

ZZS v České republice, dostupnost lékaře v přednemocniční neodkladné péči

Dne 6. března 2014 uspořádala Česká lékařská komora v Poslanecké sněmovně konferenci s názvem „24hodinová dostupnost lékařské péče“. Jeden z bloků byl věnován i problematice zdravotnické záchranné služby (ZZS). Následující text je shrnutím prezentace, která byla přednesena z podnětu Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky (AZZS ČR).

ZZS je v současné době plně zajišťována kraji, do jejichž samosprávné působnosti byla převedena na základě změn ve státoprávním uspořádání po zániku okresních úřadů ke konci roku 2002. Do této doby byly záchranné služby jako samostatné příspěvkové organizace zřizovány buď Ministerstvem zdravotnictví (jako takzvaná Územní střediska záchranné služby) nebo nejčastěji okresními úřady.

Historicky první zákon (374/2011 Sb. v platném znění, dále jen „Zákon“), který je plně věnován zdravotnické záchranné službě, ustanovil pro ZZS mimo jiné tyto hlavní úkoly a vymezení:

- poskytuje odbornou přednemocniční neodkladnou péči
- zajišťuje provoz tísňové linky 155
- ZZS je základní složkou Integrovaného záchranného systému (IZS)
- zajišťuje také transporty mezi ZZ, včetně transportů orgánů a tkání.

V roce 2012 disponovala ZZS v ČR celkem 295 výjezdovými stanovišti (včetně LZS) a 779 výjezdovými skupinami. Tyto se člení na osádky rychlé lékařské pomoci (RLP), rychlé zdravotnické pomoci (RZP), rychlé lékařské pomoci v setkávacím systému (tzv. „Rendez-vous“ – RLP RV) a letecké záchranné služby (LZS). Ve výjezdových skupinách je evidováno více než 3100 přepočtených pracovních úvazků, z toho téměř 1000 lékařských.

Zákon nově definoval také dostupnost ZZS, stanoví ji především prostřednictvím síťotvorného časového intervalu 20 minut, konkrétně v § 5 Zákona, kde se mimo jiné praví, že:

1) Dostupnost zdravotnické záchranné služby je dána zejména plánem pokrytí území kraje výjezdovými základnami zdravotnické záchranné služby (dále jen "výjezdová základna").

(2) Plán pokrytí území kraje výjezdovými základnami stanoví počet a rozmístění výjezdových základen v závislosti na demografických, topografických a rizikových parametrech území jednotlivých obcí a městských částí hlavního města Prahy tak, aby místo události na území jednotlivých obcí a městských částí bylo dosažitelné z nejbližší výjezdové základny v dojezdové době do 20 minut.

(3) Dojezdová doba se počítá od okamžiku převzetí pokynu k výjezdu výjezdovou skupinou od operátora zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska. Dojezdová doba musí být dodržena s výjimkou případů nenadálých nepříznivých dopravních nebo povětrnostních podmínek nebo jiných případů hodných zvláštního zřetele; v těchto případech si poskytovatel zdravotnické záchranné služby vyžádá pomoc od ostatních složek integrovaného záchranného systému podle § 11 odst. 4, je-li podle okolností tato pomoc možná a účelná.

Dojezdová doba do 20 minut od převzetí výzvy operátorem je povinným parametrem, který je u záchranných služeb sledován a vyhodnocován.

Zákon ukládá také druh a složení výjezdových skupin ZZS, toto řeší v § 13 , kde je určeno, že:

(1) Výjezdovou skupinu tvoří zdravotničtí pracovníci, vykonávající činnosti zdravotnické záchranné služby uvedené v § 4 písm. d) a f) až j). Výjezdová skupina má nejméně 2 členy; z členů výjezdové skupiny určí poskytovatel zdravotnické záchranné služby jejího vedoucího.

(2) Podle složení a povahy činnosti se výjezdové skupiny člení na

a) výjezdové skupiny rychlé lékařské pomoci, jejichž členem je lékař,

b) výjezdové skupiny rychlé zdravotnické pomoci, jejichž členy jsou zdravotničtí pracovníci nelékařského zdravotnického povolání.

(3) Podle typu dopravních prostředků, které využívají ke své činnosti, se výjezdové skupiny člení na pozemní, letecké a vodní.

