



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**KOMPETENCE REŠEVALCA MOTORISTA
KOT IZVAJALCA NUJNE MEDICINSKE
POMOČI**

Mentor: Andrej Fink, MSHS (ZDA), pred. Kandidat: Veronika Vogeltnik

Jesenice, september 2012

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorju, Andreju Finku, MSHS (ZDA) pred., za vse nasvete, usmeritve, strokovno vodenje, pozitiven odnos in pomoč pri izdelavi diplomskega dela.

Zahvaljujem se doc. dr. Brigiti Skela Savič in mag. Renati Rajapakse, viš. pred., za recenzijo diplomskega dela ter vsem reševalcem motoristom, ki so sodelovali v raziskavi.

Posebej se zahvaljujem družini in prijateljem, ki so me spodbujali in me podpirali med študijem in pisanjem diplomskega dela.

Hvala tudi vsem drugim, ki so mi kakor koli pomagali pri diplomskem delu.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Reševalci motoristi so izvajalci nujne medicinske pomoči s specifičnim načinom dela. V zadnjem času postaja vse pomembnejše zavedanje lastnih odgovornosti in pristojnosti, ki jih daje stopnja izobrazbe, vendar v delovnem okolju navadno za razmislek o tem ni veliko časa.

Cilji: Glavni cilj diplomskega dela je prikazati delo in opisati kompetence reševalca motorista, pokazati soočanje s preseganjem kompetenc pri delu in dokazati, da na področju kompetenc reševalcev motoristov še marsikaj ni dorečeno, kot bi moralo biti.

Metoda: V diplomskem delu smo za raziskovalno metodo uporabili kvalitativno raziskavo s pomočjo nestandardiziranega polstrukturiranega intervjuja. Raziskava je temeljila na deskriptivni (opisni) metodi kvalitativnega in kvantitativnega empiričnega raziskovanja. Intervjuje smo izvedli s petimi reševalci motoristi.

Rezultati: Intervjuji z reševalci motoristi, udeleženi v raziskavi, so predstavljali osnovo za oblikovanje glavne kategorije »kompetence reševalca motorista«. Znotraj glavne kategorije smo določili 5 kategorij (»oblike intervencij in dostopni čas«, »način dela«, »preseganje kompetenc«, »rešitve« in »dileme«) in 22 kod. Z izvedeno raziskavo smo ugotovili, da so vrste intervencij reševalcev motoristov zelo raznolike, dostopni čas pa krajši od reševalnega vozila. Reševalci motoristi pri svojem delu izvajajo tudi tiste intervencije, ki niso v njihovih pristojnostih, zato prihaja do preseganja kompetenc. Dileme pri delu so prisotne, vendar pretehta rešitev življenja.

Razprava: Rezultati raziskave so pokazali, da so reševalci motoristi dobro usposobljeni za svoje delo, problematika pa se pojavlja v formalni izobrazbi. Rezultati dela reševalcev motoristov so že od začetka spodbudni, predvsem v krajšem dostopnem času. Do preseganja kompetenc prihaja konstantno, včasih celo ob prisotnosti zdravnika. Problematiko kompetenc reševalcev motoristov oz. reševalcev na splošno bi bilo potrebno urediti na hiter, dober in pravičen način, ki je povezan s primernim plačilom. Najboljša rešitev problematike kompetenc se kaže z uvedbo magistrskega ali specialističnega študija iz nujne medicinske pomoči.

Ključne besede: reševalec motorist, kompetence, izvajanje nujne medicinske pomoči z motorjem, reševalni motor.

SUMMARY

Theoretical starting points: Motorcycle paramedics are specific providers of emergency medical service with specific methods of work. Over recent years awareness of their personal responsibilities and competences based on the level of education achieved has become all the more important. However in the field motorcycle paramedic do not really have time to think – they just need to act.

Objectives: The principal objective of the thesis is to present the work and competences of motorcycle paramedic, how they deal with the need to overstep them and to show that many issues related to their competences have not yet been solved as they should have been.

Method: The research method used in the thesis included a qualitative research based on the non-standard semi-structured interview. The research was based on the descriptive method consisting of qualitative and quantitative empiric research. The study included interviews with five motorcycle paramedics.

Results: The interviews with motorcycle paramedics, who participated in the study were the basis for formation of one principal category i.e. »the competences of motorcycle paramedic«. This principal category was then divided into 5 categories (»the forms of interventions and response time«, »method of work«, »overstepping of competences«, »dilemma« and »solutions«) and 22 codes.

The research that was carried out showed that motorcycle paramedic performed varied interventions and that their access time is shorter than the access time achieved by ambulances, and other emergency service vehicles. It also showed that motorcycle paramedics often performed tasks which were not within their competences (overstepping of competences). They are often faced with dilemmas but what counts is saving lives.

Discussion: The results of the research showed that motorcycle paramedics are well qualified for their work. The problem lies in the formal education. The results of their work have been encouraging from the very beginning, in particular as far as the access times achieved are concerned. Competences are constantly overstepped, sometime even when a doctor is present. The problem of competences of motorcycle paramedics should be solved in the shortest time possible and in a right and just way also resulting in an

appropriate payment for their work. The best solution would be master degree study or specialization of emergency medical help.

Keywords: motorcycle paramedic, competences, providing emergency medical care by motorcycle, emergency motorcycle.

KAZALO

| | |
|---|-----------|
| 1 UVOD | 1 |
| 2 NUJNA MEDICINSKA POMOČ | 4 |
| 2.1 Kratek zgodovinski pregled uporabe reševanega motorja v nujni medicinski pomoči | 5 |
| 2.1.1 Uporaba reševalnega motorja v tujini | 5 |
| 2.1.2 Uporaba reševalnega motorja v Sloveniji | 6 |
| 2.2 Izobrazba in usposabljanje reševalcev motoristov | 7 |
| 2.3 Oprema reševalnega motorja in preseganje kompetenc | 8 |
| 2.4 Predstavitev dela reševalcev motoristov | 10 |
| 2.4.1 Aktiviranje in kompetence reševalca motorista | 10 |
| 2.4.2 Obseg dela ekip reševalnih motorjev v Sloveniji | 11 |
| 2.4.3 Kazalci kakovosti dela reševalcev motoristov | 13 |
| 2.5 Problematika kompetenc | 14 |
| 2.5.1 Problematika kompetenc splošno v zdravstveni negi | 14 |
| 2.5.2 Problematika kompetenc reševalcev motoristov | 15 |
| 3 EMPIRIČNI DEL | 18 |
| 3.1 Problem in cilj raziskovanja | 18 |
| 3.2 Raziskovalna vprašanja | 18 |
| 3.3 Raziskovalna metodologija | 18 |
| 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov | 18 |
| 3.3.2 Opis instrumentarija | 19 |
| 3.3.3 Opis vzorca | 20 |
| 3.3.4 Opis pridobivanja in obdelave podatkov | 21 |
| 3.4 Rezultati | 23 |
| 3.4.1 Oblike intervencij in dostopni čas | 24 |
| 3.4.2 Način dela | 26 |
| 3.4.3 Preseganje kompetenc | 30 |
| 3.4.4 Dileme | 32 |
| 3.4.5 Rešitve | 34 |
| 3.5 Razprava | 36 |
| 4 ZAKLJUČEK | 44 |
| 5 LITERATURA | 45 |
| 6 PRILOGE | 51 |
| 6.1 INSTRUMENT | 51 |

KAZALO SLIK

| | |
|--|----|
| Slika 1: Motor za izvajanje nujne medicinske pomoči | 8 |
| Slika 2: Prikaz aktivacije reševalca motorista | 10 |
| Slika 3: Prikaz kategorij, ki vplivajo na proučevani pojav – kompetence reševalca motorista | 23 |

KAZALO TABEL

| | |
|--|----|
| Tabela 1: Vrste intervencij, ki so jih izvedli reševalci motoristov Reševalne postaje UKC Ljubljana od leta 2006 do 2011 | 12 |
| Tabela 2: Značilnosti vzorca intervjuvancev, ki so sodelovali v raziskavi | 21 |

1 UVOD

V Ljubljani se je prvo pravo poklicno delovanje reševalne postaje začelo leta 1922 z ustanovitvijo Mestnega gasilskega urada, ki so mu dodelili reševalno postajo. Istega leta je bilo opravljenih 481 intervencij, od tega le 20 prevozov pacientov, ostalih 80 % pa je bilo pravih intervencij. V letu 1947 je skupaj z industrijskim razvojem, dvigom standarda in naraščanja prebivalstva nastal preobrat. Razmerje se je spremenilo, pravih intervencij je bilo 30 %, ostalih 70 % pa je bilo neurgentne dejavnosti oz. prevozov pacientov. S tem je začel razvoj reševalne postaje zaostajati za razvojem v svetu (na področju reševalne dejavnosti). Tako so imeli reševalci eno in glavno nalogo – čim hitreje prispeti do pacienta in ga v čim krajšem času pripeljati v ustrezno ustanovo. Po letu 1968 so se reševalne postaje priključile kliničnim bolnišnicam, takrat pa se je začelo organizirano izobraževanje (Ahčan, 2006).

Če nujno medicinsko pomoč (NMP) v Sloveniji primerjamo z drugimi vejami v medicini, je njena specifičnost prav v tem, da se na terenu pogosto zabrišejo sicer jasno postavljene meje med različnimi profili. V situacijah življenjskega pomena je zelo malo časa za odločitve. Štejejo izkušnje in mirna kri, strokovna znanja, pridobljena s formalnim izobraževanjem pa so več ali manj pogosto le še nujna teoretična podlaga za praktična znanja, ki jih pridobivamo z izkušnjami v delovnem okolju (Crnić, 2010).

Sistem NMP brez reševalca nikakor ne bi mogel delovati. Reševalec je predpogoj za vse temeljne dele sistema, od telefonskega klica do vožnje na kraj dogodka. Odgovoren je za brezhibno stanje opreme in medicinskih aparatov, ki jih uporablja pri svojem delu; po navodilu zdravnika samostojno opravi velik del medicinskih intervencij, osnovne postopke opravi pogosto tudi brez njega. Reševalec je tisti, ki prenaša pacienta, opravlja nemoten prevoz do bolnišnice in preda pacienta v sprejemno ambulanto. Je tudi tisti, ki poškodovanca s pomočjo gasilcev in v posebno težavnih primerih osvobaja iz ujetosti v pločevini ali rešuje iz vsakršnih težko dostopnih lokacij. Lahko rečemo, da je vloga reševalca, če izvzamemo postavitev diagnoze in odločitev za terapijo, povsem enakovredna vlogi zdravnika, marsikdaj oz. marsikje pa zaradi pomanjkanja usposobljenih zdravnikov celo večja. Predpogoj za kakovostno delovanje NMP so usposobljeni reševalci (Žmavc, 2010).

Delo reševalcev je eno najtežjih. Obsega zunanje okolje z različnimi vremenskimi vplivi in nevarnostmi, ki prežijo ob intervencijah. Reševalci se pogosto soočajo s stresnimi, kaotičnimi in čustvenimi situacijami, zato tako delovno mesto zahteva dobro psihofizično sposobnost, vztrajnost in integriteto osebnosti. Imeti morajo ustrezno raven kognitivnih zmogljivosti in sposobnosti. Pri vsakdanjem delu ni časa za razmišljanje o vidikih odgovornosti, še zlasti ne o kazenski in materialni; hote ali nehote pa pri svojem delu vstopajo v situacije, ko težko presojujejo, kje je meja med njihovo samostojnostjo in odvisno funkcijo (Jus, Kelbič in Fekonja, 2010).

Pomembnost kompetenc v zadnjih letih zelo izboljšuje koordinacijo dela na področju ravnanja z ljudmi in upravljanja delovne uspešnosti. Te bi najenostavnejše definirali kot nekakšne vedenjske zapise vlog v delovnih procesih, s poudarkom na uporabi znanja in drugih zmožnosti za uspešno in učinkovito opravljeno nalogo na ravni posameznika (Železnik, 2008). Slovar slovenskega knjižnega jezika besedo kompetenca navaja kot: »obseg, mera odločanja, določena navadno z zakonom; pristojnost, pooblastilo« in kompetentnost kot: »lastnost, značilnost kompetentnega« (Pogačnik, 2008). Splošno sprejeta definicija kompetenc ne obstaja, niti njihova enotna delitev, prav tako pa ni določenega standarda kompetenc, ki bi postavil bolj jasne meje dela med različnimi profili v zdravstveni negi (Železnik, 2008).

V tujini definirajo kompetence kot skupek veščin, spretnosti in osebnih lastnosti, ki jih posameznik zmore pri svojem delu. Če izvzamemo inteligentnost in elementarne osebnostne lastnosti, je razvoj kompetenc mogoče doseči z različnimi oblikami učenja in treninga. Kompetence povezujejo z izobraževanjem in vseživljenjskim učenjem (Rychen in Salganik, 2003) ter znanjem, odnosi, vedenjem in značilnostmi (Jennings, Scalzi, Rodgers in Keane, 2007).

Kompetence v zdravstvu so osrednjega pomena za oskrbo pacienta. Današnje zdravstvene storitve so izredno zapletene in visokokakovostna oskrba je obvezna. Vse boljša ozaveščenost ljudi je privedla do povečanja pričakovanj dela zaposlenih v zdravstvu – splošno v zdravstveni negi kot v NMP (Bahreini idr., 2011). Pri delu v NMP je poleg kompetenc pomemben tudi dober in hiter način dela. »V sodobnih

službah doma in po svetu uporabljajo različne metode za izboljšanje dostopnih časov ter metode za izboljšanje koordinacije dela. Ena izmed takšnih alternativnih metod je tudi uporaba reševalnega motorja za izvajanje reševalne dejavnosti oz. predbolnišnične NMP« (Mohar, 2006, str. 29).

V Sloveniji se izvaja NMP s pomočjo motorja relativno kratek čas (od leta 2001). Delo reševalca motorista poteka v spomladanskem, poletnem in jesenskem času v vidnem delu dneva in ugodnih vremenskih pogojih. Prednost uporabe reševalnega motorja je predvsem krajši dostopni čas na kraj dogodka – lahko tudi do 10 minut pred ekipo NMP, kar pa za reševalca motorista pomeni 10 minut samostojnega dela. Tukaj se pojavi problematika kompetenc. Kompetence reševalcev težko enačimo s kompetencami drugih zdravstvenih delavcev (z isto stopnjo izobrazbe) na drugih delovnih mestih, kjer se ne ali zelo redko srečujejo s kritično bolnimi ali težko ponesrečenimi pacienti neposredno ob prvi obravnavi. Čeprav se za preseganje kompetenc dela reševalec motorist odloči sam, nihče ga v to ne sili niti ne sme tega od njega pričakovati ali zahtevati, samostojno delo v urgentnih stanjih pomeni odločitev med preseganjem lastnih pooblastil in olajšanjem hude stiske pacienta ali morebitno rešitvijo življenja (Andoljšek, 2010).

