



SBORNÍK ABSTRAKT

IV. odborné konference KZ ZZS ČR:

„VAROVNÉ KASUISTIKY“



ISBN 978-80-260-1969-5

SBORNÍK ABSKRAKT

IV. odborné konference KZ ZZS ČR: „Varovné kasuistiky“

Sborník abstrakt odborné konference,
Olomouc 31.3.2012
Hotel Hesperia, Olomouc

Editor: Pavel Böhm

Generální partner

IV. odborné konference KZ ZZS ČR



Organizátor konference:

Komora záchranářů zdravotnických záchranných služeb
České republiky



Za jazykovou a věcnou správnost příspěvků zodpovídají autoři.
Vydání první.

© Pavel Böhm

OBSAH

	strana
Jako vejce vejci...?	
<i>H. Suchá</i>	6
Jeden za všechny, všichni za jednoho	
<i>H. Suchá</i>	8
Komplexní zajištění pacienta se spinálním poraněním	
<i>M. Trochta</i>	10
Mezní situace a duše záchranáře	
<i>L. Humpl</i>	15
Nečekaná smrt pacienta v posádce RZP	
<i>I. Prudič</i>	18
Problematika příjmu pacienta aneb důvěřujeme si a spolupracujeme navzájem	
<i>R. Doubrava</i>	19
Specializační kurz Neodkladná zdravotnická pomoc	
<i>M. Türke</i>	26
Výsledky sčítání záchranářů 2011: „Kdo zachrání záchranáře?“	
<i>O. Koudela</i>	29
Vzdělávání záchranářů v ČR	
<i>P. Böhm</i>	35
Vzduchem, po vodě, ve vodě a chvílemi i pod vodou	
<i>D. Cvrček</i>	41
Kurz Advanced Life Support pro záchranáře?	
<i>T. Ježek</i>	46

Jako vejce vejci...?

Suchá Hana¹

¹ *Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje, Most, Česká republika*

Klíčová slova: agresivita – drogy – toxikologie

V loňském roce se v Ústeckém kraji odehrály 2 velmi podobné případy, které by se daly označit za totožné. Vyskytly se ale v jiných městech s rozdílem 2 měsíců. Příčina možná stejná, ale zároveň i rozdílná. Každopádně obě události byly ukončeny a potvrzeny nezávisle na sobě se stejným závěrem.

První ošetření ZZS proběhlo v Děčíně. Rodina nemocného žádala pomoc, protože je dotyčný napadal a ohrožoval. Na místě zásahu posádka zjistila anamnézu: psychiatrický pacient, který byl den předtím ošetřen na psychiatrické ambulanci, kde mu lékař doporučil hospitalizaci na psychiatrii. Tu nemocný odmítl. Neužíval psychiatrické léky. Byl ozbrojen dvěma noži, kterými ohrožoval jak posádku ZZS, tak PČR. Ta musela použít donucovacích prostředků, aby mohla být použita vhodná léčba agrese. Agresor při výšce 180 cm vážil cca 170 kg. Po aplikaci ztišujících medikamentů je náhle zjištěno u nemocného bezdeší. Následovala monitorace, zajištění dýchacích cest a KPR. Transport na ARO v nemocnici Děčín.

Druhé ošetření ZZS bylo provedeno v Mostě. PČR sděluje KZOS ZZS ÚK, že v hotelu chce muž provést sebevraždu skokem z okna. Na místě zásahu nemocný balancuje na parapetu okna v 8. patře, halucinuje a není možné s ním navázat kontakt. Pro jeho konstituci (120 – 130 kg) je zajištěn pomocí donucovacích prostředků několika policisty. Po aplikaci ztišujících medikamentů dochází k bezdeší. Následuje monitorace, zajištění dýchacích cest a KPR. Transport na ARO v nemocnici Most.

Závěr:

Serotoninový syndrom, hemoragický plicní edém, toxikologie – masivně amfetaminy (pervitin).

V současné době je užívání drog rozšířené. Přestože ošetřujeme zdánlivě psychiatricky se projevující nemocné, nezapomínejme na možná rizika ohrožení života, ať již u narkomanů nebo u lidí, kteří si aplikují drogu jednorázově „na vyzkoušení“.

Citace příspěvku:

SUCHÁ, Hana. Jako vejce vejci...?. In: *SBORNÍK ABSTRAKT IV. odborné konference KZ ZZS ČR: „VAROVNÉ KASUISTIKY“*. Ed. Pavel Böhm. 1. vyd. Olomouc: Komora záchranářů ZZS ČR, 2012, s. 6-7. ISBN 978-80-260-1969-5. Dostupné z: <http://www.komorazachranaru.eu>

Jeden za všechny, všichni za jednoho

Suchá Hana ¹

¹ *Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje, Most, Česká republika*

Klíčová slova: kolaps – křeče – CMP

Několik kazuistik, které se odlišují svými průběhy, mají jedno stejné. Nikdy nepodceňujeme výzvy, na které vyjíždíme. Nikdy nepodceňujeme svou intuici. Nikdy nepodceňujeme okolí, které může zachránit postiženému život.

První kazuistika poukazuje na to, že když se ocitnete v tísní a máte kolem sebe lidi, kteří chtějí a umějí pomoci, tak máte velké procento na přežití. Ředitel školy byl nalezen svými kolegy bez vitálních funkcí. Dispečerem KZOS ZZS ÚK byla prováděna TANR s volajícími. Posádka RLP na místě zásahu zjišťuje fibrilaci komor při AIM. Po opakovaných defibrilacích je nemocný transportován za použití hypotermického protokolu na KATLAB v nemocnici Ústí nad Labem. Během hospitalizace opětovně zjištěny FiK. Doporučena implantace ICD v Praze.

Ve druhé kazuistice mladý muž náhle zkolabuje na poli s projevy křečí. Dle rodičů se s ničím neléčí a léky neužívá. Hojně ale posiluje a užívá podpůrné proteinové prostředky. Lékař na místě zásahu vyslovuje podezření na intoxikaci GABA. Přestože opakovaně žádá příjmové oddělení pro odběr vzorku na toxikologii, není mu vyhověno. Nemocnému je přiřazena diagnóza epilepsie.

Třetí kazuistika uvádí epileptika, kterého zastihnou křeče horních končetin a horní poloviny těla v jídelně obchodního centra. Lékař na místě zjišťuje bradykardii. Iktální (interiktální) bradykardie u pacienta s temporální epilepsií je i příčinou SUDEP (sudden unexpected dech in epilepsy). Při záchytu je doporučena implantace kardiostimulátoru.

Poslední kazuistika, také s dobrým koncem, může být vnímána jako negativní. Z postu dispečera jsou všechny výzvy vnímány jako potenciačně nebezpečné. Existují návody, „pavouci“, podle kterých se odebírající výzva zpracovává do příslušné indikace k výjezdu posádek ZZS. Operátor ale pracuje s více informacemi najednou. Vnímá, kolik vozů má v terénu, na jakých potížích. Uzavírky, počasí, poruchy. Obraz potíží, které se stokrát projevují stejně, nemusí ale po stopoprvé být totožné. Technické služby hlásí sněhovou kalamitu a průjezd vozů jen do Nové Vsi. Dále v žádném případě. Volající popisuje neurologické příznaky u své manželky s dodatkem, že v minulosti prodělala 2 – 3 CMP. Shodou okolností z Nové Vsi. Během transportu dochází ke křečím celého těla. Následuje OTI a UPV. Pro podezření na krvácení do mozku je LZS předána do nemocnice v Ústí nad Labem. Na CT mozku se ale krvácení ani nové změny nepotvrdili. Druhý den je přijata na ARO v Mostě, kde je extubována. Hybnost končetin lehce vážně vpravo, sedí v lůžku, komunikuje, stravuje se sama.

Citace příspěvku:

SUCHÁ, Hana. Jeden za všechny, všichni za jednoho. In: *SBORNÍK ABSTRAKT IV. odborné konference KZ ZZS ČR: „VAROVNÉ KASUISTIKY“*. Ed. Pavel Böhml. 1. vyd. Olomouc: Komora záchranářů ZZS ČR, 2012, s. 8-9. ISBN 978-80-260-1969-5. Dostupné z: <http://www.komorazachranaru.eu>

Komplexní zajištění pacienta se spinálním poraněním

Trochta Marek ¹

¹ *Zdravotnická záchranná služba Zlínského kraje oblast Vsetín*

Kazuistika popisuje zásah posádky RZP v nočních hodinách u mladého muže, který v ebrietě upadl na kole do silničního příkopu a pádem si způsobil poranění páteře. V kazuistice je popsáno prvotní vyšetření a kladen důraz na nebezpečí ukvapeného vyproštění z terénu, před kompletní inspekci postiženého a na nebezpečí sekundárního iatrogenního poškození. Je zde uvedena imobilizace pomocí dostupných fixačních pomůcek, podání potřebné medikace a také komplikace při zvracení pacienta. V práci je popsáno celkový objektivní nálezný zjištění se stanovením pracovní diagnózy a řešení nevhodnějšího transportu na vzdálené, specializované cílové pracoviště za pomoci LZS Ostrava. Práce má upozornit na nebezpečí podcenění alkoholu, který může částečně zastřít závažnost skutečného zdravotního stavu. Při uvedeném výjezdu bylo provedeno vše v rámci kompetence zdravotnického záchranáře, až na podanou medikaci. V závěru není zapomenuto na konečnou diagnózu stanovenou po přijetí ve fakultní nemocnici a také následný osud pacienta.

