

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ  
STUDIUM**

**2011 – 2013**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Jiřina Ernestová**

**Komunikační manuál dispečera zdravotnického  
operačního střediska**

Praha 2013

Vedoucí diplomové práce: Dr. Josef Musil, PhD.

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

MASTER COMBINED (PART TIME)  
STUDIES

2011 - 2013

**DIPLOMA THESIS**

**Jiřina Ernestov**

**Communications Dispatcher manual medical  
operations center**

Prague 2013

The Diploma Thesis Work Supervisor: Dr. Josef Musil, PhD.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval(a) samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal(a), v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 23. března 2013

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat Dr. Josefu Musilovi, PhD. za pomoc a rady při zpracování mé diplomové práce, za jeho laskavé vedení a všechna cenná doporučení.

## **Anotace**

Diplomová práce se zabývá popisem a analýzou komunikace dispečera zdravotnického operačního střediska s volajícími na tísňovou linku 155. V teoretické části je vysvětlen pojem komunikace, její druhy a strategie, specifické rysy komunikace a etiky v urgentní medicíně. Obsahem praktické části je podrobná analýza komunikace této pracovní pozice. Správné komunikační postupy jsou shrnuty ve vytvořeném komunikačním manuálu.

## **Klíčové pojmy**

Analýza komunikace, dispečer, diplomové práce, efektivní komunikace, indikace, komunikační postupy, komunikační proces, kvalifikace události, lokalizace události, tísňová linka, záchranná služba.

## **Annotation**

This diploma thesis deals with the description and analysis of communication dispatcher medical operations center with callers to a hotline 155th In the theoretical section explains the concept of communication, its types and strategies, specific features of communication and ethics in emergency medicine. The practical part is a detailed analysis of the communication of this job. Proper communication procedures are summarized in the generated communication manual.

## **Key words**

Analysis of communication, communication procedures, communication process, dispatcher, diploma thesis, display, effective communication, emergency line, localization event, medical operations center, qualification event.

# OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>8</b>
<b>1 MEZILIDSKÁ KOMUNIKACE .....</b>	<b>10</b>
1.1 Typy komunikace .....	11
1.2 Sociální komunikace .....	15
1.3. Public relations.....	16
1.4 Krizová komunikace .....	20
1.5 Asertivní komunikace .....	21
1.6 Role empatie v komunikaci .....	22
<b>2 KOMUNIKACE A ETIKA V URGENTNÍ MEDICÍNĚ .....</b>	<b>24</b>
2.1 Personální požadavky na dispečery ZOS .....	28
2.2 Komunikační toky v činnosti záchranné služby .....	29
2.3 Komunikační techniky v činnosti záchranné služby .....	31
2.4 Základy krizové intervence .....	32
2.5 Práva pacienta v podmínkách urgentní péče .....	33
2.6 Problematika hromadných neštěstí a třídění pacientů .....	34
2.7 Okruh etických dilemat .....	35
<b>3 ÚKOLY ZDRAVOTNICKÉHO OPERAČNÍHO STŘEDISKA .....</b>	<b>39</b>
<b>4 REŽIM ZPRACOVÁNÍ TÍŠŇOVÉ VÝZVY .....</b>	<b>42</b>
<b>5 KOMUNIKACE S VOLAJÍCÍM .....</b>	<b>45</b>
<b>6 PŘÍJEM TÍŠŇOVÉ VÝZVY .....</b>	<b>53</b>
<b>7 OPERAČNÍ ŘÍZENÍ PROSTŘEDKŮ ZZS .....</b>	<b>58</b>
<b>8 ČINNOST PŘI MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI .....</b>	<b>60</b>
<b>9 TECHNIKA A TECHNOLOGIE .....</b>	<b>63</b>
<b>10 KOMPARACE KOMUNIKAČNÍCH PŘEDPOKLADŮ DISPEČERA S PRACOVNÍ NÁPLNÍ TÉTO POZICE .....</b>	<b>68</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>70</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>71</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ .....</b>	<b>73</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>74</b>

## ÚVOD

I když mnozí zastávají názor, že umění komunikace je dar, pravdou je, že komunikaci je třeba se učit. Komunikace není osobnostní charakteristika, kterou buď člověk má nebo nemá, ale je to celá řada dovedností, které je třeba se učit a naučit. Tak, jako je nutné naučit se jak správně vyšetřit pacienta, stejně tak je nezbytné naučit se, jak s pacientem hovořit. Umění komunikace není jen „být milý“, ale zahrnuje řadu konkrétních postupů, dnes často i s prokázanou efektivitou a s dopadem na celkový proces léčby. Komunikovat v běžném sociálním styku není totéž jako komunikovat s pacientem. Zdravotník, který je běžně komunikativní, ještě nutně nemusí umět správně hovořit s pacientem. Zdravotnická komunikace musí být rozvíjena na profesionální úrovni.