2 NUJNA MEDICINSKA POMOČ

NMP je specifika v zdravstvu, ki se je razvila iz organizirane hitre pomoči. V preteklosti so to delo izvajali delavci brez zdravstvene izobrazbe, prioriteta pa je bila pripeljati pacienta/poškodovanca do strokovne, medicinske obravnave. Sčasoma so se začeli zaposlovati ljudje z zdravstveno izobrazbo, pojavile pa so se tudi zahteve po enotnem delu oz. organiziranosti sistema NMP po vsej državi. To se je uresničilo konec leta 1996, ko je bila služba NMP v Sloveniji prvič opredeljena s Pravilnikom o službi nujne medicinske pomoči, Uradni list RS, št. 77/1996. Danes NMP na terenu izvajajo zdravniki splošne – družinske medicine z ekipo oziroma izvajalci zdravstvene nege (Prestor, Čander, Fink, Kešpert, Kramar in Posavec, 2010).

Pravilnik o službi NMP to dejavnost definira kot: »... izvajanje nujnih ukrepov zdravnika in njegove ekipe pri osebi, ki je zaradi bolezni ali poškodbe neposredno življenjsko ogrožena, oziroma pri kateri bi glede na bolezenske znake v kratkem lahko prišlo do takšne ogroženosti« (Pravilnik o službi NMP, 2008).

V sistemu NMP so poleg zdravnikov zaposleni zdravstveni delavci, med katerimi prevladuje osebje z zaključenim štiriletnim strokovnim izobraževalnim programom (V. stopnja izobrazbe), z različnimi uradnimi nazivi, kot so: medicinska sestra, medicinski tehnik, tehnik zdravstvene nege, zdravstveni tehnik; prisotne so tudi višje medicinske sestre oz. višji medicinski tehniki/višji zdravstveni tehniki ter diplomirane medicinske sestre oz. diplomirani zdravstveniki – vendar jih je sorazmerno malo. Po nekaterih reševalnih postajah so še vedno sestavni del NMP vozniki reševalnih vozil, ki niso zdravstveni tehniki, imajo pa opravljen 80-urni tečaj prve pomoči (to število se giblje nekje med 20 in 25 na državnem nivoju). Uradni naziv je odvisen od programa, ki so ga zaključili, in se skozi čas spreminja (Zabukovšek, 2010).

Vloga reševalca motorista v NMP je združena iz dveh profilov – reševalec in motorist. Reševalec motorist je primerno izurjeni reševalec in voznik motornega kolesa. Njegovo primarno delo poteka v smislu nudenja neodložljivih ukrepov in dodatnih postopkov NMP, skupaj z vožnjo reševalnega motorja (Andoljšek, 2007).

2.1 KRATEK ZGODOVINSKI PREGLED UPORABE REŠEVALNEGA MOTORJA V NMP

2.1.1 Uporaba reševalnega motorja v tujini

Prvi začetki uporabe motorja za izvajanje NMP izhajajo iz leta 1956. Takrat je avstrijski avto klub uvedel pomoč na cesti, obenem pa je imel opremo za prvo pomoč kar na motorju (Polenčič, Sirk in Grmec, 2005).

V osrednjem delu Londona so se za uporabo reševalnega motorja odločili že leta 1991. Zaradi učinkovitega odzivanja na nujne primere so pred nekaj leti to dejavnost razširili tudi na vzhodni predel. Sicer imajo v Londonu vsi reševalni motorji enako opremo kot reševalno vozilo (vključno z defibrilatorjem), reševalci motoristi pa so usposobljeni za samostojno delo – so urgentni zdravstveni tehniki ali reševalci, sposobni oskrbeti pacienta brez pomoči reševalne ekipe, poleg tega pa imajo vsi opravljen policijski trening vožnje z motorjem. Reševalni motor uporabljajo predvsem na težko dostopnih predelih (London Ambulance Service, 2011).

Na Irskem, na zahodnem delu Dublina, so začeli projekt izvajanja NMP z motorjem s pilotsko študijo leta 2001. Projekt je bil uspešen v vseh pogledih, najbolj v dostopnem času. Glavni poudarek oz. namen je bil priti do pacienta prvi z enostavnejšim prebijanjem skozi promet (Weston, 2004).

Istega leta so začeli izvajati NMP z motorjem v Singapurju, v obdobju med julijem in septembrom, z aktivacijo reševalca motorista in reševalnega vozila hkrati. Rezultati so bili vzpodbudni, saj je bil reševalec motorist na kraju intervencije v povprečju skoraj za 5 minut hitrejši od reševalnega vozila.

Reševalne motorje, poleg Slovenije in omenjenih krajev, uporabljajo tudi v Teksasu, Italiji, Nemčiji, Grčiji (Kreta), na Japonskem, Portugalskem, Poljskem, Nizozemskem, Madžarskem in na Floridi v Daytoni. Seattle in New York pa o uporabi reševalnih motorjev še razmišljata (Mencl, 2010).

Reševalci motoristi iz vsega sveta so se združili v organizaciji IMRUA (International Fire & EMS Motorcycle Responce Unit Association) z namenom sodelovati na mednarodni ravni. V ta namen so v Budimpešti leta 2009 organizirali prvo mednarodno konferenco, na kateri se je zbralo 21 reševalcev motoristov iz 9-tih različnih držav. Drugo mednarodno konferenco je gostila Slovenija septembra 2011, na kateri se je zbralo 91 reševalcev motoristov iz 19-tih različnih držav. Namen obeh srečanj je bila

izmenjava strokovnih izkušenj, problematika pri delu in njeno reševanje z razpravo. Naslednja mednarodna konferenca bo potekala leta 2013 v Londonu (Ossterreichischer Rettungsdienst – ORD, 2011).

2.1.2 Uporaba reševalnega motorja v Sloveniji

V Sloveniji so izvajanje NMP z motorjem začeli prvič leta 1994 v Ljubljani, ko je podjetnik Mitja Vilar Reševalni postaji Kliničnega centra ponudil že poškodovano in kasneje popravljeno cestno motorno kolo, s kovinskim zabojem in signalizacijo. V treh mesecih je bilo opravljenih 26 intervencij, vendar pa je projektu reševanja na motorju zaradi neprepičljivih rezultatov Ministrstva za zdravje kmalu prižgalo rdečo luč in povzročilo popolno prekinitev delovanja za nadaljnjih 7 let. Projekt je ponovno zaživel leta 2001 – izvajanje NMP z motorjem so začeli v PHE Maribor, prvi reševalec motorist je bil Boštjan Polenčič (Andoljšek, 2007).

Ob pomoči Študentskega servisa Študent so v Mariboru pridobili motorno kolo Aprilia Pegaso 650, ki so ga z lastnimi idejami in znanjem opremili in priredili za potrebe NMP. Leta 2001 so opravili prvih 100 intervencij. Na vsako od njih sta na pot krenila reševalec motorist in ekipa PHE, leta 2002 pa so reševalca motorista predstavili v dispečerski center in s tem dodatno skrajšali njegov odzivni čas. Projekt je Ministrstvo za zdravje podpro in ga v letu 2003 tudi finančno realiziralo (Polenčič, 2010).

V Ljubljani se je leta 2003 poleg odmevnih rezultatov in pritiska javnosti pojavil interes stroke, zato so sprejeli odločitev za ponovno izvedbo projekta uporabe reševalnega motorja pri izvajanju NMP. Za nosilca projekta je bila določena Služba NMP Zdravstvenega doma Ljubljana, za neposrednega izvajalca pa Reševalna postaja Kliničnega centra Ljubljana. Del projekta je financirala mestna občina Ljubljana, sredstva pa je zagotovilo tudi Ministrstvo za zdravje (Fink, 2004).

Kmalu za tem se je Mariboru in Ljubljani pridružila tudi Obala, ki je z uvedbo motorja v svoj sistem NMP izboljšala možnost posredovanja ob turistični sezoni, ko se frekvenca gostov oz. turistov in frekvenca v prometu poveča tudi do 8-krat v primerjavi z zimskim delom leta (Polenčič, 2010).

Danes so reševalci motoristi v vseh treh mestih definirani v mreži enot NMP (priloga 1 Pravilnika o službi NMP), financira jih Zavod za zdravstveno zavarovanje (Splošni dogovor za leto 2012, priloga ZD ZAS II/a-3).

2.2 IZOBRAZBA IN USPOSABLJANJE REŠEVALCEV MOTORISTOV

Reševalci motoristi so redno zaposleni reševalci na reševalni postaji z izobrazbo zdravstveni tehnik oz. diplomirani zdravstvenik. Za delo na reševalnem motorju morajo imeti najmanj dve leti delovnih izkušenj kot zdravstveni tehniki oz. spremljevalci v nujnem reševalnem vozilu. Za delo potrebujejo tudi opravljen izpit za vožnjo motornih koles ter splošno licenco za vožnjo reševalnih vozil, poleg tega pa morajo imeti opravljen zdravniški pregled za poklic voznika, saj s tem dokazujejo ustrezne psihofizične sposobnosti. Vse reševalce motoriste se pripravi na motoristično sezono z usposabljanjem, skupaj s policisti, vadbo varne vožnje (začetna in nadaljevalna vožnja) in relacijsko – kondicijskimi vožnjami, vse to pod nadzorom in strokovnim vodstvom mednarodnih inštruktorjev varne vožnje. Usposablja se jih za izvajanje hitre defibrilacije z avtomatskim defibrilatorjem in v tečaju dodatnih postopkov oživljanja (Ahčan, 2006).

Tečaji varne vožnje pripomorejo k večji varnosti na cesti in zmanjšanju prometnih nesreč. Opravljajo se na poligonu, ki je tehnološko vrhunsko opremljen in računalniško voden pod nadzorom inštruktorjev varne vožnje. Tečaj varne vožnje za motoriste vsebuje celodnevni program, sestavljen iz elementov: hitrost do 70 km/h, ogrevanje motorista in motornega kolesa, vodenje – krmarjenje motornega kolesa, obvladovanje motornega kolesa v zavojih – ovinkih, položaj motorista na motornem kolesu, ravnotežje motorista in motornega kolesa – obvladovanje trial vožnje, vožnja ovinkov, zaviranje, umikanje, stabilizacija motornega kolesa, zaviranje v sili – ABS/brez, reševanje iz nevarnih situacij na ravnini in izgubljanje posebnosti vozila v njegovi dinamiki ter izrabljanje trenutnih situacijskih posebnosti. Reševalci se lahko udeležijo tudi tečaja oz. programa modra luč, ki je prilagojen posebej za voznike »vozil z modro lučjo«. Tečaj je sestavljen iz teoretičnega in praktičnega dela, bistvo pa je, da se voznika v štirih različnih fazah snema s kamero in se posnetke pozneje analizira. Statistični podatki namreč kažejo, da se verjetnost nesreče poveča za 30 % v trenutku, ko voznik prižge modro luč (Legan, 2008).

2.3 OPREMA REŠEVALNEGA MOTORJA IN PRESEGANJE KOMPETENC

Na reševalni motor, ki je opremljen s tremi kovčki medicinske opreme, spada polavtomatski defibrilator, set za vzpostavitev proste dihalne poti, dihalni balon s pripadajočo opremo, komplet za aplikacijo kisika, kisik, nožni – ročni aspirator, merilec krvnega tlaka – za odrasle in otroke, pulzni oksimeter, sanitetno potrošni material in strokovna dokumentacija (Fink, 2004).

K opremi sodijo vsi pripomočki za vzpostavitev intravenske poti, glukometer, stetoskop, razne opeklinske obloge, opornice za okončine, infuzijske tekočine, porodni set, dve vratni opornici, obvezilni material in reanimacijska zdravila. Oprema reševalnih motorjev je sodobna, primerljiva z opremo v nujnem reševalnem vozilu, le v manjših količinah in dimenzijah (Andoljšek, 2007).



Slika 1: Motor za izvajanje nujne medicinske pomoči. Vir: Sušnik (2010, osebni arhiv)

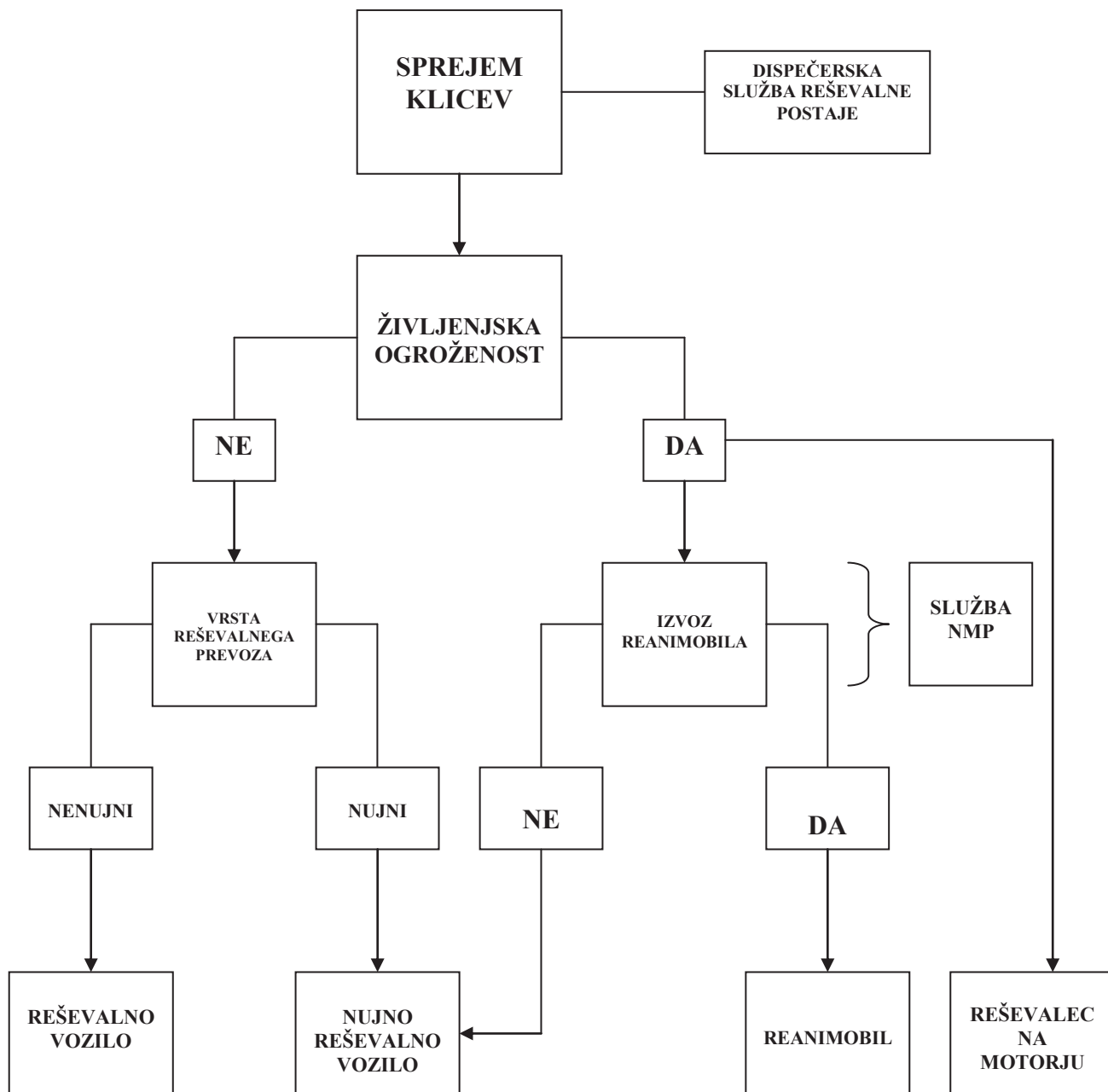
Avtomatski in polavtomatski defibrilator, ki je sicer namenjen laikom, se uporablja pri sumu na srčni zastoj. Nekateri polavtomatski defibrilatorji imajo dodatno možnost spremljanja pacientovega srčnega ritma, kar je koristno za ugotavljanje morebitnih motenj. Spremljanje pacientovega srčnega ritma je potrebno in dobrodošlo predvsem pri srčnih zastojih, pri katerih pride v poštev takojšnja defibrilacija. Vendar pa

prepoznavanje srčnih motenj zopet vodi v nasprotje kompetenc dela, prav tako aplikacija 1 mg adrenalina, ki sledi (ob upoštevanju smernic dodatnih postopkov oživljanja) po tretji defibrilaciji (Andoljšek, 2010).