Klíčová slova: pád s kola – prvotní vyšetření – spinální poranění - imobilizace a fixace – transport

Dne 27. 8. 2011 jsme dostali v pozdních nočních hodinách příkaz k výjezdu prostřednictvím KOS k mladému muži. Obsah výzvy: ebrieta, pád s kola. Vyjžděli jsme ze stanoviště Nový Hrozenkov, kde slouží nepřetržitě jedna posádka v systému RZP a je vzdálena od nejbližší nemocnice i domovského stanoviště 20 km. Na místě události, které bylo vzdáleno od našeho stanoviště cca 11 km, jsme

byli za 9 minut od času výjezdu. Tomuto času nahrával i fakt, že zrovna byla prováděna rekonstrukce hlavní silnice v úseku asi 3 km, kdy byla četně narušena souvislost povrchu z důvodu frézování asfaltu. Při našem příjezdu na místo nás čekali dva kamarádi pacienta, kteří uvedli, že jeli společně na kole a viděli, jak jeden z nich najel na nebezpečnou krajnici a upadl do příkopu. Volali záchrannou službu, protože jim postižený řekl, že má bolesti mezi lopatkami a měli strach, zda nemá něco zlomeného. Přitěžující okolností bylo, že nehoda se stala na neosvětlené části silnice, navíc postižený se nacházel na svahovitém terénu ve smrkovém křovinatém porostu. Když jsme se k pacientovi dostali, ležel ve svahu na levém boku, byl při vědomí a komunikoval s námi. Již z dechu bylo jisté požití alkoholu, nicméně postižený spolupracoval, byl klidný, adekvátně odpovídal na naše dotazy a nebyly viditelné známky žádného traumatu. Zde bych chtěl upozornit, jak je důležité odebrat základní anamnézu dříve, než začneme s pacientem jakkoliv manipulovat. Kdybychom se ho snažily jakkoliv dostat s příkopy zpět na cestu s tím, že je jen opilý a „nic mu není“, mohlo by to mít pro pacienta fatální iatrogenní následky. Při zjišťování prvotní anamnézy si na událost pamatoval, což vyloučilo možnou mozkovou komoci. Uvedl, že najel s kolem na krajnici a přepadl přes kolo do příkopu. Když jsem se ptal, zda ho něco bolí, uvedl, že má pouze bolest mezi lopatkami a že mu brní obě ruce, jinak že nemá žádné bolesti. Při bližší celkové inspekci byla zjištěna paraplegii dolních končetin, parestézii horních končetin a bolesti v oblasti lopatek, palpačně bez deformity páteře, pouze zvýšená bolestivost při palpaci v úseku hrudní páteře. Ihned bylo vysloveno podezření na poranění páteře a míchy, pravděpodobně v segmentu C a Th přechodu. Ve spolupráci s řidičem – záchranářem jsme naložily profylakticky krční límec Perfít a společně za pomoci kamarádů byl šetrně přesunut na scoop rám a vyneseno do sanity, kde bylo provedeno další vyšetření. Jednalo se o muže 38 let, váha 75 kg, výška 175 cm, který je doposud zdravý, s ničím se neléčí, bez pravidelné medikace, alergická anamnéza negativní. Objektivní nález: Při vědomí, kontaktní,

orientovaný, spolupracuje, na událost si pamatuje, nezvracel, bez křečí, dech páchne po alkoholu. Sám postižený udává, že požil alkohol. Hlava – krk nebolestivý, zornice izokorické, foto ++, uši – nos – dutina ústní bez výtoku, hrudník pevný - nebolestivý, břicho měkké, prohmatné – nebolestivé, pánev pevná – nebolestivá, parestézie HKK – hybnost zachována, paraplegie dolních končetin, bez známek viditelných poranění, tlakově hypotenzní, srdeční akce pravidelná, sinusový rytmus, ventilačně eupnoický, saturován dostatečně, bez známek dechové tísně. Po zajištění žilního vstupu na LHK kanylou G 18 jsme podali první infuzi Ringerova roztoku 500 ml ke korekci hypotenze, kterou jsem přikládal k možnému počínajícímu neurogennímu šoku. Po vyšetření a zajištění jsem telefonicky konzultoval s lékařem RLP Vsetín přes KOS další medikaci především kortikoidů a zrovna požádal dispečerku o informaci letových možností LZS Ostrava k transportu na specializované pracoviště, které bylo vzdálené 105 km. Nejvýhodnější se mi jevil transport letecky, už vzhledem ke skutečnosti, že pozemní cestou a navíc opět přes rekonstruovanou komunikaci by trvala cesta odhadem 2 hodiny. Po spojení s lékařem RLP byla indikovaná dávka Solu –medrolu 500 mg, pokračovat v infuzi jinak bez další medikace. Dávka se mi zdála nízká vzhledem k tělesné hmotnosti a charakteru poranění, nicméně je to rozhodnutí lékaře, což bylo respektováno. Mezitím se dispečerka spojila s CTV Ostrava, kde jsem popsal situaci. Poté jsem byl za pomoci konferenčního hovoru spojen jak s lékařkou, tak s pilotem LZS Ostrava. Bohužel nebylo možné primárně přistát v terénu, protože se jednalo o noční let a nebylo možné zajistit v blízkosti větší osvětlenou plochu pro bezpečné přistání vrtulníku. Nakonec jsme se shodli, že nejschůdnější pro všechny bude pozemní transport na heliport nemocnice ve Vsetíně vzdálené 31 km. Při tomto hovoru jsem znova popsal zdravotní stav a podanou medikaci. Lékařce se zdála dávka kortikoidů nedostatečná, a proto indikovala další dávku Solu-medrolu 500 mg. Rozloučily jsme se s tím, že zhruba za 40 minut budeme s pacientem na heliportu. Pacienta jsme nechali na

scoop rámu na nosítkách a už jsme ho nepřekládali do vakuové matrace. Původně jsme doufali, že vrtulník sedne přímo v terénu, proto jsme ustoupily od další manipulace a navíc jsme zajistily hlavu FERNO klíny. Během transportu po vyfrézované komunikaci došlo ke zvracení pacienta a bylo nutné použít odsávačku a za spolupráce pacienta zvratky rovnou odsávat z dutiny ústní. Vzhledem k fixaci hlavy a krční páteře límcem nebylo možné dát pacienta do stabilizované polohy a zabránit tak riziku aspirace zvratky. Nakonec díky spolupráci pacienta jsme situaci zvládli a byl mu po konzultaci s lékařem podán Torecan 1 amp. i.v.. Poté již transport probíhal bez komplikace. Během transportu ještě volal dispečer ZZS a chtěl upřesnit místo nehody, protože to vyhodnotil jako nehodu na veřejné komunikaci a vyrozuměl Policii ČR. Můj osobní názor je, že tak jednal zbytečně ukvapeně, protože už zdravotní stav s nejasnou prognózou byl pro samotného postiženého zadostiučiněním. Tak mu navíc přidal problémy spojené s pokutou. Nakonec jsme po 35 minutách dorazili na heliport, kde už čekala Policie ČR, které jsme předali potřebné informace a během chvilky sedal na přistávací plochu vrtulník LZS Ostrava. Po předání pacienta a dokumentace jsme se vrátily na své stanoviště, kde byla provedena dekontaminace a dezinfekce sanitního vozu a doplnění veškerých pomůcek, materiálu a léku. Při dohledávání zdravotního stavu mladého muže při příjmu ve Fakultní nemocnici Ostrava Poruba, byla zjištěna transverzální míšní léze z důvodu luxace obratle C 7, kdy došlo k dislokaci těla obratle do ½ míšního kanálu a také ke zlomenině oblouku, kdy byla nutná operační fixace těla obratle. V současné době je hospitalizován v rehabilitačním ústavu Hrabyně s diagnózou posttraumatická kvadruplegie. Díky spolupráci s LZS Ostrava byl pacient předán na cílovém pracovišti asi o hodinu dříve oproti pozemnímu transportu.

V kazuistice je popsán výjezd posádky RZP v nočních hodinách, kde jsme od KOS převzali výzvu o pádu podnapilého muže na kole. V práci je popsáno místo události, prvotní vyšetření, při kterém bylo

zjištěno pravděpodobné poranění páteře a míchy, následné vyproštění z terénu, podání medikace a následný transport na cílové specializované pracoviště. V kazuistice je poukazováno na nutnost prvotního vyšetření před ukvapeným, nešetrným vyproštěním s nebezpečím sekundárního iatrogenního poškození pacienta.

Bc. Trochta Marek, DiS
Trochtamarek@seznam.cz
ZZS Vsetín

Seznam zkratek

RZP	rychlá zdravotnická pomoc
KOS	krajské operační středisko
C	cervikální
Th	thorakální
HKK	horní končetiny
LHK	levá horní končetina
RLP	rychlá lékařská pomoc
LZS	letecká záchranná služba
CTV	centrum tísňových volání
ČR	Česká Republika

Citace příspěvku:

TROCHTA, Marek. Komplexní zajištění pacienta se spinálním poraněním. In: *SBORNÍK ABSTRAKT IV. odborné konference KZ ZZS ČR: „VAROVNÉ KASUISTIKY“*. Ed. Pavel Böhm. 1. vyd. Olomouc: Komora záchranářů ZZS ČR, 2012, s. 10-14. ISBN 978-80-260-1969-5. Dostupné z: <http://www.komorazachranaru.eu>

Mezní situace a duše záchranáře

Humpl Lukáš¹

¹ *Územní středisko záchranné služby Moravskoslezského kraje*

Práce zdravotnického záchranáře je v mnohém specifická. Přináší přímý kontakt nejen s nemocí jako takovou, ale i s umíráním a smrtí. Lidí letitých, i mladých, nebo dokonce dětí. Nese s sebou vystavení se situacím v jejich plné syrovosti – na místě nehody či úrazu, v bytě plném zoufalých příbuzných. Se všemi obrázky těchto momentů, zvuky, pachy, nepříznivými vnějšími vlivy, riziky a mnohými dalšími fenomény. Přesto se i takto náročná práce stane pro záchranáře rutinou. A musí se jí stát, aby dokázal zvládat všechny úkoly a činnosti, spojené s výkonem své profese. Po kratší či delší době si tak pracovník vytvoří určitý odstup od událostí, které řeší. To mu pomáhá udržet si psychickou a emoční rovnováhu, zůstat v roli pomáhajícího. A s odchodem z pracoviště ji odložit a přijmout roli otce, manžela, diváka sportovního utkání... ve svých životech přijímáme celou řadu rolí a žijeme je vlastně souběžně, jen střídáme, ve které vlastně právě jsme.