(4) Výjezdové skupiny mohou vykonávat činnost též v rámci setkávacího systému, kdy operátor zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska vysílá na místo události jednu nebo více výjezdových skupin rychlé lékařské pomoci a jednu nebo více výjezdových skupin rychlé zdravotnické pomoci, kde se setkají. Výjezdové skupiny vykonávají činnost na místě události podle situace samostatně nebo společně.

(5) Podrobnosti o činnosti výjezdových skupin a označení jejich členů v místě mimořádné události s hromadným postižením osob stanoví prováděcí právní předpis.

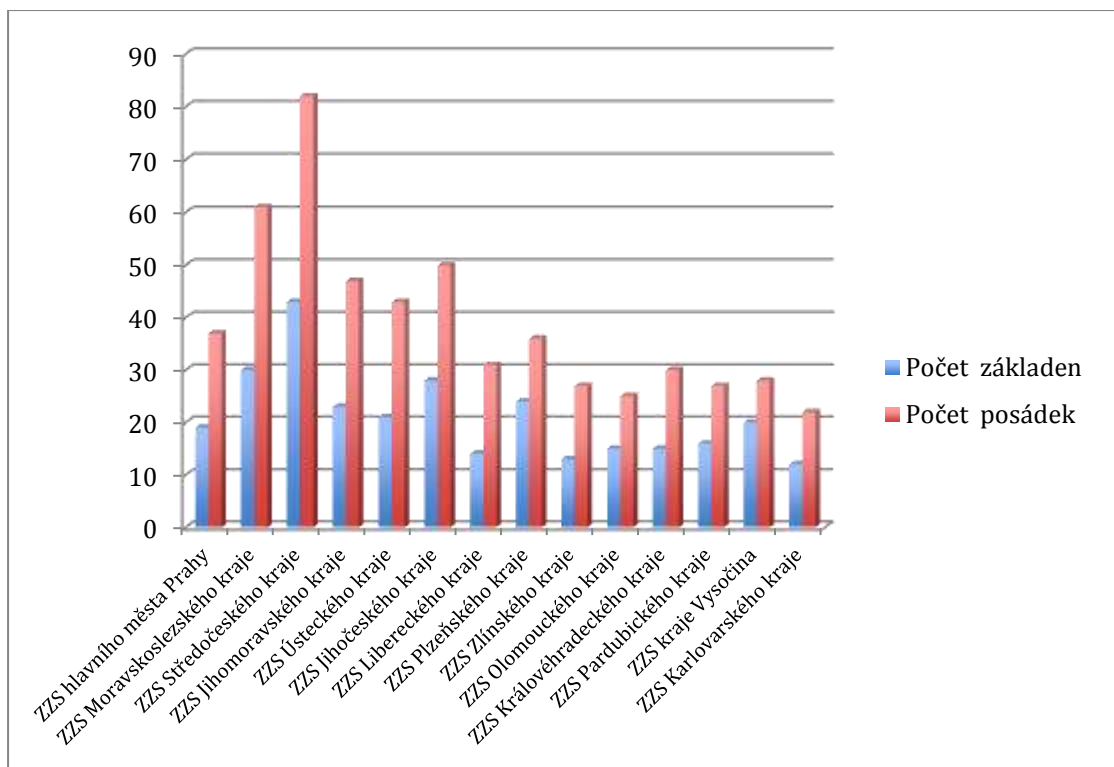
Výjezdové skupiny s lékařem tvořily v roce 2012 ČR cca 26%. V roce 2013 zasahovaly osádky ZZS u bezmála 1 miliónu zásahů, každou hodinu se v ČR odehrálo více než 100 zásahů ZZS. Podrobná data za rok 2013 jsou uvedena v tabulce 1 a grafech č. 1. a 2.

Tabulka 1:

	Celkový počet výjezdů	Počet výjezdů úraz. Dg	Počet výjezdů doprav. neh.	Počet výjezdů AIM	Počet výjezdů CMP	Počet KPR	Počet výjezdů 0-18let	Počet výjezdů starší 18let	Počet základen	Počet posádek
ZZS hlavního města Prahy	122717	26866	2827	608	2980	554	8863	98975	19	37
ZZS Moravskoslezského kraje	103834	19057	2267	2846	3875	1055	7848	95986	30	61
ZZS Středočeského kraje	100027	18929	4309	2292	3850	795	9316	90811	43	82
ZZS Jihočeského kraje	89234	16356	2961	1313	2284	639	7225	82009	23	47/42*
ZZS Ústeckého kraje	75546	13822	2094	934	1887	992	6524	69022	21	43
ZZS Jihočeského kraje	72860	14348	2893	2885	1729	575	6586	65874	28	50
ZZS Libereckého kraje	65992	7044	2756	882	1736	1097	5970	59722	14	31
ZZS Plzeňského kraje	53033	8258	1978	976	1936	300	4267	48766	24	36
ZZS Zlínského kraje	52214	9837	1237	638	2821	396	2857	40715	13	27
ZZS Olomouckého kraje	47816	9859	1274	957	1959	369	3837	43779	15	25
ZZS Královéhradeckého kraje	45215	9721	1366	882	1815	497	4284	40831	15	30
ZZS Pardubického kraje	44844	7804	1560	428	965	410	3917	40527	16	27/25*
ZZS kraje Vysočina	36800	6966	1568	1801	2251	541	2923	34077	20	28
ZZS Karlovarského kraje	37566	6749	864	700	1157	263	3272	34294	12	22
Celkem ČR	945798	173836	28354	16542	29245	8883	76389	845588	293	546/539*

Počet výjezdů za		Úrazové Dg. všechny výjezdy úrazů	*Den/Noč
rok	945798	AIM: 16542	
měsíc	78817	CMP: 29245	
den	2591	KPR: 8883	
hodina	108		
minuta	1,80	Sloupce jsou vždy vybranou částí celkového počtu.	

Graf 1.



Graf 2.



I když se v posledních letech stále mírně snižuje počet výjezdových skupin s lékařem a naopak stoupá zapojení a úloha výjezdových skupin nelékařských (RZP), neznamená to v žádném případě, že lékař není v přednemocniční fázi neodkladné péče potřebný. Je tomu přesně naopak – úloha lékaře je naprosto nezbytná a nenahraditelná a důvody a argumenty jsou především odborné. Tento fakt je třeba stále a opakovaně zdůrazňovat, neboť se čas od času (nejinak je tomu v poslední době) objevují názory, že vše vyřeší tzv.: „paramedický“ systém po vzoru některých zemí (např. USA), kde prakticky veškerou činnost v terénu vykonávají (až na výjimky) nelékařští zdravotníci. Vyslovení podobného názoru je však možné pouze na základě naprosté neznalosti problematiky, neboť systémy poskytování přednemocniční a nemocniční neodkladné péče mají hluboké historické, geopolitické a mnohé další důvody pro svou současnou podobu a tudíž jsou mimo oblast, kde se vznikly, nepřenosné.

Vysvětlení všech souvislostí je velmi komplexní a překračuje možnosti tohoto článku. Zjednodušeně lze říci, že tam, kde prakticky v každé nemocnici je nízkoprahový urgentní příjem („Emergency“), je možno v terénu provést jen základní život a zdraví zachraňující a stabilizující výkony, neboť pacient bude směřován převážně do nejbližší nemocnice. Veškerá další diagnostika a léčba bude prováděna až na příslušném *emergency*. Na straně druhé – ve „staré“ kontinentální Evropě existuje často v jednom městě či regionu několik různých nemocnic, ale řada z nich neposkytuje nepřetržitě služby veškerých oborů a jen

některé z nich disponují urgentním příjmem. Je pak nezbytné stanovit již na místě události, jakého druhu je pacientovo postižení, protože podle toho proběhne jeho směrování do různých zdravotnických zařízení, často na zcela opačnou stranu (například bezvědomí úrazového původu do nemocnice A, 30 km na sever, bezvědomí v důsledku cévní mozkové příhody do nemocnice B, 20 km na jih, atd.). Rozhodnutí kam pacienta směřovat (tzv. „trriage“) je velmi důležitý nejen odborně diagnostický, ale také forenzní akt, který nelze svěřit nikomu jinému, než lékaři.

Počet disponibilních lékařů pro práci v PNP v České republice neustále klesá z mnoha důvodů. Hlavní příčinou je nepoměr mezi stávajícím „poolem“ lékařů, kteří stárnou a odcházejí přirozeným způsobem a lékařů, kteří do systému přicházejí nově. Současná legislativa a především kompletně zdevastovaný systém specializačního vzdělávání v posledních letech velmi limitoval počet lékařů, kteří byli oprávněni pracovat v osádkách ZZS de iure. Počet lékařů, schopných pracovat v náročných podmínkách PNP de facto je ještě daleko menší, neboť jen malé procento lékařů, splňujících zákonné předpoklady pro práci ve výjezdových skupinách se pro ni nakonec rozhodne (zodpovědnost, řada rizik, vysoký stres a další).