Na reševalnem motorju je set za endotrahealno intubacijo, ki je delo zdravnika. V določenih okoliščinah je reševalčevo predihavanje pacienta z dihalnim balonom in masko popolnoma zadostno, toda lahko se zgodi, da ima reševalec motorist pred seboj pacienta z izgubo zavesti, z minimalnim, piskajočim dihanjem in stisnjeno dihalno potjo, kjer je indicirana endotrahealna intubacija. Reševalec motorist se znajde pred vprašanjem, ali narediti poseg, ki ni v njegovi pristojnosti (Ibid.).

2.4 PREDSTAVITEV DELA REŠEVALCEV MOTORISTOV

2.4.1 Aktiviranje in kompetence reševalca motorista



Slika 2: Prikaz aktiviranja reševalca motorista. Vir: Ahčan (2006, str. 584)

Aktiviranja reševalca motorista na način, prikazan na sliki, se je v praksi zaradi maksimalno izkoriščene prednosti motorja (hitrost in okretnost) izkazala za pravilno. V letu 2003 je Reševalni postaji Klinični center Ljubljana uspelo doseči povprečni reakcijski čas – čas od dviga telefonske slušalke do aktiviranja reševalca motorista za interveniranje je 48 sekund (Fink, 2004).

Naloge, ki jih reševalec lahko izvaja pri svojem delu samostojno, brez navodil zdravnika in ne da bi presegel kompetence dela, so vezane na zdravstveno nego. Poleg transporta pacientov, nameščanja v pravilne položaje, imobilizacije, zaustavljanja krvavitvev, preverjanja življenjskih znakov, merjenja vitalnih funkcij, temeljnih postopkov oživljanja in še mnogih drugih intervencij, se reševalci srečujejo tudi s tistimi, ki niso v njihovi kompetentnosti. V nadaljevanju je razvidno, kaj reševalec pri svojem delu v nekaterih urgentnih stanjih lahko stori, ne da bi presegal svoje kompetence dela (Zabukovšek in Koželj, 2010).

Pri kardiopulmonalni reanimaciji lahko reševalec v okviru svojih kompetenc poskrbi za varnost pacienta in sebe, preveri odzivnost pacienta, sprosti dihalne poti, preveri dihanje, kliče 112, izvede temeljne postopke oživljanja in defibrilacijo z avtomatskim defibrilatorjem (Ibid.).

Pri anafilaktičnem šoku lahko reševalec odstrani alergen, pomiri pacienta, ga namesti v pravilni položaj in priklopi na monitor ter aktivira ekipo NMP.

Pri akutnem koronarnem sindromu lahko reševalec preveri življenjske funkcije pacienta, ga umiri in namesti v pravilni položaj, izmeri krvni tlak, posname 12 kanalni EKG in aktivira ekipo NMP (Ibid).

Pri hipoglikemiji lahko reševalec preveri življenjske znake pacienta, namesti pacienta v pravilen položaj, določi vrednost krvnega sladkorja; če je pacient pri zavesti, mu da piti sladko vodo, v primeru nezavesti pa aktivira ekipo NMP.

Pri pljučnem edemu lahko reševalec preveri življenjske znake pacienta, ga pomiri in namesti v sedeči položaj s spuščnimi nogami ter kliče ekipo NMP (Ibid.).

2.4.2 Obseg dela ekip reševalnih motorjev v Sloveniji

Izvajanje NMP z motorjem poteka na treh različnih lokacijah po Sloveniji, in sicer v Ljubljani, Mariboru in na Obali (Andoljšek, 2007). V letu 2007 so v Ljubljani imeli na voljo 2 reševalna motorja in 4 reševalce motoriste (2 pogodbeno), v Mariboru prav tako 2 reševalna motorja in 4 reševalce motoriste, na Obali pa 1 reševalni motor in 3

reševalce motoriste (Ibid.). Na Obali so v letu 2009 izvedli 157 intervencij, leta 2010 146 intervencij in leta 2011 123 intervencij (Kandido, 2011). V Ljubljani je bilo v letu 2003 opravljenih 362 intervencij, leta 2005 pa se je število povečalo na 542 (Mohar, 2006). Med letoma 2006 in 2011 so skupaj opravili 3020 intervencij (Fink in Andoljšek 2011). Vrste intervencij so predstavljene v spodnji tabeli. Podatki o izvedenih intervencijah v posameznem letu za Maribor in Obalo niso bili dostopni.

Tabela 1: Vrste intervencij, ki so jih izvedli reševalci motoristi Reševalne postaje UKC Ljubljana od leta 2006 do 2011

| VRSTA INTERVENCIJE | ŠTEVILO | VRSTA INTERVENCIJE | ŠTEVILO |
|-------------------------------|----------------|--|----------------|
| Prometna nesreča | 655 | Bolečina v prsnem košu | 54 |
| Poškodba | 433 | Sladkorna bolezen/težave | 40 |
| Utopitev/možnost utopitve | 9 | Glavobol | 2 |
| Nosečnost/porod | 4 | Srčno obolenje | 37 |
| Psihiatrične/vedenjske motnje | 20 | Krči | 35 |
| Zastrupitve | 27 | ICV | 14 |
| Bolezen | 319 | Neznano/oseba na tleh | 230 |
| Ugriz živali | 3 | Zastrupitev s CO ₂ / neznano snovjo | 7 |
| Napad/pretep/spolno nasilje | 12 | Srčni zastoj | 19 |
| Krvavitev rana | 19 | Dušenje | 9 |
| Opekline | 5 | Poškodba z elektriko | 2 |
| Padec z višine | 72 | Nezavest/omedlevica | 697 |
| Termične poškodbe | 2 | Prevoz B/P | 63 |
| Strelne/vbodne rane | 5 | Premestitev B/P | 2 |
| Bolečina v trebuhu | 5 | Prevoz krvi | 55 |
| Alergija/pik | 38 | Prevoz materiala | 14 |
| Bolečina v križu | 1 | Prevoz od/do helikopterja | 2 |
| Težave z dihanjem | 58 | Prevoz inkubatorja | 8 |

Vir: Fink in Andoljšek (2011, str. 1–2).

2.4.3 Kazalci kakovosti dela reševalcev motoristov

Dostopni čas pomeni čas, ki ga potrebuje ekipa NMP, da prispe do pacienta/poškodovanca na kraj dogodka. Sestavljen je iz reakcijskega intervala in voznega intervala (Mohar, 2006). Kratek dostopni čas je izredno pomemben za preživetje nenadno obolelega ali poškodovanega, ki je življenjsko ogrožen. Za začetek temeljnih postopkov oživljanja je idealni dostopni čas krajši od 4 minut oz. krajši od 8 minut za začetek definitivnih postopkov oživljanja (Fink, 2004).

Z uvedbo reševalca motorista se je povprečni dostopni čas skrajšal za 50 %, s tem pa se je omogočilo tudi hitrejše nudenje NMP (Mohar, 2006). »Po prvi sezoni smo opravili preko 500 intervencij, dostopne čase smo skrajšali za polovico in temu posledično podaljšali dolgoročno preživetje iz 12 % na 21 %.« (Andoljšek, 2007).

V Ljubljani je bil povprečni dostopni čas reševalca motorista že ob uvedbi v letu 2003, 7 min in 45 sekund, povprečni dostopni čas vseh reševalnih vozil pa 14 min in 17 sekund (Fink, 2004). V obdobju zadnjih petih let so reševalci motoristi v Mestni občini Ljubljana dosegli povprečni reakcijski interval (čas od dviga slušalke do dejanske intervencije reševalca motorista) 4:07 min, povprečni izvozni čas (čas od aktiviranja reševalca motorista do dejanskega začetka intervencije reševalca motorista) 1:23 min, povprečni vozni čas (čas od dejanskega začetka intervencije reševalca motorista do prihoda reševalca motorista na kraj dogodka) 4:27 min in povprečni dostopni čas (čas od dviga telefonske slušalke do prihoda reševalca motorista na kraj dogodka) 9 min. V preostalih občinah je reakcijski interval znašal 3:04 min, povprečni izvozni čas 0:53 min, povprečni vozni čas 8:56 min in povprečni dostopni čas 13:01 min. Skupno je povprečni reakcijski interval trajal 3:50 min, povprečni izvozni čas 01:15 min, povprečni vozni čas 5:37 min, povprečni dostopni čas pa 10:28 min. (Fink in Andoljšek, 2011).

V Mariboru so v osmih letih dela sodelovali v 59 primerih predbolnišničnega oživljanja; povprečni dostopni čas reševalca motorista je znašal 5,93 min, povprečni dostopni čas reševalnega vozila pa 10,64 min. (Polenčič, 2010).

Na Obali je povprečni dostopni čas v letu 2009 znašal 5,7 min, v letu 2010 6,1 min. in v letu 2011 5,9 min (Kandido, 2011).

Na Nizozemskem so leta 2003 izvedli raziskavo o odzivnem času reševalnega motorja in reševalnega vozila v urbanem okolju (odzivni čas ali »response time« se razume enako kot dostopni čas – čas, ki ga ekipa NMP potrebuje, da prispe na kraj dogodka).

Izvedenih je bilo 1664 intervencij, od tega 1196 z reševalnim vozilom in 468 z reševalnim motorjem. Rezultati so pokazali, da je uporaba reševalnega motorja zmanjšala čas v odzivnem času za 54 sekund (Pols, Mencl in Vos, 2011).

Prednost uporabe motorja pri NMP je (poleg hitrejšega dostopnega časa) tudi v tem, da motor potrebuje manjši manevrski prostor pri prebijanju skozi prometne zastoje. Lažje se izogiba arhitekturnim oviram, ki onemogočajo dostop reševalnim vozilom v neposredno bližino stanovanj, lažje dostopa do ljudi, ki živijo v oddaljenih naseljih in samotnih kmetijah, ter do ljudi, ki opravljajo svoj poklic v gozdovih in težko dostopnih krajih (Polenčič in Grmec, 2001).

Še ena prednost uporabe reševalnega motorja je boljša koordinacija delovanja ekip predbolnišnične NMP, s tem pa učinkovitejša izkoriščenost razpoložljivih resursov. Reševalec motorist se je (že takoj ob uvedbi) v primeru zasedenosti ekip izkazal za izjemno koristen dodatek, saj z njegovim prihodom na kraj dogodka daljši odzivni časi rednih ekip niso pustili posledic za pacienta/poškodovanca (Fink, 2004).

2.5 PROBLEMATIKA KOMPETENC

2.5.1 Problematika kompetenc splošno v zdravstveni negi

Ena od definicij kompetence je zmožnost osebe, da demonstrira izvajanje neke naloge ali delovne operacije skladno z določenim standardom. Izraz kompetenca vključuje več različnih, med seboj povezanih pojmov: specifična znanja, sposobnosti, veščine, osebne značilnosti, motiviranost posameznika; pomeni dobro in kakovostno opravljanje določenega dela, skupaj z ustreznim pogojem za zaposlitev in zahtevami za opravljanje določenih nalog (Železnik, 2008).

V slovenskem okolju kompetence niso opredeljene s standardi, ki jih ima vsaka zdravstvena ustanova. Natančno so opredeljene v dokumentu Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi, ki opredeljuje aktivnosti v zdravstveni negi, babiški negi in oskrbi, bolj splošno pa v Seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti (Ur. list RS, št. 82/2004, 110/2004, 40/2006), v katerem so navedeni zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci (Zabukovšek, 2010).

»55. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti pravi, da lahko zdravstveni delavec samostojno opravlja svoje delo, za katero ima ustrezno izobrazbo in je zanj usposobljen

ter ima na razpolago ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost.« (Železnik, 2009; cit. po Zabukovšek, 2010, str. 14).

Vzporedno s pridobivanjem izobrazbe nikoli ni bilo mogoče postaviti jasnih mej med nalogami diplomirane medicinske sestre in zdravstvenega tehnika, prav tako tudi med nalogami diplomirane medicinske sestre in zdravnika ne. V preteklosti je bil dogovorjen le najbolj znan kriterij – poseg v pacientovo telo, ki je bil izključno v domeni zdravnika, s tem pa je razmejeval opravila med medicino in zdravstveno nego. Kljub temu so nekatere diplomirane medicinske sestre od zdravnika prejele pooblastilo za izvajanje storitev, s katerimi so posegale v pacientovo telo. Danes ta najbolj znan kriterij ne velja več. Diplomirane medicinske sestre posegajo v pacientovo telo, čeprav za določene posege nimajo kompetenc; te se namreč spreminjajo prepočasi (Jus, Kelbič in Fekonja, 2010).

2.5.2 Problematika kompetenc reševalcev motoristov

Zadnja leta smo priča hitremu razvoju službe NMP v predbolnišničnem okolju, predvsem na področju izvajanja različnih novih posegov, uvajanju različne nove terapije, opremljenosti vozil in opreme. Le na področju formalnega izobraževanja stvari ne napredujejo tako, kot bi morale oziroma bi si želeli (Zabukovšek, 2010).

Formalna izobrazba za delo v NMP je opredeljena s Pravilnikom o službi NMP, vendar ta ne določa, katera konkretna znanja oz. veščine bi izvajalec NMP (reševalec) moral poznati oz. bi jih moral ustrezno izvajati. Določa le, da v ekipi NMP sodeluje za to usposobljen zdravstveni tehnik oz. zdravstveni tehnik – voznik nujnega reševalnega vozila, tj. oseba z zaključenim štiriletnim strokovnim izobraževanjem ter opravljenim pripravništvom in strokovnim izpitom. To posledično pomeni, da sta usposabljanje in ocena primernosti nekoga za izvajanje NMP kljub pravilniku prepuščena instituciji oz. vodi v reševalni službi oz. urgentni ambulanti (Štrancar, 2006). Današnji problem sistema NMP je bazična usposobljenost srednjega medicinskega kadra. Večina zaposlenih na reševalnih postajah ima srednješolsko izobrazbo, s tem pa so za delo v NMP premalo kompetentni. Zaradi delitve dela in kompetenc ne smejo dajati niti injekcij v žilo, kaj šele opravljati bolj zahtevnih posegov. Iz tega razloga je zaželeno zaposlovanje diplomiranih zdravstvenikov/medicinskih sester, ki imajo več kompetenc.

Načeloma se skuša zagotoviti vsaj enega diplomiranega zdravstvenika/medicinsko sestro v ekipi. To je tudi kadrovski normativ, ki ga prizna in financira Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Toda tudi usposobljenost kadrov z visokošolsko izobrazbo ni zadostna za delo v urgentni medicini. Zato je potrebno nekajmesečno kakovostno dodatno usposabljanje diplomiranega zdravstvenika/medicinske sestre in tudi zdravstvenega tehnika/tehnice (Žmavc, 2010).