Někdy však může být velmi obtížné udržet se v té správné roli, nebo z ní naopak vystoupit. Taková chvíle může nastat, když je záchranář konfrontován s profesně nadlimitně zátěžovou situací. Nastavené mechanismy zvládnutí zátěže najednou nezafungují a pro zpracování takto obtížné situace jsou nedostatečné či neúčinné. Jedincem jsou vnímány jako těžko zařaditelné, protože s nimi nemá dosud zkušenost nebo právě naopak – jde o opakovanou expozici velmi těžké situace. I zkušený záchranář se může cítit zaskočený, duševně zraněný, bezradný ze svých pocitů a reakcí svého těla i duše.

K takovým mezním událostem bohužel v rámci záchranářské profese dochází, a to i v naší zemi, dokonce opakovaně během roku, na různých místech. Ve spojitosti s různými příběhy a zasahují různě závažně naše kolegy. O jaké typy situací se tedy jedná? Poměrně často o případy, kdy bylo ohroženo zdraví a životy samotných zasahujících záchranářů: dopravní nehody s účastí sanitního vozidla ZZS, napadení posádky (mnohdy se zraněním), ale i práce v rizikovém prostředí či na nebezpečném místě. Samostatnou kapitolou jsou pak např. likvidace hromadného neštěstí nebo zásah s úmrtím dítěte. Nadlimitní zátěží však může být i to, jestliže se stáváme aktivními zachránci svého kolegy/kolegyně. A někdy již pomoci nedokážeme. Těchto událostí, jež se mohou hrubě vymykat dosavadní zkušenosti a rutině, nalezneme skutečně celou řadu. Přicházejí našťastí jen výjimečně. Ale čas od času ano. O to více bývají neočekávanými a mohou zasáhnout velmi bolestivě.

Záchranáři jsou během svého školního vzdělávání i později učeni, aby se uměli efektivně postarat o své pacienty. Aby o ně dokázali pečovat, přinést záchranu, naději a pomoc. Někdy však potřebuje podporu i sám záchranář. Je zapotřebí uvědomit si, že i samotný pomáhající má své potřeby a také právo na péči o sebe a vlastní duši. Jednou z možností, kterou zdravotnické organizace (a tedy i záchranné služby) začínají akceptovat, je činnost Systému Psychosociální Intervenční Služby. Jde o systém, který se zaměřuje na poskytování první psychické pomoci právě profesionálům v resortu zdravotnictví. Podporu v jeho rámci poskytují především tzv. peeři, tedy vyškolení kolegové – záchranáři, lékaři. Na péči se podílejí také psychologové.

Vyhledání tohoto druhu pomoci je pochopitelně zcela dobrovolné a na základě rozhodnutí každého jednotlivce. Systém umožňuje anonymitu, je časově flexibilní a pro uživatele bezpečný. Během prvního roku své oficiální činnosti na území ČR poskytl intervenční podporu sto padesáti zdravotníkům. Jeho dostupnost a poptávka po

něm má se zvětšující se informovaností samotných zdravotníků rostoucí charakter.

PhDr. Lukáš Humpl
lukas.humpl@zachranka-msk.cz

Citace příspěvku:

HUMPL, Lukáš. Mezní situace a duše záchranáře. In: *SBORNÍK ABSTRAKT IV. odborné konference KZ ZZS ČR: „VAROVNÉ KASUISTIKY“*. Ed. Pavel Böhlm. 1. vyd. Olomouc: Komora záchranářů ZZS ČR, 2012, s. 15-17. ISBN 978-80-260-1969-5. Dostupné z: <http://www.komorazachranaru.eu>

Nečekaná smrt pacienta v posádce RZP

Prudič Ivan ¹

¹ *ÚO Olomouc Aksamitova, ZZS Olomouckého kraje*

Tato kazuistika pojednává o tom, že i zcela běžně vypadající výjezd posádky RZP může během pár minut skončit resuscitací. Na první pohled banální diagnóza, latentní tetanie, se změnila na akutní dechovou tíseň (později zjištěna plicní embolie) a pacienta se i přes veškeré naše úsilí nepodařilo zachránit.

- Jednalo se o muže ve věku 48 let, v obci Velká Bystřice, dojezd cca. 10 min.
- Při příjezdu byla stanovena prac. dg. latentní tetanie se všemi jejími objektivními i subjektivními příznaky
- Pacient zaléčen na latentní tetanii → bez efektu → prohlubující se dušnost → srdeční zástava, apnoe
- Voláno RV, spolupráce na místě
- Podáno: MgSO₄ 10ml i.v., Isoket spray subl. 2x, Adrenalin 1mg i.v. 8x + kardiálně 1x, Calcium Chloratum i.v. 1x, Atropin 0,5mg i.v. 2x, kyslík
- Technika + materiál: Lifepak 15 – kontinuální měření FF, 2x 12sv. EKG, PVK, laryngeální tubus, kardiopumpa, Oxylog 2000+, Lukas
- Pitvou zjištěna plicní embolie z hlubokých žil DKK

Ivan Prudič, DiS

Citace příspěvku:

PRUDIČ, Ivan. Nečekaná smrt pacienta v posádce RZP. In: *SBORNÍK ABSTRAKT IV. odborné konference KZ ZZS ČR: „VAROVNÉ KASUISTIKY“*. Ed. Pavel Böhm. 1. vyd. Olomouc: Komora záchranářů ZZS ČR, 2012, s. 18. ISBN 978-80-260-1969-5. Dostupné z: <http://www.komorazachranaru.eu>

Problematika příjmu pacienta aneb důvěřujme si a spolupracujme navzájem

Doubrava Radan ¹

¹ *NZZ Medevac s.r.o.*

Cílem není na někoho házet špínu, ale na reálných kasuistikách zdůraznit momenty, kdy rutínérství mohlo vést, a v některých případech vedlo, k poškození pacienta; proto údaje o konkrétních zdrav. zařízeních nejsou součástí presentace.

Tzv. spouštěčem mého zvýšeného zájmu o tuto problematiku byl případ pacientky, kterou jsem znal cca 3 roky osobně jako stálou klientku hemodialyzačního centra.

Byla přivezena v sobotu ve 23:00 pro klidovou dušnost. Dle parere TH 140/80, HR 86, sa. 92% O₂. Komunikace s pacientkou byla celkově obtížnější a ihned po předání jsem znovu přeměřil ZŽF. K velkému překvapení naměřené hodnoty byly diametrálně odlišné: 75/45, HR 54, Sa. 86% O₂. Trošku z toho zamrazilo a začalo se dlouhodobě sledovat korelaci naměřených údajů s informacemi od posádek ZZS. Po relativně krátké době bylo vysledováno něco, co jsme pracovníčně pojmenovali „Syndrom krátkého výjezdu“. V tomto případě byla vzdálenost bydliště pacientky 1,5 km od nemocnice a 2 km od výjezdového stanoviště.

Následně u pacientky došlo k progresi CMP – SE (stroke in evolution), exitus 32 dní poté.

Další případ byla plánovaná repatriace 65 leté ženy z Řecka po úrazu. V požadavku asistenční služby byla uvedena pouze sestra a aplikace Clexane 0,6 s.c.

Už samotné načasování bylo suboptimální. Celou Evropou se proháněla oblačnost a srážky od 250m do 8000m po celé trase letu. Nicméně byl zde velký tlak ze strany rodiny i pojišťovny na provedení transportu co nejdřív.

Situace na místě – paní přivezla sanita vyrobená v roce 1993, pacientka byla uložena na „běžných nosítkách“ z roku 1998 s podloženým prostěradlem, aby se jí lépe leželo. Úrazový děj nebyl pád, ale dopravní nehoda. Paní udávala velké bolesti v oblasti L-S páteře. Veškerá dokumentace předaná řeckou stranou byla pouze v řečtině a předávající posádka hovořila pouze německy. Díky tomu, že paní pracovala 30 let jako vrchní sestra interního oddělení a věděla, že má špatné žíly, přemluvila personál nemocnice, aby ji zachovaly PŽK 23G.

Pacientku jsem si v rámci možností důkladně vyšetřil včetně orientačního vyšetření neurologického a po konzultaci s naším službu konajícím lékařem podla torecan a novalgin I.V. Po nastoupení účinku léku jsme s pomocí naší letové posádky Aero Taxi OKR (nejšikovnější piloti) paní log-rollem přemístili do vakuové matrace a posléze do letadla. Let proběhl v pořádku.

Po příjezdu na příjem, i přes urgenci asistenční služby, o nás nikdo nevěděl. Následně po 15-ti minutách sestřičky najdou vzkaz od vrchní sestry, včetně připravené veškeré nutné dokumentace, načez zazní nesmrtelná věta? „Tak nám paní někde posaďte!!!“

Trváme na předání lékaři a optimálně na oddělení. Po 30-ti minutách, kdy stále není jediný lékař ochotný řešit příjem, odchytáváme kolemjdoucího primáře. Okamžitě domlouvá překlad na oddělení, příjem až tam, cestou RTG. Na celém příjmu není volný ani jeden „ležák“, tzn. odjíždíme s nosítky na RTG.