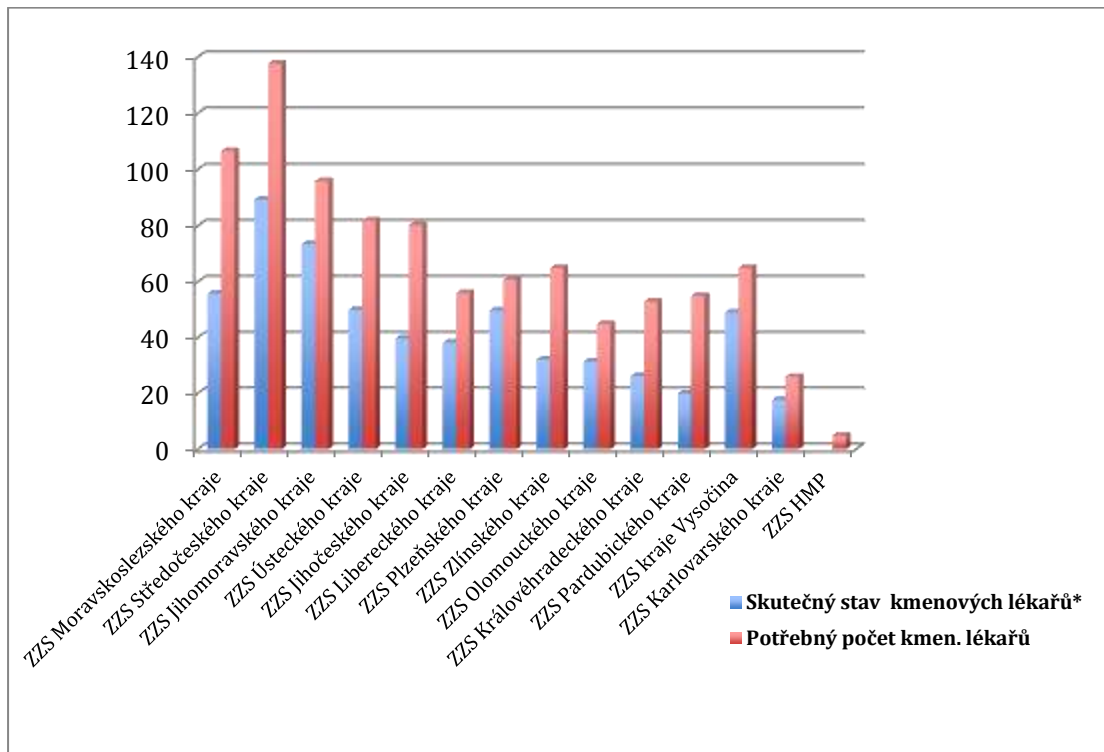
Podíváme-li se na současný stav v personálním obsazení lékařských posádek, vidíme, že závislost jednotlivých ZZS na externích pracovnících je značná, rozdíl mezi ideálním 100% pokrytím lékařských úvazků vlastními kmenovými pracovníky a skutečným stavem ukazuje *tabulka 2* a *graf 3* (průměrně je pokryto pouze cca 65% úvazků).

Tabulka 2.

Personální obsazení lékařských posádek				
	Skutečný stav kmenových lékařů*	Počet posádek s lékařem	Potřebný počet kmen. lékařů	Rozdíl potřebný -skutečný počet
ZZS Moravskoslezského kraje	55,92	23	106,6	50,68
ZZS Středočeského kraje	89,5	28	137,7	48,2
ZZS Jihomoravského kraje	73,65	20/18****)	95,95	22,3
ZZS Ústeckého kraje	50	16	82	32
ZZS Jihočeského kraje	39,8	17	80,4	40,6
ZZS Libereckého kraje	38,22	11	56,1	17,88
ZZS Plzeňského kraje	49,85	13	60,83	10,98
ZZS Zlínského kraje	32,22	14	65	32,78
ZZS Olomouckého kraje	31,5	9	45	13,5
ZZS Královéhradeckého kraje	26,31	9	53/44**	24,6
ZZS Pardubického kraje	20	11	55	35
ZZS kraje Vysočina	48,98	13	65	16
ZZS Karlovarského kraje	17,6	5	26	8,4
ZZS HMP			5	
Celkem	573,55	169,00	880,58	352,92

Pozn. * jedná se o přepočtené úvazky

Graf 3.