Reševalcem se pri delu pogosto dogaja, da prispejo na intervencijo brez zdravnika in tudi njegova dosegljivost ni možna po telefonu ali drugih vez. Kljub temu da imajo številni reševalci opravljene tečaje dodatnih postopkov oživljanja ter podobne tečaje iz travmatološkega, pediatričnega in drugega področja, še vedno ni dorečeno, ali lahko uporabljajo svoje znanje in spretnosti in izvedejo posege, ki so življenjskega pomena ter odločilni za preživetje življenjsko ogroženega pacienta/poškodovanca. Čeprav je splošno znano, da naj reševalci določenih posegov, predvsem tistih, ki so v domeni zdravnikov, ne bi izvedli samostojno, se tu vedno pojavi etična dilema – samostojno izvajanje določenih posegov, ki niso v njihovi domeni, kadar imajo pred seboj pacienta, ki je življenjsko ogrožen (Zabukovšek in Koželj, 2010).

Prav reševalci motoristi so na kraju intervencije pogosto hitreje od reanimobila, to pa pomeni, da so sami ob pacientu z opremo, zdravili in pripomočki, ki so namenjeni uporabi zdravnika. Zaradi tega se na terenu pogosto znajdejo v precepu ob vprašanju preseganja svojih kompetenc dela (Andoljšek, 2010).

Leta 2003 je sekcija reševalcev v zdravstvu ustanovila Podskupino za izobraževanje, ki je oblikovala dokument Predlog izobrazbene strukture in izobraževanja reševalcev v zdravstvu v Republiki Sloveniji. Ta je bil izoblikovan tako, da bi morali imeti v Sloveniji dve ravni izobraževanja reševalcev. Na prvi ravni bi z nacionalno poklicno kvalifikacijo (v nadaljevanju NPK) nadgradili srednjo zdravstveno izobrazbo in naj bi predstavljala pogoj za delo v reševalni službi v Sloveniji. Na drugi ravni pa bi bila visoka strokovna izobrazba (diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra), z ustrežno specializacijo oz. strokovnim magistrskim študijem s področja zdravstvene nege v predbolnišnični NMP, kar bi bil tudi pogoj za delo ob pacientu v NMP in na nujnih prevozi (Prestor, Čander, Fink, Kešpert, Kramar in Posavec, 2010).

Istega leta je Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija zdravstvenih tehnikov in medicinskih sester – reševalcev skupaj z Reševalno postajo UKC Ljubljana predlagala pripravo poklicnega standarda zdravstveni reševalec/zdravstvena reševalka z namenom pridobiti NPK. Po pripravi profila poklica, izdelavi poklicnih standardov in katalogu standardov strokovnih znanj in spretnosti je sledil postopek verificiranja NPK, ki se je zaključil z objavo v Uradnem listu RS, št. 73, 5. 7. 2004 (Ibid.). NPK pomeni delovno oz. poklicno usposobljenost, ki je potrebna za opravljanje poklica ali posameznih sklopov, zadolžitev v okviru poklica na določeni ravni zahtevnosti. Certifikat, pridobljen z Zakonom o NPK (Ur. l. RS, št. 85/2009) pomeni, da je kandidat pridobil certifikat o poklicni usposobljenosti, ne pa tudi stopnje izobrazbe. Za pridobitev NPK z nazivom zdravstveni reševalec/zdravstvena reševalka mora kandidat izpolnjevati določene vstopne pogoje, nato pa gre skozi proces ugotavljanja in potrjevanja znanja, ki so zapisana v katalogu strokovnih znanj in spretnosti. Kandidat ob pomoči svetovalca oblikuje osebno zbirno mapo – portfolio, v kateri zbira dokazila o pridobljenem znanju in spretnostih. Ko je zbirna mapa pripravljena, jo svetovalec preda komisiji. Ta jo pregleda in ovrednoti ter preveri strokovno znanje kandidata s praktičnim preverjanjem in zagovorom. Z nazivom NPK zdravstveni reševalec/zdravstvena reševalka lahko zaposleni s V. stopnjo izobrazbe opravljajo določena dela, ki so opredeljena za VI. stopnjo izobrazbe, ne da bi presegali lastne kompetence dela (Napotnik, b.d). Prve certifikati je podelilo 22. septembra 2011 vodstvo Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana in Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije. Okoli osemdeset slovenskih reševalcev ima sedaj naziv zdravstveni reševalec/zdravstvena reševalka (Služba za odnose z javnostmi, UKCL, 2011).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 PROBLEM IN CILJ RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je opisati reševalca motorista, predstaviti njegove kompetence in obseg dela, zadovoljstvo z njegovimi kompetencami ter pripraviti izhodišča za izboljšave oz. razrešitev morebitnih vprašanj glede kompetenc reševalcev motoristov.

Delo v NMP ni le stresno, ampak tudi zelo pestro; vsak delovni dan je namreč drugačen. Reševalci do prihoda na kraj dogodka pogosto ne vedo, kaj jih čaka. Velikokrat gre za resne situacije, odločilne minute in reševanja človeških življenj. Čeprav postaja v zadnjem času vse pomembnejše tudi zavedanje lastnih pristojnosti in odgovornosti, ki nam jih daje stopnja izobrazbe, na terenu navadno za razmislek o tem ni veliko časa. Cilj diplomskega dela je prikazati kompetence reševalca motorista, pokazati njihovo soočanje s preseganjem kompetenc in dokazati, da na področju kompetenc reševalcev še marsikaj ni dorečeno, tako kot bi moralo biti, da bi lahko reševalci brez strahu pred kazensko odgovornostjo opravljali svoje delo. Vseeno je namreč težko enačiti delo reševalca motorista, ki je pogosto prvi na kraju dogodka, z delom npr. medicinske sestre v bolnišnici, kljub temu da imata po stopnji izobrazbe enake kompetence dela.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

- Katere so kompetence reševalca motorista?
- Ali reševalec motorist glede na stopnjo izobrazbe presega svoje kompetence dela?
- Kako se reševalec motorist sooča s preseganjem kompetenc, če pri delu pride do tega?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V diplomskem delu smo za raziskovalno metodo uporabili kvalitativno raziskavo s pomočjo nestandardiziranega polstrukturiranega intervjuja. Z intervjuji smo pridobili podatke za raziskavo, ki smo jih kvalitativno analizirali. Primarne vire smo pridobili s preučitvijo strokovnih knjig, dostopnih v strokovnih in splošnih knjižnicah na področju Slovenije, s pomočjo strokovnih člankov in zbornikov. Sekundarne vire smo pridobili v

virtualni knjižnici Slovenije – COBBIS, s pregledom tujih podatkovnih baz (CINAHL, PUB MED, ERIC, Springer Link, idr.) in z uporabo spletnega iskalnika Google, kjer smo iskali diplomska in magistrska dela. Kot iskalni vir smo za ključne in dodatne besede uporabili: reševalec motorist, reševalec na motorju, kompetence reševalca motorista, kompetence reševalcev, izvajanje nujne medicinske pomoči z motorjem, motorcycle paramedic, motorcycle rescuer, paramedic on motorbike, the competences of the motorcyclist rescuer, giving emergency medical help by motorcycle.

3.3.2 Opis instrumentarija

V raziskavi smo uporabili kvalitativno metodo raziskovanja s pomočjo nestandardiziranega, polstrukturiranega intervjuja, kjer smo definirali le ključne točke, ki so nas vodile pri intervjuju.

Polstrukturiran (nestandardiziran) intervju je neposredna oblika spraševanja. Nismo uporabili do podrobnosti vnaprej izdelanega vprašalnika, ki bi ga dosledno upoštevali. V pomoč nam je bilo vodilo za intervju – seznam osnovnih vprašanj, o katerih se nameravamo pogovarjati (Mesec, 1998).

Polstrukturiran intervju je bil namenjen reševalcem motoristom, da ugotovimo, kakšen je njihov način dela, kakšno je zadovoljstvo s kompetencami, ali presegajo svoje kompetence dela, kakšne so morebitne dileme in njihove rešitve. Vodilna vprašanja so bila izdelana vnaprej. Vprašanja so bila jasna, razumljiva, nedvoumna in so ustrezala namenu. Pri izvedbi intervjuja je bila zagotovljena popolna anonimnost, sodelovanje je bilo prostovoljno.

Vodilna vprašanja, ki smo jih uporabili pri intervjuju, so bila:

- Osnovni podatki o intervjuvancu (stopnja izobrazbe, opravljeni tečaji, čas opravljanja dela reševalca motorista).
- Koliko intervencij povprečno opravite na mesec kot reševalec motorist in za kakšne intervencije običajno gre?
- Koliko časa pred prihodom ekipe ste navadno na kraju dogodka?
- Kaj vse morate storiti v tem času (pred prihodom ekipe) oz. kaj lahko?
- Ali pri svojem delu kot reševalec motorist presegate kompetence dela in če, kako se s tem soočate?
- Ali je potrebno preseganje kompetenc ob prisotnosti zdravnika?

- Ali si pri svojem delu želite več kompetenc?
- Ali so se med delom pojavile kakšne dileme (v zvezi s kompetencami)?
- Kakšne so morebitne rešitve v zvezi s problematiko kompetenc?

Navedena vodilna vprašanja smo pri vsakem intervjuju posebej prilagajali in dopolnjevali s posameznimi podvprašanji.

3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni (nerandomizirani) namenski vzorec. Raziskavo smo izvedli s točno določenimi osebami – reševalci motoristi iz Reševalne postaje Univerzitetnega Kliničnega centra Ljubljana in iz Zdravstvenega doma Koper. Intervjuje smo izvedli leta 2011, od oktobra do decembra. Predviden vzorec intervjuvancev je bil manjši od pričakovanega; enota Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor v raziskavi ni sodelovala (soglasja za raziskavo je zavrnil G. Grmec, reševalci motoristi se niso zanimali za raziskavo oz. na elektronsko pošto niso odgovarjali). Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno.

V tabeli 2 so prikazane značilnosti vzorca intervjuvancev, ki so bili vključeni v raziskavo.

Vsi reševalci motoristi, ki so bili vključeni v raziskavo, so bili moškega spola (100 %). Največ (80 %) jih ima srednješolsko stopnjo izobrazbe – tehnik zdravstvene nege, eden (20 %) pa ima visokošolsko strokovno izobrazbo, z nazivom diplomirani zdravstvenik. Eden (20 %) je reševalec motorist že od leta 2001, dva (40 %) od leta 2003, eden (20 %) od leta 2005 in eden (20 %) od leta 2009. Vsi reševalci (100 %) imajo opravljen trening varne vožnje, relacijsko-kondicijski trening vožnje, ALS tečaj – Advanced life support, ITLS tečaj – International trauma life support, APLS tečaj – Advanced pediatric life support, učne delavnice ter predavanja iz nujne medicinske pomoči in interna izobraževanja iz NMP. Eden (20 %) je poleg tega tudi inštruktor in predavatelj pri Sekciji reševalcev v zdravstvu, eden (20 %) pa inštruktor za APLS tečaj.

Posamezne intervjuvance – reševalce motoriste smo označili s kratico RM (reševalec motorist) od RM1 do RM5.

Tabela 2: Značilnosti vzorca intervjuvancev, ki so sodelovali v raziskavi

| REŠEVALCI MOTORISTI | | |
|--|------------------|---------------------|
| | Frekvenca | Odstotki (%) |
| Spol: | | |
| Moški | 5 | 100 % |
| Ženski | 0 | 0 % |
| Izobrazba: | | |
| Srednješolska izobrazba | 4 | 80 % |
| Višješolska izobrazba | 0 | 0 % |
| Visokošolska strokovna izobrazba | 1 | 20 % |
| Univerzitetna izobrazba | 0 | 0 % |
| Reševalec motorist od leta / št. let: | | |
| 2001 / 11 let | 1 | 20 % |
| 2002 / 10 let | 0 | 0 % |
| 2003 / 9 let | 2 | 40 % |
| 2004 / 8 let | 0 | 0 % |
| 2005 / 7 let | 1 | 20 % |
| 2006 / 6 let | 0 | 0 % |
| 2007 / 5 let | 0 | 0 % |
| 2008 / 4 leta | 0 | 0 % |
| 2009 / 3 leta | 1 | 20 % |
| 2010 / 2 leti | 0 | 0 % |
| 2011 / 1 leto | 0 | 0 % |
| Opravljeni dodatni tečaji: | | |
| Trening varne vožnje | 5 | 100 % |
| Relacijsko – kondicijski trening | 5 | 100 % |
| ALS | 5 | 100 % |
| ITLS | 5 | 100 % |
| APLS | 5 | 100 % |
| Učne delavnice in predavanja iz NMP | 5 | 100 % |
| Interna izobraževanja iz NMP | 5 | 100 % |
| Inštruktor in predavatelj pri Sekciji reševalcev v zdravstvu | 1 | 20 % |
| Inštruktor na tečaju APLS | 1 | 20 % |

3.3.4 Opis pridobivanja in obdelave podatkov

Izvedba intervjujev je potekala od oktobra 2011 do decembra 2011, po predhodni pridobitvi soglasja od raziskovalnega okolja – Univerzitetnega Kliničnega centra Ljubljana in Zdravstvenega doma Koper.

Upoštevana so bila vsa etična načela, zagotovljena je bila tudi anonimnost vseh sodelujočih v intervjujih. Realizacija vzorca je bila glede na ciljni odziv 62,5 %.