Laborantka na RTG: „Tak paní tu matraci sundejte, ať si může přelézt.“ To jsme jednoznačně odmítli, s tím, že nevezu paní

přes půl Evropy ve vakuové matraci jen kvůli tomu, abych jí hýbnul s obrátek až „doma“ v nemocnici. Rozvíjí se tedy diskuze na téma: „Jak to tedy mám podle vás vyfotit?!“ „Přes vakuovou matraci? Nebo laterálně? To je vaše práce.“ Po 15-ti minutách laborování jsme získali jeden použitelný snímek a vyrazili na lůžkové oddělení. Po předcházejících zkušenostech mne tedy ani nepřekvapil odpověď na náš dotaz: „Translide? Nemáme.“

Pacientka utrepěla frakturu L₁ a abrupci přední hrany L₂. Cca 80 dní po úrazu začala rehabilitovat a v lednu tohoto roku se vrátil plně zpět do pracovního procesu.

Poslední část příspěvku věnuji porovnání dvou „stejných“ kazuistik motorkářů zraněných při DN, které jsem měl možnost přijímat na našem oddělení UP.

Kasuistika: Motorkář 1

Pacient 31 let, účastník DN, řidič motocyklu, srazil se s druhým motorkářem, na místě při vědomí, oběhově stabilní, ventilačně suficientní, stěžuje si na bolest pravého lýtka.

Bez amnézie na úraz. Orientován, spolupracuje GCS 15.

Hlava: bez traumatu, zornice izo, foto ++, uši nos bez výtoků.

Motorkář 1

Krk: stiffneck nasazen

Hrudník: pevný, bez krepitace, bez známek traumatu, dýchání čisté sklípkové, slyšitelné bilat., bez vedl. fenom., SaO₂ 100% při FiO₂ 0,21.

Oběhově stabilní, TK 120/75, P 106/min, EKG sinus. rytmus

Končetiny: na pravém lýtku defekt v měkkých tkáních cca 10x10 cm, kryto sterilním krytím.

Prokrvení periférie v normě.

Motorkář 2

Pacient v 18:35 účastník DN na motorce, srazil se s protijedoucím motorkářem v cca 40 km/h,

Na místě při vědomí, orientovaný, GCS 14 stěžuje si na bolest LHK a LDK.

Bez amnézie na úraz.

Hlava: bez traumatu, zornice izo, foto ++, uši nos bez výtoků.

Krk: stiffneck nasazen

Hrudník: pevný, bez krepitace, bez známek traumatu, dýchání čisté sklípkové, slyšitelné bilat., bez vedl. fenom., SaO₂ 97% při FiO₂ 0,21.

TK 100/60, P 110/min, EKG sinus. Rytmus.

Obě události se staly přibližně ve stejné vzdálenosti od nemocnice.

Motorkář 1

Přivezen LZS, příjem na UP 45 minut po události během letu podán Fentanyl

Subj: bolesti levého lýtka

Obj: na laterální straně levého lýtka decollement cca 15x15cm se svalovým poraněním, periferie teplá

Motorkář 2

Přivezen v 21:05 RLP, 2h 35min po nehodě

Pouze 1 periferní žilní linka.

Na místě nehody podán 1x Fentanyl, jinak zbytek cesty bez analgezie.

Cesta, kterou pacient absolvoval:

místo nehody – 1 nemocnice 15 km

1 nemocnice – 2 nemocnice 25 km

2 nemocnice – cílové pracoviště 83 km

St. p. :

Subj: bolest LHK a LDK.

Obj: TK 70/30 TF 110/min TT 97%, VAS 5-6

LDK s zjevnou zlomeninou stehenní kosti, s mohutným hematodem v stehenní krajině vlevo, v oblasti l. kolenního kloubu tržná rána zasahující až ke kosti, krvácející, znečištěna, zjevně poškozený extenzorový aparát, skelet bérce pevný, periferie bez známek kompartment syndromu, bez známek nervově cévní léze HK, ramenní a loketní klouby zakloubené, skelet pevný na LHK otevřená zlomenina v oblasti MTC, krepitace skeletu, periferie bez NC deficitu.

UZ:

Stehno orientačně -
neostře ohraničený,
převážně
hypoechoenní
hematom
min.10x3,5x8,5cm, tj.
1-1,5l.

RTG:

Levý femur: příčná
zlomenina diafýzy
femuru s dislokací
fragmentů ad latus a
angulací s úhlem
otevřeným mediálně, se
zkrácením v dl.ose
kosti.



Levé předloktí:

nedokončená maturace skeletu. Tříštivá zlomenina diafýzy základního článku. IV.prstu s dislokací perif.fragmentu ulnárně o šíři kosti,

tříštivá zlomenina diafýzy V.MTC s angulací a dislokací perif.fragmentu radiálně,

tříštivá fr.diafýzy IV.MTC s mírnější angulací,

fr.nad bází III.MTC s dislokací perif.fragmentu radiálně,
fisura diafýzy I.MTC bez hrubší dislokace.
tříštivá fr.diafýzy střed.čl.III prstu s dislokací, nelze vyloučit ani
luxaci v DIP - pouze jedna atyp.projekce.
Fisura diafýzy zákl.čl.V.prstu bez dislokace.
Pravděpodobná je i fr. střed.čl.IV.prstu bez dislokace.
Abrupce apexu styloidu ulny.



Následně jsem se snažil dopátrat k tomu, co vedlo k diametrálně odlišnému postupu ošetření pacienta v rámci jedné ZZS. A výsledek...problematické komunikace „neoblíbeného“ lékaře s dispečerem a na druhé straně neochota lékaře přivolat si skupinu LZS.

Na místo závěru bych chtěl apelovat na to, aby jsme se soustředili nejenom na rozšiřování svých odborných a profesních znalostí, ale soustředili se i na svědomité plnění základních činností NLZP a v neposlední řadě i na lidský aspekt naší práce. Slovo empatie by nemělo být jen prázdnou formou bez obsahu či významu.

Radan Doubrava, DiS

Citace příspěvku:

DOUBRAVA, Radan. Problematika příjmu pacienta aneb důvěřujme si a spolupracujme navzájem. In: *SBORNÍK ABSTRAKT IV. odborné konference KZ ZZS ČR: „VAROVNÉ KASUISTIKY“*. Ed. Pavel Böhm. 1. vyd. Olomouc: Komora záchranářů ZZS ČR, 2012, s. 19-25. ISBN 978-80-260-1969-5. Dostupné z: <http://www.komorazachranaru.eu>

Specializační kurz Neodkladná zdravotnická pomoc

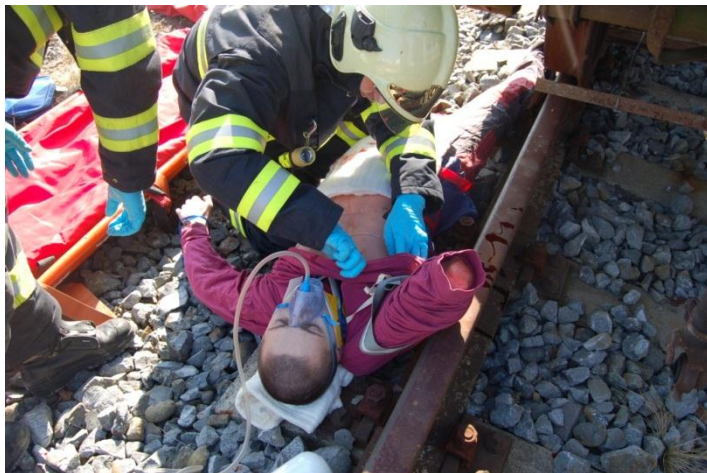
Türke Martin ¹

¹ *HZS Moravskoslezského kraje, Hasičská stanice Ostrava – Zábřeh*

Abstrakt

Každodenně poskytují jednotky požární ochrany u zásahů v různých podobách základní první pomoc do příjezdů zdravotnických záchranných služeb. Vyškolení hasičů v oblasti poskytování první pomoci bylo většinou řešeno dodavatelskou firmou. Hasiči předurčení pro poskytování první pomoci mají stanovené minimální vzdělání na úrovni kurzu dopravy nemocných, raněných a rodiček. Najdou se i takoví, kteří mají střední či vyšší zdravotnické vzdělání a slouží u Hasičského záchranného sboru ČR. Z těchto řad byli vybráni zájemci, kteří koncem loňského roku ve Školním a výcvikovém zařízení HZS ČR v Brně absolvovali úvodní kurz pod názvem Neodkladná zdravotnická pomoc. V tomto kurzu měli tito zástupci za úkol za předem stanovených podmínek sestavit osnovy nového specializačního kurzu pro hasiče. Po čtrnácti dnech byly předány zástupcům ŠVZ HZS ČR Brno osnovy a další doporučené postupy. Počátkem tohoto roku Generální ředitelství HZS ČR osnovy tohoto kurzu schválilo a na přelomu února a března proběhl první ostrý kurz, který absolvovalo dvanáct hasičů z několika krajů. Jsou tak zřejmě vytvořeny základy pro specializaci hasiče zdravotníka u hasičských záchranných sborů.

Obr. 1 Modelová situace Motorkář



Nácvik ošetřování motorkáře sraženého vlakem.

Obr. 2 Modelová situace Resuscitace



Provádění resuscitace dítěte a dospělého při dopravní nehodě.

Obr. 3 Modelová situace Výbuch



Ošetřování hasiče popáleného při výbuchu ve sklepě.