Situace s disponibilními lékaři na trhu práce se stále mírně, ale konstantně zhoršuje. Příčin je mnoho, pro náš segment sehrály negativní roli mnohé faktory, například:

- zrušení institutu pohotovosti na pracovišti (nikoliv z důvodů finančních)
- omezení maximální délky plánované směny na 12 hodin i u externích pracovníků na DPČ
- limit přesčasové práce měl a má určitý vliv, ale není zásadní, speciální výjimka na další dohodnutou práci přesčas v objemu až 12 hodin navíc pro ZZS nebyla reálně využitelná (dodržení přestávek mezi směnami a pod.)
- na trhu práce nedobrovolně "soupeříme" o vhodné lékaře s ostatními ZZ.

Jak již bylo zmíněno, pokles počtu disponibilních lékařů má multifaktoriální etiologii a není to náhlý a nepředpokládaný jev, nýbrž trvalý trend. Managementy jednotlivých ZZS ve spolupráci se zřizovateli i vrcholné odborné a další orgány (Společnost Urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP, Asociace ZZS ČR) tento problém řeší řadu let. Žádné jednoduché a rychlé řešení neexistuje. Pro udržení lékařů v PNP v České republice je třeba podnikat množství kroků, které se svým synergickým účinkem projeví až za několik let.

Jedno z opatření však po vzoru vyspělých evropských zemí uskutečňuje mnoho ZZS v ČR průběžně. Je jím stále výraznější zapojení lékařů do již zmíněného setkávacího systému („Rendez-vous). Francouzský termín, znamenající setkání,

označuje spolupráci více výjezdových skupin u jednoho případu. Vyvinul se v Německu a následně v řadě vyspělých „západoevropských“ zemí před více, než 30 lety a je charakterizován přítomností lékaře v osobním nebo SUV vozidle, nejčastěji ve dvoučlenné osádce spolu s řidičem – záchranářem. Výhod takového zapojení lékaře je několik:

- v menším voze dorazí tým rychleji na místo události
- skoro ve 20 % případů může lékař ponechat pacienta doma, nevyžaduje-li jeho stav bezprostředně další vyšetření či ošetření a případnou hospitalizaci
- pokud je transport do nemocnice nutný, přivolá si osádka RV na místo vozidlo RZP, (pokud nebylo vysláno současně, osádky se setkají u pacienta na místě)
- po vyšetření, provedených nezbytných úkonech, medikaci a určení směrování pacienta ve většině případů jej nemusí lékař doprovázet
- po předání pacienta osádce RZP je lékař volný pro další zásah.

Jedná se o nejefektivnější způsob zapojení lékaře do PNP. Rendez-vous by v ČR bylo daleko více rozšířeným způsobem práce již nyní, kdyby mu nebránila restriktivní politika zdravotních pojišťoven, které v současné době stále postihují systém RV finančně, protože neproplácejí více než jedné výjezdové skupině čas, souběžně strávený u jednoho pacienta.

Základním a dlouhodobým cílem všech zainteresovaných je zachovat v podmínkách PNP v České republice dostupnost lékaře. Ve srovnání s lety minulými je a bude méně lékařů, ale dobře erudovaných, ideálně zapojených formou setkávacího systému.

Pominout nelze ani zásadní úlohu nelékařských zdravotnických pracovníků (NLZP) v ZZS, kterými jsou zdravotničtí záchranáři, sestry (obě odbornosti nejen ve výjezdových skupinách, ale také na operačním středisku) a řidiči vozidel ZZS. Nelékařům postupem času narůstají nejen kompetence, ale také erudice a praktické zkušenosti.

NLZP ve vozidlech RZP spolu s lékaři v setkávacím systému tvoří moderní systém poskytování PNP, pružnější a efektivnější, než dosavadní modely.

MUDr. Roman Gregor
ředitel ZZS MSK
Výškovická 2995/40
700 30 Ostrava – Zábřeh
roman.gregor@zzsmsk.cz