Izvedba intervjujev z reševalci motoristi je potekala v njihovem kliničnem okolju (reševalna postaja) v popoldanskem času. Intervjuvancem smo razložili namen

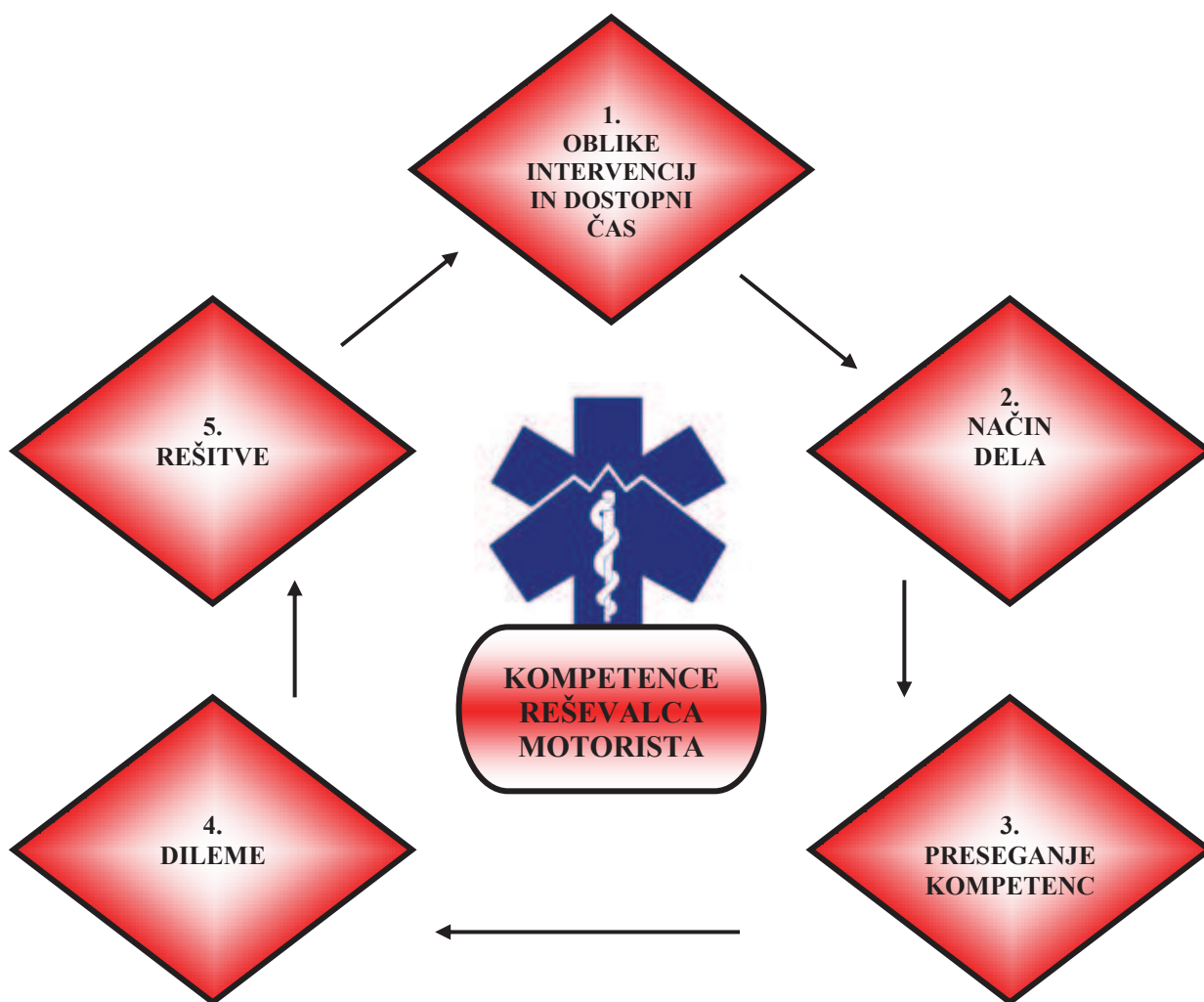
raziskave in jim postavili vodilna vprašanja, katerim smo dodajali podvprašanja. Odgovore smo zapisali v obliki kratkih zapisov in pozneje podrobneje zapisali pogovor. Časovno je intervju potekal povprečno eno uro.

Odgovore odprtega tipa smo kodirali, klasificirali in kvalitativno analizirali. Pri procesu kodiranja smo uporabili induktivni pristop. Kvalitativna analiza izbranega gradiva je potekala v šestih stopnjah:

- Opravili smo transkripcijo intervjuja ter odgovorov na odprta vprašanja.
- Zapise smo členili na pomembne informacije, drugo pa izpustili.
- Kod nismo določili pred analizo, ampak smo seznam oblikovali sproti v procesu analize.
- Sorodne kode – pojme smo združili v kategorije, ki smo jih poimenovali.
- S pomočjo kod smo oblikovali teoretične modele in pojasnitve.
- Izmed vseh pojmov in kategorij smo izbrali tiste, ki so bili relevantni glede na problem in namen raziskave, izločili smo pojme, ki so bili preveč oddaljeni ali niso bili povezani z drugimi pojmi oz. s problemom raziskave (Devjak, 2007).

3.4 REZULTATI

S kvalitativno vsebinsko analizo smo s pomočjo kod oz. pojmov določili 5 kategorij, ki vplivajo na proučevani pojav – kompetence reševalca motorista. Te kategorije so: oblike intervencij z dostopnim časom, način dela, preseganje kompetenc, dileme in rešitve.



Slika 3: Prikaz kategorij, ki vplivajo na proučevani pojav – kompetence reševalca motorista

3.4.1 Oblike intervencij in dostopni čas

Na podlagi intervjujev z reševalci motoristi smo v okviru kategorije »oblike intervencij in dostopni čas« določili naslednje kode: vitalna ogroženost, nejasen zdravstveni problem, pomanjkanje reševalnih vozil in čas prihoda na kraj dogodka.

V nadaljevanju podrobno opisujemo posamezne kode in pomembne citate reševalcev motoristov. Kode so napisane v poševnem tisku, pred navedenimi citati. Enak način smo uporabili pri vseh kategorijah.

Vitalna ogroženost. Reševalci motoristi so izpostavili vitalno ogroženost človeka, kot pogosto vrsto intervencije, v kateri sodelujejo. V ta sklop spadajo večje prometne nesreče, hude krvavitve, srčni zastoji, nezavesti, možganske kapi, hipoglikemična stanja in anafilaktični šok po piku žuželk ali vsa stanja, kjer je ali bi v kratkem bilo ogroženo človeško življenje.

RM1: »Navadno gre za intervencije z vitalno ogroženostjo.«

RM2: »Več ali manj so to nezavesti, prometne nesreče in hude krvavitve.«

RM3: »Primeri z značajem življenjske ogroženosti, ko se že po klicu spozna ali ko dispečer odloči, da naj bi šlo za neko vitalno ogroženost. Gremo na vse, kjer je indiciran tudi zdravnik.«

RM5: »Ponavadi gre za intervencije na terenu, redko v zdravstvenih ustanovah, pri stanjih, za katera se že po klicu posumi, da bi lahko v kratkem času ogrozile človeško življenje – prometne nesreče, reanimacije, nezavesti, hude krvavitve, hipoglikemične kome, EPI statusi.«

Nejasen zdravstveni problem. Reševalci motoristi so na kraj dogodka poslani tudi takrat, kadar gre za nejasne zadeve oz. iz klica ni mogoče razbrati, za kaj pravzaprav gre. To je razvidno iz naslednjih izjav:

RM1: »Gremo tudi na nejasne zadeve.«

RM4: »Med vrste intervencij spada tudi neznana oseba, kadar se ne ve, kaj ji je.«

RM5: »Včasih gremo tudi na intervencije, pri katerih iz klica ne uspemo razbrati, za kakšno stanje gre.«

Pomanjkanje reševalnih vozil. Reševalec motorist deluje tudi kot dodaten resurs, kadar v tistem trenutku ni na razpolago dodatnega vozila, kar je razvidno iz naslednje izjave reševalca motorista:

RM1: »Včasih vskočimo, tudi če nam zmanjka reševalnih vozil. Imamo npr. nekoga, ki ni vitalno ogrožen, je pa dobro, da je nekdo ob njem, reševalnega vozila pa v tistem trenutku ni na razpolago.«

Čas prihoda na kraj dogodka. Dostopni čas na kraj dogodka je pomemben in prednost uporabe reševalnega motorja je prav v tem. Reševalci motoristi so v večini primerov skoraj za polovico hitrejši od reševalnega vozila, ki prihaja za njimi, prihod na kraj dogodka pa je odvisen tudi od nekaterih drugih dejavnikov. Na vprašanje Koliko časa pred prihodom reševalnega vozila ste navadno na kraju dogodka? so odgovorili:

RM1: »Od 30 % do 50 %.«

RM2: »Odkvisno od lokacije; lahko pridem minuto prej, lahko pa tudi do 10 minut prej.«

RM3: »Odkvisno od kraja dogodka, časa starta, vremena, psihofizičnih sposobnosti ter prometa. Dlje kot je, hitreje sem tam, več imam prednosti.«

RM4: »Mi zmanjšamo število na pol. Dlje kot je, večja je razlika. Odkvisno je tudi od prometa.«

RM5: »Ta prihod je odkvisen od oddaljenosti od postaje, če pa je dogodek na večji razdalji, lahko znaša prihod pred ekipo PHE (prehospitalna enota) tudi več kot 7 minut. Pri bližjih krajih dogodka je ta čas nekaj čez eno minuto.«

3.4.2 Način dela

Druga kategorija je »način dela« reševalcev motoristov. V ta sklop je vključen način izvedbe intervencij, kaj morajo in kaj lahko storijo na kraju dogodka, kako ravnajo v primeru srčnega zastoja, kakšna je najpogostejša praksa pri poškodovancih, kako je z aplikacijo zdravil in z nekaterimi ukrepi, ki niso v njihovi pristojnosti (v okviru kompetenc).

Za kode smo določili: neodložljivi ukrepi, vrsta dogodka, dogodek na javnem mestu, previdnost, poškodovanec, intra venozna pot (I. V.), aplikacija zdravil in srčni zastoj.

Neodložljivi ukrepi. Neodložljivi ukrepi so ukrepi, ki jih mora izvajati reševalec motorist. To je razvidno iz naslednjih izjav:

RM1: »Kar se mora takoj, je začeti z neodložljivimi ukrepi. Kaj lahko storim? Lahko izvajam neodložljive ukrepe, začnem s temeljni postopki oživljanja, uporabim polavtomatski defibrilator, kar je v bistvu že nadgradnja TPO in vzdržujem prosto dihalno pot s pripomočki, ki jih smem uporabljati.«

RM4: »Dolžan sem izvajati temeljne postopke oživljanja, ker sem profesionalec, to lahko izvajam z dodatki – defibrilator.«

Vrsta dogodka. Način dela reševalca motorista na kraju dogodka je odvisen tudi od vrste dogodka. Intervencije se med seboj vedno razlikujejo.

RM2: »Kaj storim na kraju dogodka, je odvisno od vrste nesreče (dogodka). V primeru prometne nesreče striažiram, pogledam, ali je varen pristop, pogledam, koliko je poškodovanih, in o tem obvestim ekipo, ki prihaja za mano. Potem se lotim tistih nujnih zadev, ki jih lahko sam naredim – zaustavitev kakšnih krvavitev, sprostitev dihalnih poti, to je pa to.«

RM5: »Če je potrebno, začnemo z reanimacijo. Drugače pa pregledamo, in kolikor se le da, zaščitimo kraj dogodka, zaščitimo poškodovanega ali obolelega, preverimo

življenjske funkcije, vzpostavimo I. V. pot in nastavimo tekočine ter obveščamo ekipo o stanju poškodovanega oz. obolelega.«

Dogodek na javnem mestu. En reševalec motorist je izpostavil ukrepanje v primeru dogodka na javnem mestu. To je razvidno iz naslednje izjave:

RM3: »V primeru intervencije na javnem kraju zavaruješ kraj nesreče, ker ga pač moraš, nato povzameš povzeteke scene, da vidiš, za kaj gre, in oceniš število poškodovancev oz. potrebnih pomoči.«

Previdnost. Na kraju dogodka je zelo pomembna tudi previdnost, kar je razvidno iz naslednje izjave reševalca motorista:

RM4: »Biti moram 100 % bolj previden kot ekipa, ker pridem sam na kraj dogodka. Ob sumu nevarnosti zame ali za ekipo, ki prihaja za mano, ne smem iti v to.«

Poškodovanec. Reševalci motoristi med intervencijami velikokrat ukrepajo pri poškodovancih. Iz naslednjih izjav je razvidno, kako ravnaajo v takih primerih:

RM1: »Najpogostejši je seveda pregled poškodovanca, nato ugotovitev, kaj ga ogroža, potem preprečevanje tega, kar ga ogroža, dalje se nastavi vratna opornica (to imamo v motorju), izvede se imobilizacija, potem vzpostavitev I.V. poti, lahko tudi aplikacija kisika, zaustavljanje krvavitev, oskrba ran.«

RM3: »Pristop, pregled, nato pa ukrepi po potrebi. V primeru krvavitve zaustavljaš krvavitev, pri zlomih imobiliziraš (če imaš primerno opremo, ponavadi kakšen očividec varuje vratno hrbtenico, kar mu pokažeš), potem pomeriš krvni tlak, in če je nizek, vzpostaviš I.V. pot.«

RM5: »Poškodovanca lahko delno imobiliziramo, nastavimo I.V. pot, nadomeščamo tekočine, po dogovoru z zdravnikom dajemo tudi zdravila. Sodelujemo tudi z gasilci (jih usmerjamo pri izvlečenju in imobilizaciji) in izmerimo parametre.«

I.V. (intra venozna) pot. Reševalci motoristi so med intervjuji izpostavili, da se poslužujejo nastavitve I.V. poti. Čeprav je to na področju nujne medicinske pomoči rutina, pa za tiste, ki imajo srednješolsko izobrazbo, ni skladno s kompetencami dela. To smo izpostavili kot vprašanje pri intervjuju.

RM2: »Vem, da ni skladno s kompetencami, vendar pri nas, reševalcih, je dati kanal enako, kot je pri sestri menjava plenice.«

RM3: »Kanal je rutina, za to ni pogoj šola. Ob treh zjutraj, ali v dežju na prometni nesreči, ali nekje za hribom, ga diploma ne bo nastavila. Nastavila ga bo samo dobra roka.«

RM4: »To je velika žalost. Mi delamo vse, ne smemo pa nič.«

Aplikacija zdravil. Reševalci motoristi lahko aplicirajo zdravila po naročilu zdravnika. Ker so na terenu pogosto sami, nas je zanimalo, če se tega kdaj poslužujejo na lastno odgovornost.

RM1: »Kar se tiče zdravil, bi npr. pri poškodovancih prišla v poštev edino analgezija – protibolečinska terapija, vendar je na motorju nimamo na razpolago. V opremi imamo samo reanimacijska zdravila. Te apliciramo po posvetu z zdravnikom – če je čas za posvet, če ni časa, jih najprej damo in se nato posvetujemo. Časa za posvet pa navadno ni. Tudi razlika med časom, ko začnemo izvajati TPO, in časom, ko pride reševalno vozilo z zdravnikoma v ekipi, ni tako velika. Je pa tudi škoda izgubljati čas, da bi šli nekaj delati (z zdravili), zanemarili pa bi tisto vitalnost, torej masažo srca in ventilacijo.«

RM2: »Velikokrat apliciramo reanimacijska zdravila brez predhodnega posveta z zdravnikom, ker za to takrat pač ni časa.«

RM3: »Največji problem je, da ne moremo dati analgezije. Največkrat se srečujemo s tem, da ljudje želijo nekaj proti bolečinam, mi pa jim ne moremo pomagati. To je ena od večjih težav.«

Srčni zastoj. Pri srčnem zastoju štejejo minute, ki jih reševalci motoristi običajno lahko pridobijo, pomembno pa je tudi pravilno ukrepanje. Leta 2010 so bile izdane nove smernice pri ukrepanju ob srčnem zastoju. Iz izjav je razvidno, da jih reševalci motoristi upoštevajo.