Bc. Martin Tůrke

martin.turke@hzsmk.cz

Citace příspěvku:

TŮRKE, Martin. Specializační kurz Neodkladná zdravotnická pomoc. In: *SBORNÍK ABSTRAKT IV. odborné konference KZ ZZS ČR: „VAROVNÉ KASUISTIKY“*. Ed. Pavel Böhm. 1. vyd. Olomouc: Komora záchranářů ZZS ČR, 2012, s. 26-28. ISBN 978-80-260-1969-5. Dostupné z: <http://www.komorazachranaru.eu>

Výsledky sčítání záchranářů 2011: „Kdo zachrání záchranáře?“

Koudela Ondřej¹

¹ *Klinika anesteziologie a resuscitace 2. LF UK, FN Motol*

Abstrakt

Autor shrnuje zjištění z rozsáhlého několikaletého výzkumu, který provedl v rámci své diplomové práce a vybírá z něj klíčové aspekty dokládající neuspokojivé podmínky při výkonu povolání záchranáře. V rámci smíšeného výzkumného designu kombinuje autor kvalitativní a kvantitativní výzkum – nejprve pořizuje narativní data, ze kterých vyvozuje pracovní hypotézy. Ty následně ověřuje reprezentativním šetřením. Neuspokojivou situaci záchranářů dokládá ve třech oblastech: 1) genderové stereotypy, 2) pracovní motivace, 3) vedlejší pracovní poměr a studium. Práce poukazuje na důsledky, ke kterým vedou problémy ve výše zmíněných oblastech a v závěru práce se hypoteticky zamýšlí nad společným důvodem těchto negativních jevů – předkládá domněnku, že jím je nedostatečná artikulace zájmů záchranářů coby profesní skupiny jednak veřejnosti a jednak politickým elitám.

Klíčová slova: Přednemocniční neodkladná péče – zdravotnická záchranná služba – záchranář – smíšený výzkumný design – kvantitativní výzkum – kvalitativní výzkum – management lidských zdrojů

Úvod

Tento příspěvek je výběrem některých zjištění obsažených v diplomové práci s názvem „Sociologický pohled na zdravotnickou záchrannou službu“ (Koudela, 2011). Během jejího psaní jsem zjistil, že mi pod rukama v podstatě vzniká jedna velká varovná

kazuistika – po prezentaci výsledků na Pelhřimovském podvečeru 2011 se pak ukázalo, že i další kolegové tento můj pocit sdílejí.

V úvodu mi dovoluje ještě jednu poznámku ohledně pojmu „záchranář“: v této práci jej používám v poněkud širším pojetí – označuji tak obecně jakéhokoliv zaměstnance ZZS, tzn. nejen pracovníky na pozici „záchranář“, ale také řidiče, lékaře, dispečery, inspektory provozu apod.

Cíle práce

- ▲ Popsat jakýsi ideální typ či profil záchranáře ve smyslu základních demografických a sociologických ukazatelů.
- ▲ Kvantitativně ověřit čtyři typy záchranářů popisující je podle přístupu k práci, které vzešly z kvalitativní části práce.
- ▲ Provést demografickou sondáž do prostředí záchranářů – popsat sociologicky jejich přístup k práci, faktory ovlivňující jejich motivaci, apod.
- ▲ Ověřit některé další hypotézy získané z analýzy kvalitativních dat.

Výzkumné metody

Výzkum byl prováděn metodou tzv. smíšeného výzkumného designu (Brewer & Hunter, 2006; Clark & Creswell, 2007; Tashakkori & Teddlie, 1998) – na datech sebraných kvalitativní metodou byly po analýze vytvořeny výzkumné hypotézy, které byly poté kvantitativně podrobeny statistickému testování na datovém souboru.

Datový soubor pro kvantitativní část výzkumu vznikl za použití několika různých výzkumných nástrojů – (1) papírového dotazníku, který byl distribuován na některá pracoviště ZZS a také delegátům VI. sněmu KZ ZZS ČR a (2) elektronického dotazníku, jež byl šířen pomocí e-mailové a facebookové kampaně po internetu. Odborné

veřejnosti byl sběr dat a celý projekt prezentován pod názvem „Sčítání záchranářů 2011“.

„Při sběru dat se podařilo získat celkem 293 respondentů z ČR. 22 z nich byli studenti záchranářství, kteří ještě neabsolvovali ani jednu praxi na ZZS, proto byli z analýzy vyřazeni. Zbýlý vzorek se skládá ze 165 zaměstnanců ZZS (61 %) a 106 studentů (39 %) – celkem tedy čítá 271 respondentů.“ (Koudela, 2011)

Výsledky: Vybraná varující zjištění o populaci záchranářů

1) Genderové stereotypy. Záchranáři jsou velmi zatíženi genderovými stereotypy. Přestože na všech moderních záchranných službách v ČR je žena na pozici záchranáře samozřejmostí (srov. např. Šámal, 2008), názory na ženu v oranžové uniformě se proměňují jen velmi pomalu. Odstrašujícím faktem je, že některé ZZS nahlízejí zaměstnávání žen stále velmi dogmaticky a odmítají v tomto ohledu vstoupit do 21. století. Potěšující naopak je, že v populaci studentů lze popsat genderově tolerantnější názory – můžeme tedy předpokládat, že postupným náběrem nových zaměstnanců může být celkový přístup k ženám na ZZS korektnější a přiblíží se světovému standardu, jak jej popisuje např. Liddy (2009).

2) Pracovní motivace a predispozice k syndromu vyhoření. Podle toho, do jaké míry motivují záchranáře při výkonu jeho povolání, byly motivační faktory seřazeny v tabulce (viz níže – tabulka 1). Výsledné pořadí považuji za varující z několika důvodů. Záchranáře motivují nejvíce vztah k práci, kolektiv, akční rozměr povolání a prestiž záchranářské profese. Naopak mezi slabé motivační faktory se zařadily peníze a vedení ZZS. Tato bilance je nepříznivá v prvé řadě proto, že jde o situaci predisponující záchranáře k vývoji syndromu vyhoření a k dalším trvalým zdravotním následkům (Kebza & Šolcová, 2003; 16). Dalším negativem je, že se záchranáři necítí být příliš motivováni finančním ohodnocením – ač je to jeden z nejdůležitějších faktorů (Koubek, 2000). Není to však jediný

důvod, proč se mohou cítit nedocení – nejslabším motivačním faktorem se ukázalo být vedení ZZS.

Tabulka 1: Motivační faktory záchranářů

motivační faktor:	motivuje záporně	motivuje neutrálně	motivuje kladně
- vztah k práci	2 %	2 %	96 %
- pracovní kolektiv	6 %	10 %	84 %
- akce, adrenalin	8 %	9 %	83 %
- prestiž povolání	10 %	18 %	72 %
- peníze	23 %	28 %	49 %
- vedení ZZS	27 %	31 %	42 %

3) Vedlejší pracovní poměr a studium. Jak se ukázalo, zhruba 60 % záchranářů si buď přivydělává (48 %), nebo při práci studuje (33 %), nebo dokonce obojí (20 %). Nejčastější důvod, který většina záchranářů má pro další pracovní poměr, jsou peníze. Znovu se potvrzuje nedostatečné finanční ohodnocení záchranářů a na datech jde poukázat i na jeho negativní dopad. Mnoho záchranářů si také během práce doplňuje vzdělání, což je jistě chvályhodné – nicméně v českých podmínkách je spíše mizivá pravděpodobnost, že by doplněné vzdělání mělo vliv na platové ohodnocení. Paradoxně se tak nedocené vzdělání může stát dalším zdrojem frustrace.

Diskuse

Sčítání záchranářů 2011 ukázalo jednu věc: pokud se záchranářům věnujeme a zajímáme se o jejich problémy, rozhodně mají o čem mluvit. Pokus sestavit obrázek „typického záchranáře“ se tak spontánně stal jakousi varovnou kazuistikou a v tomto krátkém shrnutí jsem se pokusil charakterizovat tři základní diagnózy, jimiž náš „pacient“ trpí. Obecnějším problémem, který – jak se domnívám – zastřešuje současné postavení záchranářské profese, je nedostatečná reprezentace našich potřeb jednak veřejnosti a jednak politickým elitám. Dokud se tuto situaci nepodaří změnit, nejspíše se nám nepodaří uspokojivě odpovědět na otázku „Quis custodiet ipsos custodes?“, která v našem případě zní: „Kdo zachrání záchranáře?“

Literatura

Brewer, J., Hunter, A. Foundations of Multimethod Research. London: Sage, 2006. ISBN: 0-7619-8861-0

CASCIO, Wayne F. Managing Human Resources : Productivity, Quality of Work Life, Profits. Denver: McGraw-Hill, Inc., 1986. 625 s. ISBN 0-07-010302-X.

CLARK, Vicki L. Plano; CRESWELL, John W. Designing and Conducting Mixed Methods Research. London : Sage, 2007. 335 s.

Kebza, V., Šolcová, I. (2003): Syndrom vyhoření. Státní zdravotnický ústav, Praha. 2., rozšířené a doplněné vydání. Dostupné z

WWW:<http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/edice/plne_znani/brozury/syndrom_20vyhoreni.pdf>

KOUBEK, Josef. Řízení lidských zdrojů. Praha: Management Press, 2000. 350 s. ISBN 80-85943-51-4.

KOUDELA, Ondřej. *Sociologický pohled na zdravotnickou záchrannou službu*. Praha, 2011. 81 s. Diplomová práce. Fakulta sociálních věd UK.

KOUDELA, Ondřej. *Stadia vývoje záchranáře v průběhu zaměstnanecké kariéry. Část I. – zjištění jednotlivých fází*.

Kvalitativní výzkum. Praha, 2007. 49 s. Absolventská práce. SZŠ a VOŠZ 5. května.

LIDDY, Eric. *The E. R. Loading Dock: Real Life EMS Stories From Around The World*. New York: LuLu Press, 2009. 207 s.

ŠÁMAL, David. Rovnost pracovního uplatnění mužů a žen v záchranné službě. České Budějovice, 2009. 73 s. Bakalářská práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH.

TASHAKKORI, Abbas; TEDDLIE, Charles. *Mixed methodology: combining qualitative and quantitative approaches*. London : Sage, 1998. 185 s.

