít je za ruku a říct jim tak a teď mi prosím v klidu řekněte, copak se stalo. S volajícími je všeobecně složitá komunikace protože když volají tísňovou linku tak mají nějaký problém a hledají někoho kdo jim ho pomůže vyřešit a my se nechcíc stáváme tím prvním hromosvodem, který jejich špatné psychické rozpoložení schytá. Proto je u nás operátorů a dispečerů umění komunikace to nejdůležitější a nejspecifičtější co musí zdravotník umět, oproti jiným zdravotnickým profesím.

Když máte náročnou službu, nebo náročný hovor, jakým způsobem se odreagováváte?

Ve službě po náročném hovoru se nijak zvlášť neodreagovávám, nejde to, protože máme tolik práce, že nelze říct kolegyním a kolegům, hele tenhle hovor byl fakt zlej, jdu se odreagovat. Ale po náročné službě vím, že mi zaručeně pomůže klid, ticho a trocha dobrého vína před spaním.

Rozhovor číslo 8

Rozhovor trval 40 minut čistého času. Celkový přepis rozhovoru trval 58 minut. Přepis rozhovoru obsahuje 2799 znaků.

Popište prosím Vaše dosavadní vzdělání a délku praxe na ZOS.

Vystudovala jsem střední zdravotnickou školu a poté jsem si udělala specializaci ARIP. Na ZOS pracuji čtyři roky.

Pracovala jste před současnou praxí na ZOS i v jiném zdravotnickém zařízení, případně jako zdravotnický záchranář?

Ano, pracovala jsem jako zdravotní sestra na jednotce intenzivní péče koronární jednotky 7 let a předtím 4 roky na oddělení kardiologie.

Máte v současnosti ještě nějaký jiný pracovní poměr, pokud ano jak moc přispívá k Vaší současné práci?

Nemám. Když jsem na ZOSu pracovala asi dva roky tak jsem si chtěla vzít dohodu na nějakém JIPu, abych se mohla alespoň někde udržovat v teoretické i praktické kondici, ale rozmyslela jsem si to, poněvadž by to bylo časově velmi náročné.

Jak těžké pro Vás bylo naučit se práci dispečera?

Těžké. Až teprve po roce práce na ZOS jsem si začala být jistá každým hovorem, kterým jsem přijmula a do teď si uvědomuji, že s každým hovorem se učím něco nového. Navíc jsem taková, že i nyní si občas nevím rady a ptám se zkušenějších kolegyně jak mám situaci vyřešit. Kdybych je kolem sebe neměla, asi bych nedokázala pracovat tak dobře.

Která část hovoru pro Vás bývá nejsložitější?

Rozhodně je to lokalizace. Vždycky myslím hlavně na to, aby sanitka dojela na správné místo.

Pamatujete si na svou první resuscitaci po telefonu, a jak na Vás působí TANR dnes?

Ano, vybavuji si ji jako by to bylo včera, ačkoli je to už čtyři roky. Pamatuju si že to byl spatřený kolaps na ulici, vybavuju si i to že volající popisoval, že pán má vedle sebe hůlku, že upadl, čímž vlastně hovor začal. Bez stresu dnes TANR zvládám dobře, pokud volající je alespoň trochu lucidní. Výjimkou pak jsou určitě situace, kdy jde o TANR dítěte či TANR u vážné dopravní nehody nebo jiného trauma. V takových situacích cítím a vždycky budu cítit obrovský respekt k zachraňujícím, kteří jsou na místě, a mou bezmoc. Vždycky v hlavě fandím a modlím se.

Ovlivňuje Vás při Vaší práci počet směn (kumulace více služeb bez delšího volna) a denní doba (denní x noční směna)?

Ano, velice mě to ovlivňuje. Více než dvě služby za sebou snižuje mou empatii a zvyšuje úroveň stresu. No, a jelikož pracujeme 12 hodin s počítačem tak při vícero službách za sebou se také zvyšuje unavenost očí a i díky tomu nás častěji bolí hlava a vede to opět ke snižování našich pracovních výkonů, ztrátě empatie a tím pádem k nárůstu stresu, prostě takový začarovaný kruh.

Vzpomenete si na nějaký hovor nebo hovory o kterých by se dalo říct, že na ně nikdy nezapomenete?

Určitě nikdy nezapomenu na pána, který mi zemřel během hovoru, řekl adresu, bylo slyšet, že se mu opravdu špatně dýchá, řekl, že stojí ve dveřích, pak už byla slyšet jen rána a chrčení. Po příjezdu posádek byla konstatována smrt, a že pán zemřel na masivní plicní embolii a mě v tu chvíli došlo, že můj hlas bylo to poslední, co v životě slyšel.

Co je podle Vás největším specifikem práce na ZOS, oproti jiným zdravotnickým profesím?

To že vše co máme k pomoci druhým je náš hlas. Bez něj bychom nikomu nepomohli a proto je velmi důležité umět zvolit správný tón a barvu hlasu. Pak bych taky vyzdvihla psychickou náročnost, která je oproti ostatním zdravotnickým profesím na opravdu vysokém stupni.

Když máte náročnou službu nebo náročný hovor, jakým způsobem se odreagováváte?

Pokaždé jinak. Podle energie a nálady. Někdy jdu na jógu, jindy si dám skleničku vína s přítelem, nebo jdeme na procházku a bavíme se třeba o dovolené kam pojedeme a co tam budeme dělat. Nebo si zavoláme s kolegyní,

případně si uděláme takový ten holčičí večer a pustíme si nějaký film nebo naši oblíbenou hudbu a jen tak relaxujeme.