RM1: »Upoštevam smernice 2010.«

RM2: »Pri srčnem zastoju na kraju intervencije, najprej ocenimo stanje, potem začnemo z osnovo – TPO; mi na motorju imamo s seboj tudi PAD (polavtomatski defibrilator), katerega pač uporabimo, potem sprostimo dihalno pot – jaz se največkrat poslužujem laringealne maske ali I-gela in masaže srca. Upoštevam tudi smernice 2010.«

RM3: »Sprostim dihalno pot – če že vem, da ne diha, očividca uporabim za masažo srca (pokažem mu, kako), jaz pa grem na dihalno pot – uporabim I-gel ali Airway. Intubacija ni na prvem mestu. Če imam še kakšnega očividca, ki ga lahko priučim za dihalno pot, potem lahko nastavim defibrilator, če imam čas, pa vzpostavim še I.V. pot, kar je redko. Smernic 2010 se držim.«

RM4: »Mi lovimo čas od fibrilacije do asistolije in to traja nekje 6 minut. Če v tem času pridem na kraj dogodka in človeka defibriliram, je večja možnost, da preživi. Smernic 2010 se držim, ni pa nobena intervencija enaka drugi. Če ima reševalec v glavi vrstni red, ne more nič zgrešiti – tudi narejeno je tako, da mu pomaga.«

RM5: »Pri srčnem zastoju sprostimo dihalno pot, masiramo, uporabimo AZD (avtomatski zunanji defibrilator), vodimo ljudi (očividce), ki nam pomagajo, vzpostavimo I.V. pot, če prihod ekipe traja predolgo po dovoljenju zdravnika in lastni presoji intubiramo.«

3.4.3 Preseganje kompetenc

Kompetence pri delu v zdravstvu v zadnjem času postajajo vse pomembnejše, zato smo »preseganje kompetenc« določili kot tretjo kategorijo. V ta sklop sodi samo preseganje kompetenc pri delu reševalca motorista, preseganje kompetenc dela pri intervenciji, ki je v domeni zdravnika, preseganje kompetenc dela ob prisotnosti zdravnika, zadovoljstvo reševalcev motoristov s kompetencami in želje po kompetencah, ki jih sedaj nimajo.

Za kode smo določili: preseganje kompetenc, endotrahealna intubacija, prisotnost zdravnika, zadovoljstvo in želje po spremembah.

Preseganje kompetenc. Reševalci motoristi so potrdili pogosto preseganje kompetenc pri svojem delu.

RM1: »Kompetence ne presegam pogosto, ker imam pripomočke in naprave, ki jih lahko uporabim.«

RM2: »Pri svojem delu pogosto presegam kompetence, vendar mislim, da je to v takih primerih, kot jih imamo, nujno potrebno. Stvari, ki jih naredim, so nujno potrebne.«

RM3: »Pri reševanju z motorjem pride zelo pogosto do preseganja kompetenc.«

RM4: »Da, kompetence presegam skoraj na vsaki intervenciji.«

RM5: »Pri svojem delu skoraj vedno presegam kompetence.«

Endotrahealna intubacija. Nekateri reševalci motoristi se je pri svojem delu poslužujejo (kljub temu da je v domeni zdravnika), drugi ne.

RM3: »V nekaterih primerih se tudi sam poslužujem endotrahealne intubacije; pri piku (alergijska reakcija) in poizkusu samomora z obešanjem. V bistvu v tistih trenutkih, kjer vem, da je to nujno. Včasih jo izvedem tudi pri zastoju srca – če je še čas, ekipe pa še ni na kraju dogodka.«

RM5: »Po dovoljenju zdravnika in lastni presoji intubiramo.«

RM4: »Če intubacije nisi več, pravijo, naj tega ne bi delal. Jaz se s tem ne ukvarjam, ker se mi zdi zamudno, imamo pa tudi bolj enostavne, sodobne in hitrejše pripomočke. Vstavim I-gel in namestim balon.«

Prisotnost zdravnika. Reševalci motoristi v začetnem času delajo sami, za njimi pa običajno prihaja ekipa z zdravnikom. Zanimalo nas je, kako je s preseganjem kompetenc ob prisotnosti zdravnika.

RM2: »Se naredi. Zdravnik je prisoten in reče: »Boste vi intubirali.« Včasih je pa tudi tako, da se sami ponudimo – zdravnik intubira, pa ne gre in ni nič slabega, če poizkusi nekdo drug.«

RM3: »Včasih mlajšemu zdravniku svetuješ glede terapije – koliko in kaj. Z izkušenimi zdravniki ne prihaja do preseganja.«

RM4: »Se dogaja. Razlog je višja sila, ali da zdravniku preprosto ne gre; ni pa to v navadi. Mi imamo ogromno drugega dela, zdravnik je pri glavi, on najlažje tudi intubira. Drugi delamo ostale stvari. Zdravnik je tam, da razmišlja, ne da fizično dela.«

RM5: »Zdravnik od nas le redko »zahteva« preseganje kompetenc.«

Zadovoljstvo in želja po kompetencah. Reševalce motoriste smo vprašali, ali so zadovoljni s svojimi kompetencami dela in če si pri svojem delu želijo več kompetenc (če, katere). Na vprašanje so odgovorili z naslednjimi izjavami:

RM1: »S svojimi kompetencami nisem zadovoljen. V domeni reševalca motorista bi morali biti uporaba in aplikacija zdravil – saj ta zdravila uporabi samo v ekstremnih primerih. Tukaj pride v poštev analgezija, sedacija, relaksacija pa tudi izvedba endotrahealne intubacije. V urgenci imaš 10 nujnih stanj in 5 zdravil, tako da neke

strašne znanosti ni. Ena izmed teh je tudi glukoza. Pač imaš hipoglikemijo, in kaj sedaj? Čakati zdravnika ali nastaviti kanal in dati sladkor? Jasno je, kaj bom storil.«

RM2: »Želim si vsaj tiste kompetence, ki jih vsak dan presegam, da ne bi kazensko odgovarjal zaradi vzpostavitve I.V. poti ali sprostitve dihalne poti, ker to pač ni v moji domeni. Za neko stvar, ki jo naredim, se poskušam usposobiti sam, za veliko stvari pa nam tukaj (na reševalni postaji) dajo možnost. Vsi gremo na kroženje v anestezijo, kjer lahko osvojimo intubacijo, dajanje kanalov ali sprostitvev dihalne poti s katero koli alternativo. Želim si kompetence za take storitve, ki so v bistvu samo mehanski posegi, s katerim ne morem ničesar pokvariti. Tudi aplikacija reanimacijskih zdravil ne bi smela biti težava; ne želim pa imeti kompetenc za uporabo analgetikov, ker jih ne potrebujem. Za te bo že prišel zdravnik, jaz pa lahko v tem času storim kaj drugega.«

RM3: »Pri svojem delu si želim več kompetenc, med njimi vzpostavitev I.V. poti, aplikacijo lažje, varne analgezije, tudi dovajanje tekočin je bolj sivo polje. Intubacije si pa si ne želim, ker imam precej alternative – uporaba te pa bi morala biti suverena. Si pa želim še eno kompetenco, in to je vodenje tehnične intervencije – ker si kot reševalec prvi na kraju dogodka in imaš s tem največ izkušenj.«

RM4: »Vsak si želi toliko kompetenc, kolikor jih je sposoben opraviti. S tem ko se povečujejo kompetence, se poveča tudi odgovornost, vzporedno z njimi pa bi se morala dvigovati tudi plača.«

3.4.4 Dileme

»Dileme« so četrta kategorija kompetenc reševalcev motoristov. Zaradi načina dela in neurejenosti kompetenc nas je zanimalo, ali so se dileme kdaj pojavile med delom in ali so se pojavile kakšne težave z zdravniki, svojci ali kakor koli drugače. Za kode smo uporabili: izobraževanje, problem z zdravniki in osebno soočanje z dilemami.

Izobraževanje. Izobraževanje je po mnenju reševalca motorista pomemben dejavnik, ki vpliva na dileme, ki se pojavljajo pri delu. To je razvidno iz naslednje izjave:

RM1: »Bolj ko se izobražujemo, bolj ko si širimo spekter znanja, večkrat nas zamika, da bi radi kaj več naredili. Če ne poznamo dela ali postopkov, če nimamo primernih funkcionalnih znanj, potem tudi ne razmišljamo, kaj bi lahko še poleg naredili, tako da je to pogojeno eno z drugim; bolj ko se bomo šolali, več kot bomo absorbirali funkcionalnih znanj, širše pogled bomo imeli o tem, kaj bi lahko v določeni situaciji naredili. Če se ne izobražujemo dodatno, pač delamo tisto osnovo, kar smo se naučili v šoli, kar pa ne pomeni, da mislim, da je izobraževanje slabo. Eno pa je formalna izobrazba in drugo resnično znanje.«

Problem z zdravniki. Ker reševalci motoristi opravljajo tudi posege, ki so v domeni zdravnika, nas je zanimalo, ali so se pri tem kdaj pojavile morebitne težave.

RM1: »Jaz take izkušnje nisem imel. To so večinoma posegi in postopki, s katerimi se ne poslabša zdravstvenega stanja. Problem bi nastal, če bi se napadalo pacienta z zdravili, ko je ta še pri zavesti in se pogovarja z reševalcem. Če pa ima reševalec nekoga v srčnem zastoju, je asistolija in mu da adrenalin, tukaj stanja ne more poslabšati, ker je pacient klinično mrtev.«

RM2: »Težav z zdravniki nikoli nisem imel. Če sem sam, delam TPO. Pri srčnem zastoju ne razmišljam o intubaciji, prej o vzpostavitvi I.V. poti. Bistvo motorja je, da se ekipi pridobi čas in se nato izvedejo dodatni postopki; na začetku ni neke hude medicine.«

RM3: »Dileme se pojavljajo. Vsako jutro, ko prideš v službo, najprej preveriš, kateri zdravniki so v izmeni in točno veš, kaj boš tisti dan delal. Pri določenih niti kanala ne boš nastavil, boš delal pač TPO, pa če bo pacient umrl, bo pa umrl. Za nekatere zdravnike veš, da bodo stali za tabo; če boš naredil dobro delo, te bo pohvalil. Pri nekaterih pa boš za vse kriv, ne glede na to, ali boš naredil dobro ali slabo delo. Osebno sem jih že slišal od zdravnika, zakaj delam nekaj, česar ne smem.«

RM4: »Jaz te izkušnje nimam. Če ocenim, da je to potrebno, bom to naredil, ampak mora biti 100 % potrebno. Ne bom nekoga intubiral, ker mi je to »kul«, ker se zavedam

tega, da za to nimam kompetenc. Dejansko lahko pride do tega, da zdravnik reče reševalcu, da to ni njegovo delo, z leti pa si lahko pridobiš zaupanje zdravnika.»

Osebno soočanje z dilemami. Dileme pri delu reševalca motorista so lahko vedno prisotne. Pri vprašanju smo povezali dileme s preseganjem kompetenc dela in kako je z osebnim soočanjem s tem.

RM4: »Ne razmišljam o tem in se s tem ne obremenjujem. V prvi vrsti je človekovo življenje; vsi se zavedamo tega, da bomo morali odgovarjati za to, če bomo nekaj naredili narobe. Upam, da se to ne bo zgodilo nikoli, vprašanje pa je, če bo takrat kdo stal za mano in mojimi kolegi. Glede na profil dela in glede na izkušnje, ki jih imamo, se ne ukvarjamo s postopki, ki bi nam lahko zagrenili življenje, ampak se osredotočimo na to, da človeku poizkušamo rešiti življenje. Ne igramo se medicine, za to so zdravniki; vemo pa, kako bomo človeka oživili – TPO, defibrilacija, adrenalin.«

RM5: »Dileme so vedno prisotne, a ko si pri ali pred nekom, ki nujno rabi preseganje naših kompetenc, da bi preživel, te kompetence presežemo. Težave zaradi tega se zaenkrat še niso pojavile, a reševalci smo vedno v strahu, še posebej, ko nas pokličejo na sodišče kot pričo dogodka ali kot izvajalca NMP. Takrat se v naši PHE največkrat lahko sklicujemo na zdravnika, ki je stalno prisoten v naši ekipi.«

Noben od reševalcev motoristov do sedaj ni imel težav (v zvezi s kompetencami) s svojci.

3.4.5 Rešitve

Kot zadnjo kategorijo smo izbrali »rešitve« na naslednja vprašanja: Kaj bi po mnenju reševalcev motoristov pripomoglo k izboljšanju stanja v zvezi s kompetencami in njihovim preseganjem; kaj storiti zdaj in ne čez 10 ali 15 let; kakšni so njihovi predlogi.

Pri tem smo izpostavili tudi nacionalno poklicno kvalifikacijo.

Za kode smo določili: NPK – nacionalna poklicna kvalifikacija, priznavanje kompetenc in modul kot predlog.

NPK – nacionalna poklicna kvalifikacija. Nacionalna poklicna kvalifikacija naj bi delno reševala problematiko kompetenc za osebe s srednješolsko izobrazbo; zanimalo nas je, ali imajo nacionalno poklicno kvalifikacijo že opravljeno, ali ta rešuje problematiko reševalcev motoristov in kakšno je njihovo osebno mnenje o tem.

RM2: »Na NPK se še nisem prijavil. Meni se to sicer ne zdi nič slabega, čeprav sem pričakoval, da bo narejeno bolj na nivoju. Stvari se razvijajo v pravo smer, vendar se mi zdi, da kljub temu, da nekdo dela v NMP 20 let, ne more kar avtomatsko dobiti NPK, ker lahko teh 20 let samo vozi. Ne zdi se mi pošteno, da nekdo dobi NPK zato, ker ima toliko in toliko let staža, čeprav verjamem, da človek zna, vendar bi po mojem mnenju vsakdo moral dokazovati to znanje.«

RM3: »Na NPK se še nisem prijavil, to pa zaradi enega preprostega razloga – ker so se inštruktorji, ki niso zadosti usposobljeni oz. ne delajo v tem, izživiljali oz. norčevali iz ljudi – reševalcev. NPK se mi zdi sicer pametna za začetnike, me pa ne vleče, da bi se šel dokazovati pred nekom, ki ga ne cenim oz. ne cenim njegovega znanja. Brez problema pa se dokažem komu, ki je boljši na tem področju.«

RM4: »NPK še nimam opravljene. Prišla je prepozno, vse skupaj poteka prepočasi. Vsaj polovica bi jo že morala imeti.«

Priznavanje kompetenc. Ena od morebitnih rešitev reševalcev motoristov v zvezi s problematiko kompetenc je tudi priznavanje kompetenc, ki jih dnevno kršijo, oz. njihova zakonska ureditev, obenem pa tudi primerno plačilo za opravljanje tega dela.

RM2: »Predlog za izboljšave je predvsem, da bi se priznale tiste kompetence, ki jih dnevno kršimo. Neke terapije in takih podobnih stvari pa ne potrebujem.«

RM5: »Kompetence si želimo zakonsko urediti in biti za to povečanje kompetenc tudi primerno plačani. Brez zakonske podlage nobeno pisno potrdilo o kompetentnosti in opravljenih tečajih ne pomaga, še posebno na sodišču ne. Vsekakor pa bi te kompetence pomembno vplivale tudi na boljši izid intervencij, ki jih izvajamo.«

Modul kot predlog. Eden izmed reševalcev motoristov je za morebitno rešitev problematike kompetenc predlagal izvedbo modula v obliki izobraževanja. To je razvidno iz naslednje izjave:

RM4: »Bolj kot šolo zagovarjam modul. Šola se mi zdi predraga za to, kar po diplomi da posamezniku. Modul v obliki izobraževanja – zdravstveni tehnik na urgentnem vozilu, ki traja okvirno 6 mesecev, je to, kar rabiš, kar v praksi delaš s priznanimi kompetencami, ki so omejene na izkušnje. Po npr. 5-tih letih dela v urgenci bi opravil strokovni izpit in si s tem pridobil še dodatne kompetence, po npr. 10-tih bi zaprosil za delo kot reševalec motorist. Pred potrditvijo bi seveda tudi za to opravil izpit in si pridobil kompetence.«

3.5 RAZPRAVA

V Sloveniji se izvajanje nujne medicinske pomoči z motorjem izvaja relativno kratek čas, z relativno majhnim številom reševalcev motoristov – nimamo jih več kot 15. Kompetence postajajo pri delu vedno bolj pomembne, zato je bil namen naše raziskave ugotoviti, katere so kompetence reševalca motorista, ali jih glede na stopnjo izobrazbe presega in kako se v primeru preseganja sooča s tem.