Autor práce

Mgr. Ondřej Koudela, DiS
ondrej.koudela@prpom.cz

Citace příspěvku:

KOUDELA, Ondřej. Výsledky sčítání záchranářů 2011: „Kdo zachrání záchranáře?“. In: *SBORNÍK ABSTRAKT IV. odborné konference KZ ZZS ČR: „VAROVNÉ KASUISTIKY“*. Ed. Pavel Böhm. 1. vyd. Olomouc: Komora záchranářů ZZS ČR, 2012, s. 29-34. ISBN 978-80-260-1969-5. Dostupné z: <http://www.komorazachranaru.eu>

Vzdělávání záchranářů v České republice

Böhm Pavel ¹

¹ *Fakulta biomedicínského inženýrství, ČVUT v Praze, Česká republika*

Pro výkon každé profese je nutné specifické vzdělání. U odborností, které ovlivňují přímo lidské životy je nutností mít co nejkvalitnější nejen pregraduální přípravu, ale i další celoživotní vzdělávání.

Pregraduální přípravou získáváme vzdělání, což je souhrn znalostí, kteréžto získáváme pomocí vzdělávání – výuky a studia specifických vědomostí. Měla by tedy platit rovnice, že čím vzdělanějšího záchranáře budeme mít, tím bude schopen aplikovat pacientovi kvalitnější péči. Samozřejmě, že v této rovnici hraje roli značná spousta proměnných.

Tento článek si dává za cíl sumarizovat možnosti studia zdravotnických záchranářů jak v oblasti pregraduálního, tak i v oblasti postgraduálního vzdělávání v České republice.

Klíčová slova: zdravotnický záchranář – vzdělání – vzdělávání – uplatnění

Specific training is necessary for each profession. Professions, which influence directly our lives is necessary to have not only good pre-graduate education but also life-long education.

Pre-graduate education gives us knowledge, that is combination of education and specific knowledge studies. So the result should be: More educated rescuer, the better care, applied by him. Surely, in this equation there are many variables.

This article aims to summarize possibilities of health rescuers studies in the field of pre-graduate and post-graduate studies.

Keywords: paramedic – education – training – employment

Vzdělání k povolání (zdravotnického) záchranáře je možné získat ve studijním programu specializace ve zdravotnictví v akreditovaném oboru zdravotnický záchranář nebo diplomovaný zdravotnický záchranář studiem na vysoké škole nebo vyšší odborné škole. Do školního roku 1998/1999 bylo možné ukončit obor zdravotnický záchranář i na střední (zdravotnické) škole. Minimální požadavky pro obor zdravotnický záchranář se řídí dle vyhlášky 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání.

Záměrem Ministerstva školství ČR je zrušení dvoukolejnosti studia zdravotnický záchranář a ponechat studium pouze v bakalářském studijním programu na vysokých školách. V současné době studium nabízí devět vysokých škol – jedna státní, jedna soukromá a sedm veřejných. Studenti své studium zakončují obhajobou své bakalářské práce a státní závěrečnou zkouškou; případně na VOŠ obhajobou absolventské práce a absolutoriem. Po úspěšném složení státní závěrečné zkoušky nebo absolutoria absolvent nabývá „odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického záchranáře“ dle §18 zákona 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních.

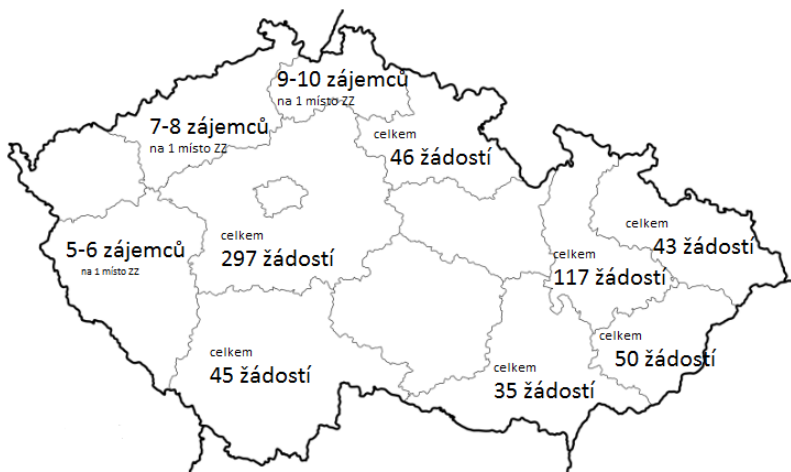
V rámci postgraduálního vzdělávání je možné se přihlásit do specializačního vzdělávání determinovaného nařízením vlády 31/2010 Sb. o oborech specializačního vzdělávání zdravotnických pracovníků. Pro obor zdravotnický záchranář je oborem specializačního vzdělávání Urgentní medicína a označení odbornosti specialisty je Zdravotnický záchranář pro urgentní medicínu. Dříve byla možná ještě specializační sekce Zdravotnické operační středisko. Ke specializačnímu vzdělávání je možné se přihlásit přes internetové stránky Ministerstva zdravotnictví ČR.

Absolvent po úspěšném ukončení oboru (diplomovaný) zdravotnický záchranář nabývá odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání. Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků nám stanovuje činnosti zdravotnických záchranářů bez odborného dohledu nebo s odborným

dohledem. K tomu, aby zdravotnický záchranář mohl vykonávat své povolání samostatně (bez trvalého dohledu), musí splnit dvě podmínky – splňovat podmínky vzdělání (př. délky praxe dle zákona) a vlastnit osvědčení, vydávané Ministerstvem zdravotnictví ČR (být evidován v Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu). Při dosažení úrovně Výkonu povolání bez odborného dohledu, můžeme hovořit o nejvyšší kategorii výkonu povolání, kdy záchranář je plně odborně způsobilý vykonávat činnost zcela samostatně (většinou však dle indikace lékaře); přičemž není rozhodující, zda-li je nebo není lékař přítomen. Osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu je vydáváno na deset let. Během těchto deseti let je nutné splnit dle zákona 96/2004 Sb. výkon zdravotnického povolání minimálně 1 rok v rozsahu minimálně poloviny stanovené týdenní pracovní doby nebo minimálně 2 roky v rozsahu minimálně pětiny týdenní pracovní doby a získání 40 kreditů z celoživotního vzdělávání; nebo doklad o složení zkoušky, kterou se ověřuje způsobilost k výkonu příslušného povolání dle § 71 výše jmenovaného zákona a prováděcího předpisu vyhlášky č. 189/2009 Sb.

Kredity je možné získávat dle ustanovení vyhlášky 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků.

Současné podmínky na trhu práce jsou velmi komplikované. Nejedna záchranář má problémy se po absolvování školy uplatnit na trhu práce ve svém vystudovaném oboru, který je společností vnímán jako velmi prestižní povolání. Pro představu o stavech zájemců byla provedena sondáž skrze kraje. Ředitelé záchranných zdravotnických služeb či personalisté byli dotázáni na množství zájemců, kteří spadají na jednu volnou pozici zdravotnického záchranáře, popř. na celkové množství přihlášek na danou pozici to k datu 25. 3. 2012.



Kraj	Počet žádostí
Hlavní město Praha	bez reakce na dotaz
Jihočeský kraj	45
Jihomoravský kraj	35
Karlovarský kraj	bez reakce na dotaz
Královéhradecký kraj	46
Liberecký kraj	9-10 žadatelů na 1 místo zdrav. záchranáře
Moravskoslezský kraj	43
Olomoucký kraj	117
Pardubický kraj	nepodařilo se vykorespondovat
Plzeňský kraj	5-6 žadatelů na 1 místo zdrav. záchranáře
Středočeský kraj	297
Ústecký kraj	7-8 žadatelů na 1 místo zdrav. záchranáře
Vysočina	bez reakce na dotaz
Zlínský kraj	50

Samozřejmě tuto sondáž nemůžeme brát zcela relevantně, protože není vytvořena selekce těch zájemců, kteří mohou mít podány své žádosti duplicitně, i na několik krajů

Jen v České republice je příležitostí ke studiu, jak pregraduálního, tak i postgraduálního vzdělávání velké množství. Dovolil bych upozornit na absenci regulérního hodnotitele výsledků jednotlivých univerzit, popř. fakult, který by hodnotil/reguloval celkovou úroveň budoucích absolventů. V současnosti každá univerzita/vysoká škola má jiné nároky na své studenty, stejně tak i obsah praktických úkonů, které musí během studia zvládnout. Následně je z průřezu o zájemce na pozici zdravotnického záchranáře vidět, že uplatnění na trhu práce je velmi složité. Je tedy nutné zvyšovat si vzdělání i kvalifikaci, abychom nejen uspěli v konkurenci na trhu práce, ale mohli své vědomosti a dovednosti vždy efektivně použít k pomoci potřebnému.

Použité zdroje:

NV o oborech specializačního vzdělávání zdravotnických pracovníků zdravotnických povolání. In: *31/2010*. 2010.

Vyhláška 423/2004. 2004.

Vyhláška na požadavky na studijní progr. nelékařských zdravotnických povolání. In: *39/2005*. 2005.

Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odbor. pracovníků. In: *55/2011*. 2011.

Vyhláška o zkouškách podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních. In: *189/2009*. 2008.

Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. In: *96/2004*. 2004.

Zákon o zdravotnické záchranné službě. In: *374/2011*. 2011.

Mgr. Pavel Böhm

Pavel.bohm@fbmi.cvut.cz

České vysoké učení technické v Praze

Katedra lékařských a humanitních oborů

Fakulta biomedicínského inženýrství

Nám. Sítná 3105, 272 01 Kladno

Citace příspěvku:

BÖHM, Pavel. Vzdělávání záchranářů v České republice. In: *SBORNÍK ABSTRAKT IV. odborné konference KZ ZZS ČR: „VAROVNÉ KASUISTIKY“*. Ed. Pavel Böhm. 1. vyd. Olomouc: Komora záchranářů ZZS ČR, 2012, s. 35-40. ISBN 978-80-260-1969-5. Dostupné z: <http://www.komorazachranaru.eu>

Vzduchem, po vodě, ve vodě a chvílemi i pod vodou

Cvrček David ¹

¹ ZZS Olomouckého kraje, Letecká záchranná služba Olomouc

Kazuistika popisuje resuscitaci utonulé ženy posádkou letecké záchranné služby (LZS) v zatopeném lomu v nestandardních podmínkách, spolupráci s laickými záchranáři a hasiči na místě zásahu. Upozorňuje na důležitost získání maxima informací od oznamovatele operátorem zdravotnického operačního střediska (ZOS) a následné předání těchto informací posádce zdravotnické záchranné služby (ZZS).