Na začetku raziskave smo ugotovili, da so reševalci motoristi dobro usposobljeni, opravljene imajo ustrezne dodatne tečaje. Vsi reševalci motoristi, sodelujoči v raziskavi, imajo opravljen trening varne vožnje, relacijsko kondicijske treninge, ALS tečaj – kar pomeni tečaj naprednih postopkov oživljanja, ITLS tečaj – kar pomeni tečaj dodatnih postopkov oskrbe poškodovanca v predbolnišničnem okolju (po opravljenem tečaju kandidati dobijo mednarodno veljavno potrdilo in izkaznico) in APLS tečaj – kar pomeni tečaj iz temeljnih in dodatnih postopkov oživljanja otrok. To so samo najpomembnejši tečaji. Reševalci motoristi se udeležujejo tudi drugih tečajev, učnih delavnic, predavanj in internih izobraževanj s področja NMP. Eden od reševalcev motoristov, sodelujoč v raziskavi, je tudi inštruktor in predavatelj pri Sekciji medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov – reševalcev, ki deluje v okviru Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; drugi pa je inštruktor za tečaj APLS. Pa so ti

tečajji koristni glede večanja oz. izboljševanja kompetenc? Po mnenju reševalcev motoristov, sodelujočih v raziskavi, so ti tečajji zelo dobri, prinesejo veliko dodatnega znanja, pripomorejo k pravilnejšemu ukrepanju na terenu, vendar pa ne prinašajo novih kompetenc.

Na omenjenih tečajjih reševalce motoriste naučijo prepoznavanja stanja obolelih, poškodovanih, prepoznavanje ogroženosti, kaj in kako se v določenih situacijah izvaja, kako se vodi intervencija, odreja terapija, izvaja defibrilacija ipd., vendar to ni skladno s kompetencami dela za opravljanje samostojnega dela na terenu. Za širjenje posameznikovega znanja so ti tečajji dobrodošli in nujno potrebni, v smislu vsega usvojenega in posledično izvajanega na terenu pa ne, ker reševalce motoriste vodijo v preseganje kompetenc dela (Andoljšek, 2010).

Reševalci motoristi svoje delo opravljajo od maja do novembra, v vidnem delu dneva in vremenskih pogojih, ki jih pri delu ne ogrožajo. Iz raziskave je razbrati, da reševalec motorist v povprečju opravi od 30 pa tudi do 50 intervencij na mesec. Za primerjavo – na Irskem reševalec motorist v povprečju opravi 6 do 10 intervencij na dan oz. 70 do 80 intervencij na mesec (Weston, 2004).

Običajno gre za intervencije z vitalno ogroženostjo – nezavesti, prometne nesreče, hude krvavitve, srčni zastoji, hipoglikemične kome, epileptični napadi, alergične reakcije o piku žuželk, možganske kapi in tudi druge nejasne zadeve.

Na intervencijah so reševalci motoristi dolžni zavarovati kraj nesreče, začeti z neodložljivimi ukrepi, izvajati temeljne postopke oživljanja, ki jih nadgradijo z uporabo defibrilatorja. Lahko tudi vzdržujejo prosto dihalno pot s pripomočki, ki jih smejo uporabiti, zaščitijo poškodovanca, preverijo življenjske funkcije, izvedejo delno imobilizacijo in še nekatere druge postopke. Seveda so še druge intervencije, ki jih reševalci lahko izvajajo, vendar le ob nadzoru zdravnika, ki navadno ni prisoten. London ima sistem dela bistveno boljše urejen. Zdravnikov v nujni medicinski pomoči praktično nimajo (z izjemo zdravnika v reševalnem helikopterju), reševalci pa so pri svojem delu samostojni in kompetentni tudi za aplikacijo zdravil, intubacijo, EKG analize itd. (London Ambulance Service – In Auftrag der Krone, 2011).

Večina kompetenc je jasno opredeljenih v prilogi Aneksa h kolektivni pogodbi za zaposlene v zdravstveni negi – Uradni list RS, št. 107/201, ki je bil sprejet 29. 12. 2011. Priloga navaja seznam aktivnosti diplomiranih medicinskih sester, diplomiranih babic,

tehtnikov zdravstvene nege in bolničarjev – kompetence po stopnji izobrazbe. V raziskavi so sodelovali reševalci motoristi z različno stopnjo izobrazbe, zato ugotavljamo, da se kompetence reševalca motorista razlikujejo glede na stopnjo izobrazbe. Ne glede na to pa so vsekakor omejene in premajhne glede na obseg, naravo in potrebe dela.

Formalna izobrazba torej prinaša obseg kompetenc. Zaskrbljujoče je dejstvo, da ima (kar) 80 % sodelujočih v raziskavi opravljeno srednjo stopnjo izobrazbe – tehnik zdravstvene nege, kar pa lahko pri delu v nujni medicinski pomoči predstavlja problem. Pri tem lahko citiramo besede Andoljška (2007), ki jih je izrazil malo za šalo, še bolj pa zares: »Naš obseg del in nalog pogostokrat presega naša pooblastila in če bi se dosledno držali opisov del in nalog za zdravstvene tehnike, bi naše poškodovance in obolele na kraju intervencije lahko samo držali za roko in jih tolažili.«

Vzpostavitev intravenozne poti je vsem reševalcem rutina, vendar za tiste s srednješolsko izobrazbo ne predstavlja kompetenco dela. To je ena izmed kompetenc, ki jo reševalci motoristi dnevno presegajo, kar je razvidno tudi iz raziskave in je tudi osnova pri delu, ki bi jo morali imeti priznani vsi reševalci, ne glede na stopnjo izobrazbe. Pa je nimajo. Tudi aplikacija zdravil bi lahko bila v domeni reševalca motorista. Ne vseh zdravil, ampak vsaj tistih, nujno potrebnih. Sem sodijo reanimacijska zdravila, ki so med opremo na reševalnem motorju. Iz raziskave je razvidno, da se jih nekateri reševalci motoristi tudi poslužujejo, čeprav to ni v njihovih kompetencah. Reševalci lahko aplicirajo zdravila ob prisotnosti oz. po naročilu zdravnika, vendar časa za posvet navadno ni. Izpostavljen pa je bil tudi problem analgetičnih zdravil, ki jih ni v opremi na motorju.

Še ena izmed intervencij, ki ni niti v domeni diplomiranega zdravstvenika, je intubacija. Iz raziskave je razvidno, da se je v primeru nujnih stanj včasih poslužujejo tudi reševalci motoristi. To sicer ni pogosta praksa, saj imajo za sprostitev dihalne poti na razpolago pripomočke, ki so bolj enostavni, hitrejši, sodobnejši in jih lahko uporabijo. Po besedah Andoljška (2010) je ena izmed preseganja kompetenc tudi prepoznavanje motenj ritma na monitorju, ki ga omogoča polavtomatski defibrilator ter nadaljnje ukrepanje v zvezi s tem.

Z raziskavo smo torej potrdili, da reševalci motoristi glede na stopnjo izobrazbe presegajo svoje kompetence dela. Kako pa se s tem soočajo?

Preseganje kompetenc vodi v dileme, ki so prisotne, vendar pri delu pretehta reševanje življenja. Reševalci motoristi se zavedajo, da bodo v primeru, ko bo šlo kaj narobe, kazensko odgovarjali, in da obstaja vprašanje, ali bo takrat kdo stal za njimi in jih podpiral. Ali jih bodo zdravniki podprli glede na to, da včasih pri delu ob prisotnosti zdravnika, po njegovem naročilu ali lastni pobudi, opravijo intervencije in posege, ki niso v njihovi domeni? Eden izmed reševalcev motoristov je v raziskavi izpostavil, da jim določeni zdravniki hitro znajo povedati, kaj je in kaj ni njihovo delo, in tako preprečijo dileme. Zaradi izpostavljenih dilem in morebitne kazenske odgovornosti smo pogledali, kaj o tem pravi naš Kazenski zakonik. Ta ne navaja kazenske odgovornosti, vezane na kompetence, pač pa na povzročitev telesnih poškodb ne glede na kompetence. 189. člen Kazenskega zakonika o opustitvi zdravstvene pomoči določa: »Zdravnik ali drugi zdravstveni delavec, ki v nasprotju s svojo poklicno dolžnostjo ne pomaga bolniku ali komu drugemu, ki je v nevarnosti za življenje, se kaznuje z zaporom do enega leta.« 190. člen o malomarnem zdravljenju pa določa: »Zdravnik, ki pri opravljanju zdravniške dejavnosti iz malomarnosti ravna v nasprotju s pravili zdravniške znanosti in stroke in tako povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje, se kaznuje z zaporom do enega leta...« in »... enako se kaznuje drug zdravstveni delavec, ki pri svoji zdravstveni dejavnosti iz malomarnosti ravna v nasprotju s pravili zdravstvene stroke in tako povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje.« (Kazenski zakonik, Ur. l. RS, št. 95/2004). Torej, če reševalec motorist ne naredi vsega, kar bi lahko naredil, za to odgovarja, če naredi preveč, pa je kazenska odgovornost odvisna od tega, kako je to naredil. Poleg teh dveh členov lahko izpostavimo še 129. člen Kazenskega zakonika – povzročitev smrti iz malomarnosti, ki se kaznuje z zaporom od šestih mesecev do petih let; 133. člen določa lahko telesno poškodbo (kdor koga telesno poškoduje in s tem začasno okvari ali poškoduje kakšen del njegovega telesa ali organa, začasno zmanjša zmožnost za delo, prizadene njegovo zunanost ali je začasno okvarjeno njegovo zdravje), ki se kaznuje z denarno kaznijo ali zaporom do enega leta; 134. člen določa hudo telesno poškodbo (kdor koga tako telesno poškoduje, da bi bilo lahko zaradi tega v nevarnosti njegovo življenje ali je uničen/znatno oslavljen kakšen del njegovega telesa, začasna nezmožnost za vsakršno delo ali začasno hudo ali za vselej v manjši meri okvarjeno zdravje), ki se kaznuje z zaporom od šestih mesecev do petih let; 135. člen določa posebno hudo telesno poškodbo (poškodovani je ostal za vselej nezmožen za

vsakršno delo, ostal je skažen ali mu je bilo za vselej hudo okvarjeno zdravje), ki se kaznuje z zaporom od enega do deset let (Ur. l. RS, št. 95/2004).

Obstajajo tudi drugi vidiki kršitev v primeru prekoračitve kompetenc. Z vidika delovnega razmerja je zaposleni dolžan vestno opravljati svoje delo, za katerega sklene pogodbo o zaposlitvi. Pri tem je dolžan upoštevati navodila delodajalca, pazljivo mora opravljati delo, zavarovati svoje življenje in zdravje ter življenje in zdravje drugih oseb; prav tako mora delodajalca obveščati o vseh bistvenih okoliščinah, ki vplivajo na izpolnjevanje njegovih obveznosti iz delovnega razmerja. V primeru kršitve lahko zaposleni disciplinsko odgovarja (v primeru kršitve lažje oblike), v primeru hujših kršitev pa lahko delodajalec odpove pogodbo o zaposlitvi. Odpoved je lahko redna (iz krivdnega razloga; lahko skupaj z izrečenim ukrepom začasne prepovedi opravljanja dela) ali izredna (v primeru zelo hudih kršitev – kadar ima ta kršitev znake kaznivega dejanja ali naklepne kršitve oz. kršitve iz hude malomarnosti). Kadar kot posledica nevestnega ravnanja oz. kaznivega dejanja nastane škoda, zaposleni odgovarja tudi odškodninsko (po pravilih civilnega prava). Najširša odgovornost pa je gotovo osebna moralna odgovornost vsakega posameznika (Jus, Kelbič in Fekonja, 2010).

Z raziskavo smo ugotovili, da reševalci motoristi pri delu ne razmišljajo o preseganju kompetenc, pač pa o tem, kako bodo človeku rešili življenje. Primer kazenske odgovornosti reševalca motorista v praksi ni poznan.

Kaj pa smiselnost kompetenc? V teoretičnem delu diplomskega dela smo izpostavili, kaj lahko pri nekaterih urgentnih stanjih reševalec pri svojem delu izvede, v nadaljevanju pa bomo izpostavili, kaj bi bilo smiselno, da bi reševalec lahko samostojno izvedel.

Pri kardiopulmonalni reanimaciji bi bila smiselna nastavitev intravenozne poti, apliciranje adrenalina, samostojna defibrilacija z ročnim defibrilatorjem (v primeru ko avtomatski defibrilator ni na voljo), apliciranje infuzijskih tekočin in 100 % kisika. Pri anafilaktičnem šoku bi bilo smiselno apliciranje kisika, nastavitev intravenozne poti, apliciranje infuzijskih tekočin in apliciranje adrenalina v primeru življenjsko ogrožajočega stanja. Pri akutnem koronarnem sindromu bi bilo smiselno apliciranje kisika, nastavitev intravenozne poti, osnovna interpretacija 12 kanalnega EKG (elektrokardiogram) zapisa, apliciranje infuzijskih tekočin, apliciranje Nitroglicerina

pod jezik in Aspirina per os. Pri hipoglikemiji bi bile smiselne namestitve intravenoznega kanala, aplikacija glukoze, aplikacija infuzijske tekočine in po potrebi aplikacija glukagona v mišico ali pod kožo. Pri pljučnem edemu pa bi bile smiselne aplikacija kisika, avskultacija pljuč, vzpostavitev intravenozne poti, aplikacija infuzijskih tekočin in aplikacija zdravil – Lasix, Edemid (Zabukovšek in Koželj, 2010). Vendar, ali je glede na relativno kratke čase med prihodom reševalca motorista in reševalnega vozila na kraj dogodka sploh potrebno preseganje kompetenc dela? Če pogledamo srčni zastoj in smernice za oživljanje, izdane leta 2010, vsekakor ne. Glavni poudarek smernic za oživljanje 2010 je: bistveni del oživljanja so masaža srca oz. stisi prsnega koša. Globina stisov naj bo vsaj 5 cm (poškodbe zaradi globine stisov so mnogo manjše kot korist zaradi dovolj globokih stisov). Frekvenca stisov prsnega koša naj znaša vsaj 100 stisov v minuti. Premori med masažo srca zaradi umetnega dihanja ali lepljenja AED elektrod morajo biti čim krajši. Svetuje se čim prejšnja uporaba avtomatskega defibrilatorja – naprava naj se namesti takoj, tudi če pred tem niso bili izvedeni stisi prsnega koša. Razmerje med masažami srca in vpihi ostaja 30:2. Oživljanje je potrebno, če se oseba ne odziva ter ne diha ali ne diha normalno (European Resuscitation Guidelines for Resuscitation, 2010). Glede na to, da reševalci motoristi upoštevajo smernice za oživljanje, pri srčnem zastoju ne sme prihajati do preseganja kompetenc dela.

Čeprav je povprečni dostopni čas reševalca motorista pred reševalnim vozilom krajši za 50 %, kar v povprečju (v Ljubljani) znaša 9:33 minute (Fink in Andoljšek 2011), je ocenjeni čas za izvedbo TPO brez preseganja kompetenc daljši. Smernice namreč navajajo uporabo defibrilatorja 3-krat v kombinaciji z 2-minutnim izvajanjem TPO, pred uporabo dodatnih postopkov oživljanja (uporaba Adrenalina).

Zadovoljstvo s kompetencami je, sodeč po raziskavi, slabo, reševalci motoristi pri svojem delu želijo več kompetenc. Tudi Zabukovšek (2010) v diplomskem delu Vloga in kompetence reševalca v prehospitalnem okolju navaja slabo zadovoljstvo reševalcev (ne le reševalcev motoristov) s kompetencami. »Anketa je pokazala, da si veliko reševalcev želi več kompetenc in samostojnosti pri svojem delu, zato večkrat prekoračijo dosedanje kompetence, da bi pomagali življenjsko ogroženemu pacientu v

nujnih stanjih, posebej takrat, ko zdravnika ni tam in se ga mora čakati.« (Zabukovšek, 2010).

Kaj pa rešitev? Kot morebitno rešitev problematike kompetenc so reševalci motoristi v raziskavi izpostavili zakonsko ureditev kompetenc, skupaj s primernim plačilom, zakonsko priznavanje kompetenc, ki jih dnevno presegajo, ali modul v obliki izobraževanja – zdravstveni tehnik v urgentnem vozilu, namesto visokošolskega izobraževanja, ki je predrago in ne rešuje problematike.

Madžarska rešuje problematiko kompetenc z uporabo reševalcev motoristov, ki so zdravniki, specializirani za urgentno medicino, anesteziologijo, intenzivno terapijo in pediatrijo – torej nekako zdravniki motoristi (Moen, 2011). Vprašanje pa je, če bi problematiko kompetenc na tak način lahko rešili tudi v Sloveniji.

V Veliki Britaniji imajo zaposleni v nujni medicinski pomoči možnost dvoletnega specifičnega usposabljanja po končani visoki šoli, kjer si pridobijo naziv reševalec (Paramedic). Program traja 46 tednov oz. vsebuje 1500 ur usposabljanja letno. V prvem letu je poudarek na praktičnem delu reševalcev, krvavitvah, travmi, komunikaciji in oživljanju in stabilizaciji pacienta/poškodovanca. Drugo leto pa se poleg prakse v pediatriji in porodništvu razvija strategijo in spretnosti pri delu v reševalni enoti. S tem postanejo kompetentni za izvajanje nujne medicinske pomoči z motorjem (NHS Careers, 2011).

Sistema načina dela, kot ga imamo v Sloveniji, praktično ne zasledimo nikjer drugje. Razvidno pa je, da problematika kompetenc reševalcev motoristov obstaja, da prihaja pri delu do njihovega preseganja in da si vsi reševalci motoristi želijo več kompetenc, oz. ureditev kompetenc na nek dober, hiter in pravičen način. Zabukovšek in Koželj (2010) kot morebitno rešitev prav tako navajata pravno formalno definiranje kompetenc reševalcev ter podeljevanje licenc za posamezne posege (po opravljenih tečajih).

Kompetence so sedaj (dokaj) jasno opredeljene s sprejetim aneksom h kolektivni pogodbi za zaposlene v zdravstveni negi, vendar to za večino reševalcev pomeni, da nimajo druge izbire, kot da si bodo pridobili izobrazbo na visokošolskem študiju za zdravstveno nego. Tu bodo pridobili naziv diplomirani zdravstvenik, da bodo lahko svoje delo opravljali še naprej in (skoraj) brez oz. z manjšim preseganjem kompetenc dela. Izjema so le tisti zaposleni, ki izpolnjujejo pogoje sprejetega aneksa oz. tisti, ki

podpišejo deljeno pogodbo. Po drugi strani pa živimo v času, ko postaja formalna izobrazba vse bolj pomembna.

Omejitve raziskave so v neštevilnem, nenaključnem vzorcu (majhno število reševalcev motoristov in nezainteresiranost sodelovanja nekaterih v raziskavi) in rezultatov ne moremo posploševati.

4 ZAKLJUČEK

V diplomskem delu smo si postavili tri raziskovalna vprašanja, na katerih je temeljila raziskava. V intervjuju smo se osredotočili na način dela reševalcev motoristov in njihove kompetence. Z našo raziskavo o kompetencah reševalca motorista smo ugotovili, da se med seboj razlikujejo po stopnji izobrazbe. Čeprav je kompetenc veliko, so za delo v NMP vsekakor premajhne in zelo omejene. Prav tako smo ugotovili, da reševalci motoristi pri svojem delu stalno presegajo svoje kompetence dela – tisti s srednješolsko izobrazbo več, tisti z visokošolsko malo manj – in da o preseganju kompetenc med delom ne razmišljajo oz. se tisti trenutek s tem ne soočajo. Bolj pomembno jim je, da pacientu/poškodovancu rešijo življenje, čeprav s tem presežejo pooblastila svojega dela.

Problematika kompetenc ostaja, vse bolj pa postaja pomembna tudi formalna izobrazba. Kot predlog za nadaljnje raziskovanje problematike izpostavljam specialistični študij – bodisi magistrski študij iz nujne medicinske pomoči ali specializacijo po končani srednji šoli za delo v nujni medicinski pomoči. Proučiti bi bilo potrebno kakšne so možnosti in omejitve za sam študij, kako v relativno dobrem času priti do dobrega programa, kaj bi študij vseboval in kakšne kompetence bi prinesel? V načrt programa bi vključili tudi reševalce motoriste.

Specialistični študij bi reševalcem vsekakor prinesel več kompetenc pri njihovem delu. Ob tem pa se morajo vsi zavedati, da dodatne kompetence predstavljajo dodatno vrednost delu reševalca, obenem pa dodatno obvezo in odgovornost za samostojno izvedbo določenih intervencij.

5 LITERATURA

Ahčan U. Prva pomoč: priročnik s praktičnimi primeri. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije; 2006.

Aneks h kolektivni pogodbi za zaposlene v zdravstveni negi. Uradni list Republike Slovenije, št. 107/2011.

Andoljšek D. Kdo smo reševalci motoristi: In: Posavec A. eds. Zdravstveni reševalec – poklic, poslanstvo ali izziv. Strokovni seminar; 2007 Okt 26; Ig, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu; 2007.

Andoljšek D. Preseganje kompetenc reševalca motorista pri izvajanju redne dejavnosti. In: Posavec A, eds. Od reševalca do reševalca v zdravstvu. Dvajsetletnica delovanja Sekcije reševalcev v zdravstvu. Strokovno srečanje Od reševalca do reševalca v zdravstvu; 2010 Mar 26–27; Gozd Martuljek, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu; 2010.

Baherini M, Moattari M, Ahmadi F, Kaveh M.H, Hayatdavoudy P, Mirzaei M. Comparison of head nurses and practicing nurses in nurse competence assessment. Iran: J Nurs Midwifery Res.; 2011.

Crnić I. Tim NMP; sodelovanje, medsebojno doajemanje in izobraževanje. In: Posavec A, eds. Od reševalca do reševalca v zdravstvu. Dvajsetletnica delovanja Sekcije reševalcev v zdravstvu. Strokovno srečanje Od reševalca do reševalca v zdravstvu; 2010 Mar 26-27; Gozd Martuljek, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu; 2010.

Devjak T. Pravila in vzgojno delovanje šole. Ljubljana: pedagoška fakulteta; 2007.

European Resuscitation Guidelines for Resuscitation. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. 2010; Dostopno na: <http://www.cprguidelines.eu/2010/> (23. 1. 2012).

Fink A. Poročilo o poteku projekta »uporaba motorja za izvajanje predbolnišnične nujne medicinske pomoči v Ljubljani«. Ljubljana: Reševalna postaja, Univerzitetni klinični center Ljubljana; 2004.

Fink A, Andoljšek D. Pregled uporabe motorja za izvajanje nujne medicinske pomoči v obdobju 2006–2011. Ljubljana: Reševalna postaja, Univerzitetni klinični center Ljubljana; 2011.

Jennings B.M, Scalzi C.C, Rodgers J, Keane A. Differentiating nursing leadership and management competencies. USA: Nursing Outlook, Alexandria; 2007.

Jus A, Kelbič A, Fekonja Z. Poklicne aktivnosti diplomirane medicinske sestre / diplomiranega zdravstvenika v NMP. In: Posavec A, eds. Od reševalca do reševalca v zdravstvu. Dvajsetletnica delovanja Sekcije reševalcev v zdravstvu. Strokovno srečanje Od reševalca do reševalca v zdravstvu; 2010 Mar 26-27; Gozd Martuljek, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu; 2010.

Kandido A. Statistika reševalcev motoristov v obdobju 2009–2011. Osebni arhiv Prehospitalne enote Obala. Koper: Prehospitalna enota Obala; 2011.

Kazenski zakonik, uradno prečiščeno besedilo. Uradni list Republike Slovenije, št. 95/2004.

Legan B. Tečajji varne vožnje. In: Posavec A, eds. Modra luč. Strokovni seminar Modra luč; 2008 Okt 24; Žalec, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu; 2008.

London Ambulance Service. Motorcycle responder. 2008 – 2011; Dostopno na: <http://www.londonambulance.nhs.uk/> (27. 9. 2011).

London Ambulance Service – In Auftrag der Krone. Rettungs Magazin. 2011; 5 (18–23).

Mencil F. Motorcycles in EMS. 2010; Dostopno na: <http://www.naemsp.org/documents/MotorcyclesinEMS.pdf> (2. 2. 2011).

Mesec B. Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo; 1998.

Moen A. Revved up for EMS on two wheels. 2011; Dostopno na: <http://www.jems.com/article/vehicle-ops/revved-ems-two-wheels> (28. 1. 2012).

Mohar S. Zagotavljanje zgodnje defibrilacije z aktiviranjem reševalca – motorista [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta; 2006.

Napotnik P. Nacionalna poklicna kvalifikacija (NPK) za poklic zdravstveni reševalec / zdravstvena reševalka. (b.d). Dostopno na: <http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/aktualno/NPK%20zdravstveni%20reševalec-ka%2012%202010.pdf> (25.7.2011).

NHS Carres. Paramedic. 2011; Dostopno na: <http://www.nhscareers.nhs.uk/index.shtml> (7. 5. 2012).

Osterreichischer Rettungsdienst – ORD. 2. Internationaler IMRUA Congress in Koper 16 – 18 Sept. 2011 – Rescue motorcycle unit. 2011; Dostopno na:

<http://www.oerd.or.at/category/2-internationaler-imrua-congress-in-koper-16-18-sept-2011> (30. 9. 2011)

Pogačnik A. Slovar slovenskega knjižnega jezika. Ljubljana: DZS, 2008.

Polenčič B. Reševalec – motorist, 10 let dela. In: Gričar M, Vajd R, Cotič Anderle M in Prestor J, eds. Urgentna medicina – izbrana poglavja 2010. Sedemnajsti mednarodni simpozij o urgentni medicini; 2010 Jun 9-12; Portorož, Slovenija. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino; 2010.

Polenčič B, Grmec Š. Novi pristopi k reševanju – motorist reševalec. In: Bručan A, Gričar M, Fink A, Klančar S, eds. Urgentna medicina – izbrana poglavja 2001. Osmi mednarodni simpozij o urgentni medicini; 2001 Jun 13-16; Portorož, Slovenija. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino; 2001.

Pols H, Mencil F, Vos R. The impact of an emergency motorcycle responce vehicle on prehospital care in an urban area. Netherlands: Research and Development, The Orange cross; 2011.

Pravilnik o prevozu pacientov. Uradni list Republike Slovenije, št. 107/2009.

Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči. Uradni list Republike Slovenije, št. 106/2008.

Prestor J, Čander D, Fink A, Kešpert B, Kramar J, Posavec A. Kompetence reševalcev v predbolnišnični nujni medicinski pomoči. In: Gričar M, Vajd R, Cotič Anderle M in Prestor J, eds. Urgentna medicina – izbrana poglavja 2010. Sedemnajsti mednarodni simpozij o urgentni medicini; 2010 Jun 9-12; Portorož, Slovenija. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino; 2010.

Rychen D.S, Salganik L.H. Key competencies for a successful life in a well – functioning society. US: Hogrefe & Huber Publishers; 2003.

Služba za odnose z javnostmi, UKCL. V UKCL podelili certifikate nacionalnih poklicnih kvalifikacij zdravstveni reševalec / zdravstvena reševalka. 2011; Dostopno na: http://www4.kclj.si/admin/dokumenti/00000427-00000378-spm_podelitev_npk_za_resevalce.pdf (3.10.2011).

Štrancar K. Formalne zahteve glede usposobljenosti zdravstvenega osebja, vključenega v nujno medicinsko pomoč v Sloveniji. In: Štrancar K. eds. Usposobljenost reševalcev – ključ do življenja – strategija izboljšanja usposobljenosti zdravstvenih reševalcev na obeh straneh meje. Strokovni posvet; 2006 Jun 3; Zdravilišče Strunjan, Slovenija. Izola: Splošna bolnišnica, 2006.

Weston P. My working Day, Interview with Tony Kelly, leading motorcycle emergency medical technician. Irish Times 2004; 42.

Zabukovšek D. Vloga in kompetence reševalca v prehospitalnem okolju [diplomsko delo]. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede Maribor; 2010.

Zabukovšek D, Koželj A. Vloga in kompetence reševalca v prehospitalnem okolju. In: Posavec A, eds. Od reševalca do reševalca v zdravstvu. Dvajsetletnica delovanja Sekcije reševalcev v zdravstvu. Strokovno srečanje Od reševalca do reševalca v zdravstvu; 2010 Mar 26-27; Gozd Martuljek, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu; 2010.

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o nacionalnih poklicnih kvalifikacijah. Uradni list Republike Slovenije št. 85/2009.

Železnik D. Kompetencam na pot. Obzor Zdr N. 2008; 42 (3).

Žmavc A. Vloga reševalca v sistemu NMP Slovenije. In: Posavec A. eds. Od reševalca do reševalca v zdravstvu. Dvajsetletnica delovanja Sekcije reševalcev v zdravstvu. Strokovno srečanje Od reševalca do reševalca v zdravstvu; 2010 Mar 26 – 27; Gozd Martuljek, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu; 2010.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Pri intervjuju smo uporabili naslednja vodilna vprašanja:

- Osnovni podatki o intervjuvancih (stopnja izobrazbe, opravljeni tečaji, koliko časa že opravljajo delo reševalca motorista)?
- Koliko intervencij povprečno opravite na mesec – kot reševalec motorist in za kakšne intervencije običajno gre?
- Koliko časa pred prihodom ekipe ste navadno na kraju dogodka?
- Kaj vse v tem času (pred prihodom ekipe) morate storiti oz. kaj lahko?
- Ali pri svojem delu kot reševalec motorist presegate kompetence dela in če, kako se s tem soočate?
- Ali je potrebno preseganje kompetenc ob prisotnosti zdravnika?
- Ali si pri svojem delu želite več kompetenc?
- Ali so se med delo pojavile kakšne dileme (v zvezi s kompetencami)?
- Kakšne so morebitne rešitve v zvezi s problematiko kompetenc?

Navedena vodilna vprašanja smo prilagajali in dopolnjevali s podvprašanji med intervjujem.