Klíčová slova: letecká záchranná služba – resuscitace tonoucího

Úvod

Indikací pro zásah LZS je v České republice mj. vážně nemocný či zraněný v nepřístupném terénu s předpokládanou prodlevou či nemožností dojezdu pozemní posádky ZZS. Každý takový zásah je svým způsobem specifický a posádky jsou často nuceny improvizovat. Takový byl i zásah popisován v kazuistice.

Kazuistika

Je červen, horké sobotní odpoledne roku 2010 a teplota vzduchu přesahuje 30 °C ve stínu. Jako člen týmu LZS na základně v Olomouci pilně pracuji na denním harmonogramu práce. Pro zasvěcené z toho jasně vyplývá, že v posádce pracuji na pozici zdravotnického záchranáře. Dalšími členy posádky je pilot a lékař.

V 14:37 je operačním střediskem aktivována LZS k zásahu v bývalém těžebním prostoru Výkleky, zatopeném lomu, nedaleko obce stejného názvu, nacházející se asi 20km východně Olomouce. Tato lokalita je v letních měsících hojně využívána veřejností ke

koupání a rekreaci. Na místě se má nacházet mladá žena v bezvědomí, vytažená z vody, na které je prováděna laická KPR.

Po startu v 14:39 a asi pětiminutovém letu spatřujeme vodní hladinu hustě obléhanou vody chtivými návštěvníky koupaliště. Z tohoto důvodu si vybíráme pro místo bezpečného přistání louku nad lomem a rozhodujeme se k pláži dostat i s vybavením po vlastní ose. V tuto chvíli se mylně domníváme, že místo události je právě na oné pláži, která je i podle našich osobních zkušeností jediným vhodným přístupem k vodě.

Konečně jsme na pláži, ale zaráží nás prvotní bezstarostný poklid místa, kde se má odehrávat drama. Při dotazování se, nám po chvíli někdo z davu ukazuje na protější asi 100 m vzdálený břeh (obr.1), pod dvacetimetrovým skalním svahem (shora nepřístupným), kde vidíme několik mávajících postav. Okamžitě o situaci informujeme ZOS a požadujeme na místo HZS s patřičným vybavením pro práci na vodní hladině. V tento moment ke komunikaci používáme služební mobilní telefon. Zároveň se po chvíli rozhlížení snažíme ke břehu přivolat v blízkosti se v nafukovacím člunu plavící mladé lidi.

Na místo se chceme dostat v malém člunu, neboť je nám jasné, že čekat na hasiče nemůžeme. Veškeré vybavení naskládáme do nafukovací loďky a za pomoci pádel a dvou dobrovolníků, kteří člun tlačí zezadu, se přibližujeme k protějšímu břehu. Po chvíli před sebou rozeznáváme skupinu záchránců, kteří se sklání nad bezvládným tělem, uloženým na jediném možném místě (rozměrný, plochý skalní výběžek) provádí nepřímou srdeční masáž a dýchání z úst do úst. Uplyne ještě několik okamžiků a přirážíme ke břehu. Při vystupování ze člunu na chvíli mizím pod vodní hladinou, v tu samou chvíli přicházíme o služební telefon. Když se vynořím a přitáhnou člun ke břehu, společně s lékařem přebíráme péči o postiženou, přičemž i nadále využíváme přítomné k pomoci při záchraně.

Žena bez známek života, cyanóza aker a obličej, v areflektořickém komatu, fixovaná mydriáza, bezdeší, Na EKG asystolie. Zajišťujeme dýchací cesty OTI, odsáváme zpěněné, narůžovělé sputum, lékař

ventiluje pacientku ručním křísícím vakem. Po pás ve vodě, zajišťuji v kubitě levé horní končetiny PŽL, podáváme Adrenalin, nepřetržitě a za vydatné pomoci přítomných pokračujeme v nepřímé srdeční masáži. Několik dobrovolníků využíváme k fixaci pomůcek na příkrém skalnatém břehu. Po cca 15 minutách po opakovaném podání Adrenalinu se na EKG objevuje účinný spontánní rytmus s hmatným pulsem na centrálních tepnách, sporným na periférii. Nezdravotníci se začínají orientovat v našich pomůčkách a jsou stále užitečnější.

Během oživovacích pokusů sbíráme od přítomných informace o časovém sledu událostí a snažíme se zorientovat v tom, co se stalo. Zjišťujeme, že mladá žena je na koupališti s přáteli, že zde stanují, popíjeli alkohol, že ji nějakou chvíli pohřešovali, nepamatují si ale, jaký čas uplynul do doby nálezu jejího těla potápěčem, který se zrovna náhodou pohyboval v těch místech a započal se záchrannými úkony.

Na pláži se objevují hasiči a spouštějí na hladinu motorový člun. Ruční vysílačkou, kterou vozíme v lékařském batohu (proto je stále funkční) a slouží ke komunikaci mezi členy posádky vrtulníku, žádáme pilota, aby nám po hasičích poslal transportní ventilátor. Po příjezdu hasičů napojujeme pacientku na ventilátor, zjišťujeme ale, že ten se v daném případě nedá použít pro extrémní inspirační tlaky, proto lékař i nadále ventiluje pacientku ručně za pomoci ambuvaku.

Po cca 5 minutách opět nehmatný puls, na EKG bezpulsová elektrická aktivita srdeční. Pokračujeme v KPCR i když vzhledem k získaným informacím a stavu pacientky je nám stále jasnější, že prognóza není dobrá. Stále se snažíme o obnovení účinné srdeční akce, to už se nám ale ani na chvíli nepodaří, na EKG asystolie, zornice jsou mydriatické bez reakce.

Za stálého monitoringu pokračujeme v resuscitaci, kterou lékař po 60 minutách marného snažení o obnovu srdeční akce ukončuje a konstatuje smrt pacientky.

Mobilním telefonem zapůjčeným od HZS kontaktujeme ZOS, informujeme dispečera o ukončení oživovacích prací a následném organizování transportu těla a jeho ohledání na pevnině. Po vypsání potřebné dokumentace předáváme tělo PČR, která je již tou dobou

na místě a započíná s vyšetřováním okolností neštěstí. Po dvou a půl hodinách startujeme z místa události a můj pracovní oděv je i přes nechtěnou koupel naprosto suchý. To jen k dokreslení toho v jakých podmínkách jsme se v to odpoledne na rozžhavené skále pohybovali.

Na co jsem chtěl touto kazuistikou poukázat a z čeho bych se chtěl do budoucna poučit? Nutnost maximálního vytěžení oznamovatele události dispečerem ZOS, dále pak s ohledem na to, jak se modernizuje a automatizuje proces předávání výzev posádkám a čím dál méně dochází k přímé komunikaci mezi dispečerem a posádkou samou, je velmi důležité a to hlavně v případech, kdy lze předpokládat, že zásah bude probíhat za nestandardních podmínek například v blízkosti vodní hladiny či přímo na ní, ve výškách, v podzemí a podobně, okamžitě po převzetí výzvy dále komunikovat s operačním střediskem a z vlastní iniciativy navrhnout možná další opatření a kroky, které by předcházely situacím popsáním v mé kazuistice.

Někdo možná namítne, že je to samozřejmé. Ale v to dané odpoledne jsme se spokojili pouze s tím, že víme, kam letíme, co se tam asi stalo a že místo dobře známe. Nenapadlo nás doptat se dispečera, zda se záchránci nacházejí na místě dostupném bez použití speciálního vybavení (v tomto případě motorového člunu), nebo naopak, zda se nenacházejí na některém z nedostupných míst, kam se bez speciálního vybavení nedostaneme.

Pokud bychom svým dotazováním se, takovou informaci získali hned na začátku, mohl dispečer okamžitě s námi vyslat na místo HZS s patřičným vybavením pro práci na vodní hladině a výrazně tak zkrátit dobu, po kterou jsme na příjezd hasičů čekali.

Když pomínu smutný konec celého příběhu, musím konstatovat, že bylo dílem šťastné náhody, že jsme se k postižené s celým vybavením vůbec dostali. A to jsem se nezmínil o reakcích davu na koupališti, který na chvíli získal dojem, že jsme sice přiletěli, ale teď budeme celou akci pouze pozorovat z protějšího břehu. Mám na mysli čas, než se nám podařilo sehnat malou nafukovací loďku.

Až po návratu na základnu nám začali docházet i další možné komplikace, které nás v ten den naštěstí nepotkaly. A to když jsem si uvědomil, že při plavbě v malém nafukovacím člunu (z části zatopeném vodou) a při vystupování z něj, jsem kromě mobilního telefonu za pár set korun mohl utopit třeba Lifepak 15 nebo jinou ne levnou součást vybavení.



Obr.1 Přírodní koupaliště Výkleky. Místo zásahu je na obrázku označeno žlutě.

David CVRČEK

Citace příspěvku:

CVRČEK, David. Vzduchem, po vodě, ve vodě a chvílemi i pod vodou. In: *SBORNÍK ABSTRAKT IV. odborné konference KZ ZZS ČR: „VAROVNÉ KASUISTIKY“*. Ed. Pavel Böhm. 1. vyd. Olomouc: Komora záchranářů ZZS ČR, 2012, s. 41-45. ISBN 978-80-260-1969-5. Dostupné z: <http://www.komorazachranaru.eu>

Kurz Advanced Life Support pro záchranáře

Ježek Tomáš¹

¹ *Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje, vzdělávací a výcvikové středisko, Hradec Králové, Česká republika*

Úvod

Evropská rada pro resuscitaci je pořadatelem kurzů, které jsou v rámci celé evropské unie vysoce ceněny a garantují kvalitu. Tyto kurzy zaručují, že absolvent je schopen své znalosti a dovednosti uplatnit při řešení život ohrožujících stavů. Kurzy se pořádají v různých evropských zemích. Nejčastěji tvoří vzdělávací tým zkušení lektoři z těchto zemí. V současné době není na území České republiky kurz v mateřském jazyce. Tento stav se předpokládá v následujících letech. Na pořádání kurzu, stejně jako na mezinárodní tým lektorů, jejich počet, počet studentů (24 na kurz maximálně) jsou přísná kritéria výběru. Tímto ERC zaručuje vysokou kvalitu a jednotný obsah kurzu. Úspěšný student kurzu obdrží certifikát, který je akceptovaný v eurozóně, ale taky ve světě, například v Kanadě nebo Austrálii. V některých zemích je tento kurz povinný pro pracovníky urgentní a intenzivní medicíny. Například ve Švýcarsku pro lékaře záchranná služby.

Evropská resuscitační rada vyvinula kurz Advanced life support v 90 letech minulého století. Kurzy jsou založeny na aktuálních doporučeních ERC. Účastníkem kurzu může být nejenom lékař, ale také nelékařští zdravotničtí pracovníci. Cílem ALS kurzu je naučit teorii a praktické dovednosti, které umožňují předcházet a léčit efektivně kardiopulmonální zástavu, vyřešit situace, které mohou vést k zástavě a resuscitovat za zvláštních okolností. Dalším cílem je naučit účastníky pracovat v multidisciplinárním týmu v různých rolích, takzvané netechnické dovednosti. ALS kurz trvá dva dny a je velmi intenzivní.

Autor je absolventem kurzu a držitelem certifikátu Evropské rady pro resuscitaci ALS provider. Metody použité v příspěvku jsou:

empirické pozorování, rozhovor a analýza manuálu kurzu a další analýza dokumentů ERC (full guidelines 2010).

Příprava na kurz

Kurz se skládá z přednášek, stanovišť pro praktický nácvik scénářů, workshopů a pravidelných hodnocení výkonů účastníků. Současné kurzy jsou pořádány ve spolupráci České, Polské a Britské resuscitační rady. V současné době je jednacím jazykem angličtina. Dobrá znalost medicínské angličtiny je nutným předpokladem nejenom pro práci v kurzu, ale také při studování manuálu. Tento 180 stránkový manuál vám přijde čtyři týdny před zahájením kurzu. Do kurzu je potřeba při přihlášení zaplatit účastnický poplatek. Ten se pohybuje kolem 15 tisíc korun. Díky České resuscitační radě je možnost získat stipendium 9.400 korun z grantu Evropské komise. Stipendium se přiděluje na základě veřejné soutěže a o přidělení rozhoduje výběrová komise České resuscitační rady na základě profesního životopisu, motivačního dopisu a reference.

Současně s manuálem obdržíte i vstupní test. Test má 30 otázek se čtyřmi možnostmi odpovědí. Ke každé možnosti je nutné se vyjádřit, zda je správná nebo ne. Test se odevzdává při registraci a je vyhodnocen. Je potřeba dosáhnout určitého počtu bodů, které jsou předpokladem k účasti na kurzu. Všechny odpovědi lze nalézt v manuálu. Test je tedy reflexí přípravy na kurz. Z osobní zkušenosti doporučuji připravit se nejenom po stránce obsahové, ale hlavně naučit se a vyzkoušet si všechny uvedené postupy a schémata.

Průběh kurzu

První den začíná registrací a představením lektorů a účastníků. Kurz vede ředitel kurzu se svým zástupcem a další lektoři. Jedná se o odborníky v urgentní a intenzivní medicíně, kteří jsou certifikovanými instruktory ERC. Počet lektorů je 12. Účastníků je maximálně 24 a každý lektor je současně mentorem pro 2 účastníky. Účastníci se mohou kdykoliv během kurzu obrátit na své mentory, kteří jsou jim k dispozici. Následují klíčové přednášky ALS, součástí je rovněž demonstrace scénáře léčby srdeční zástavy s důrazem na

netechnické dovednosti. Dovednosti vedení, komunikace v týmu, vykonávání rozhodnutí apod. Po krátké přestávce již pracují účastníci v týmech po 6 lidech na 4 stanovištích, kde jsou přítomni 3 lektoři. Práce v takovéto malé sociální skupině je velmi efektivní. Po celou dobu kurzu se udržuje vnitřní dynamika skupiny. Součástí prvního dne jsou stanoviště dovedností jako je management zajištění dýchacích cest, čtení EKG záznamů, vyšetření dle algoritmu ABCDE, bezpečnost při defibrilaci a dovednosti BLS (správná technika kompresí hrudníků a ventilace BVM měřená prostřednictvím modelu napojeným na počítač). Po 45 minutách se přechází z jednoho stanoviště na druhé. Vzhledem k intenzitě kurzu je opravdu krátký čas na přesun a každé stanoviště je navrhnuté tak, aby se stihl realizovat daný scénář a zhodnotit výkon. Během prvního dne se všichni vystřídají v rolích vedoucích a členů resuscitačního týmu. Ukončení prvního dne je oddychový workshop na téma etiky, statutu neresuscitovat a komunikace s příbuznými. Příjemným zakončením je společná večeře. Před večeří se koná setkání lektorů, kteří hodnotí zkušenosti a práci jednotlivých účastníků v průběhu dne. Toto dílčí hodnocení je součástí celkového hodnocení zakončeného zkouškou a testem.

Druhý den pokračuje stejně intenzivně jako den první. Témata druhé dne jsou ovšem náročnější. Jedná se o workshopy řešení rytmů s možným vývojem k zástavě oběhu, jako je bradykardie a tachykardie, včetně terapeutického zásahu. Taktéž se workshop věnuje analýze arteriálních plynů. Po přestávce následují náročné scénáře resuscitace za zvláštních okolností. Jimiž jsou otravy, metabolické rozvraty, elektrotrauma, stav po tonutí, anafylaxe, resuscitace u těhotných, hypovolémie a astmatický pacient. Tyto scénáře jsou velmi náročné, vzhledem k tomu, že potřeba znát všechna doporučení, postupy, farmakoterapii a následnou péči. Navíc se situace během vyšetření a terapie mění a je potřeba na tyto změny okamžitě reagovat. Před samotnou zkouškou a testem jsou poslední workshopy scénářů srdečních zástav. Náročnost opravdu vrcholí, protože v této situaci je dynamika vývoje zástavy a její

řešení opravdu pestrá a vedoucí týmu musí nejenom správně postupovat, dělat rozhodnutí, komunikovat s týmem a lektorem, ale také uvažovat o všech možných reverzibilních příčinách a následné péči v případě, že je stav pacienta stabilizován. Během tohoto scénáře jsou taktéž hodnoceni členové týmu, jejich dovednosti, komunikace atd.

Nyní je čas složit zkoušku. Z osobní zkušenosti je to čas, kdy je druhý den odpoledne velmi intenzivního kurzu a člověk je unaven, zahlcen novými a zcela efektivními způsoby zvládnání situací. To co se účastník nenaučil z manuálu a nevyzkoušel během kurzu, se již před samotným čekáním na zkoušku nedá stihnout. Navíc stres, který na každého působí jinak, umocňuje nejenom zkouška samotná, ale také vědomí, že je potřeba zvládnout situaci, která může obsahovat cokoli z témat kurzu. První polovina studentů se odebírá ke zkoušce a druhá absolvuje test, který je podobný tomu, který byl součástí přípravy. Po ukončení testů a zkoušek se odebírají lektori k jednání o výsledcích. Výsledky jsou prezentováni individuálně prostřednictvím mentora

Intenzita a náročnost kurzu je uvedena v předchozí části abstraktu. Z pohledu záchranáře je tento kurz velmi náročný a přínosný. Samotná struktura a obsah kurzu je na velmi vysoké úrovni. Z pohledu akademického vzdělávání chybí na školách tento způsob výuky. Jsme učeni v bakalářských oborech předmětově a v kategoriích. Ovšem už nemáme dostatek odpovídajících nácviků postupů k zvládnání stavů a neorientujeme se v dynamice akutních stavů. S těmito situacemi se setkáme až v každodenní praxi a teprve až ze zpětné vazby si uvědomíme co je potřeba příště udělat jinak. Kurz ALS je velmi dobrou přípravou na tyto situace. Každý absolvent je schopen nejenom rozpoznat blížící se problém, ale také univerzálními algoritmy zvládat vzniklé situace ku prospěchu pacienta. Kurz doporučuji všem záchranářům. Rovněž lékařům, kteří jsou ve vedoucí roli a uplatní netechnické dovednosti, které taktéž nejsou součástí kurikulárního vzdělání. Za přínosné hodnotím

možnost pracovat pod supervizí zkušených lektorů a získat objektivní hodnocení vlastní práce.

Bc. Tomáš JEŽEK

Citace příspěvku:

JEŽEK, Tomáš. Kurz Advanced Life Support pro záchranáře. In: *SBORNÍK ABSTRAKT IV. odborné konference KZ ZZS ČR: „VAROVNÉ KASUISTIKY“*. Ed. Pavel Böhm. 1. vyd. Olomouc: Komora záchranářů ZZS ČR, 2012, s. 46-50. ISBN 978-80-260-1969-5. Dostupné z: <http://www.komorzachranaru.eu>



SBORNÍK ABSTRAKT

IV. odborné konference KZ ZZS ČR:
„VAROVNÉ KASUISTIKY“

1. vydání, 2012

50 str.

ISBN 978-80-260-1969-5