Cílem této práce je podrobně popsat a analyzovat komunikaci dispečera tísňové linky 155 s volajícími a vytvoření komunikačního manuálu se zásadami komunikace této pracovní pozice.

V posledních letech vzrůstá ze strany odborníků tlak na lékaře a zdravotníky obecně, aby zlepšili své komunikační schopnosti. Komunikace a obecně kontakt s pacientem totiž na základě řady dostupných studií do určité míry předurčuje nejen úspěšnost léčby pacienta, ale ovlivňuje i některé další faktory, jako je délka trvání léčby a náklady na její realizaci. Lze tedy jednoznačně konstatovat, že komunikace je ve zdravotnické praxi – a to jak u lékařských, tak zdravotnických nelékařských profesí – klíčová. Odborné studie prokázaly, že efektivní komunikace v medicíně významně zlepšuje nebo alespoň pozitivně ovlivňuje přesnost diagnózy a její provázanost s dalšími skutečnostmi, dodržování léčby a terapeutický vztah pacienta a lékaře, výsledky léčby pacienta a nakonec spokojenost pacienta i lékaře.

S určitou nadsázkou lze tedy říci, že samotný zdravotník je nejdůležitějším léčebným prostředkem. Zdravotníci přiznávají komunikační problémy ve složitých situacích, jako je např. sdělování nepříznivých zpráv, komunikace s agresivním nebo nevstřícným pacientem. Málokdy ale přiznají problémy v komunikaci obecně. Většina z nich se domnívá, že vedení rozhovoru s pacientem zvládá dobře. Často si zachovávají své zaběhnuté postupy komunikace, aniž o nich vědí, zda jsou správné a účinné. A tak se stává, že komunikují nesprávně a bez osobní potřeby komunikaci se naučit nebo se v ní zdokonalit. V sebehodnocení vlastních komunikačních dovedností se zdravotníci poměrně výrazně mýlí. I když se domnívají, že komunikaci s pacienty zvládají, většina



pacientů se vyjadřuje opačně a nejčastějšími důvody nespokojenosti jsou právě komunikační schopnosti, respektive neschopnosti zdravotníka. V tomto kontextu je zajímavý výrok jednoho z nejvýznamnějších českých internistů profesora Josefa Thomayera: „Dobře poslouchej svého nemocného, říká ti totiž diagnózu.“

Znalost komunikace zdravotníka s pacientem je důležitá ve všech oborech medicíny. Tato práce je zaměřena na komunikaci v urgentní medicíně, konkrétně na komunikaci dispečera zdravotnické záchranné služby na tísňové lince 155. Zdravotnická záchranná služba je jednou ze tří složek Integrovaného záchranného systému České republiky a její zdravotníci se často setkávají se svými pacienty v situacích bezprostředního ohrožení života a zdraví. Znalost efektivní komunikace je v těchto případech zásadní.

V teoretické části diplomové práce autorka vychází z poznatků shrnutých ve své bakalářské práci „Komunikace v záchranné službě.“ Obsahem této části práce je vysvětlení obecného pojmu komunikace, typů komunikace a druhů komunikačních strategií včetně informací, které odkrývají specifické rysy komunikace a etiky v urgentní medicíně. Praktická část obsahuje analýzu komunikace na pracovní pozici dispečera zdravotnického operačního střediska záchranné služby a srovnání s pracovní náplní. Samostatnou součástí práce je vytvořený komunikační manuál, který je vzhledem k charakteru textu uveden v příloze.

## TEORETICKÁ ČÁST

### 1 MEZILIDSKÁ KOMUNIKACE

Latinské slovo „communicare“ překládá etymologický slovník do češtiny slovem „spojení“. Ekvivalent „participare“, který nalezneme v latinských slovnících, znamená spolupodílet se, mít podíl na něčem společném. Následným vývojem se dospělo k dnešní podobě překladu, kdy slovo „komunikovat“ překládáme výrazem „něco si navzájem sdělovat“. Při komunikačním procesu tedy dochází k přenosu informace z jednoho místa na druhé. Následně se snižuje neurčitost lidského poznání a rozšiřuje obsah vědomí. V současné době existuje mnoho definic pojmu „komunikace“. Nejvíce výstižná je následující: *„Komunikace je přenos informace pomocí znakového systému, uskutečňovaný mezi lidmi přímo nebo pomocí technicko-organizačních prostředků.“* (Musil, 2010, s.11).

Termín informace znamená v této souvislosti každý obsah procesu komunikace. Ke snížení neurčitosti poznání dochází nejen při rozhovoru, ale například i při pohledu na výtvarné dílo, při poslechu hudby nebo četbě knihy.

Definice chápe pojem znaku obecně (tedy ve smyslu obvyklém v sémiotice) a podstatnou skutečností je, že mezilidská komunikace nepracuje s osamocenými znaky, ale s jejich organizovanými skupinami (systémy). Znakovým systémem je tedy nejen řeč a písmo, ale i například Morseova abeceda, kouřové signály Indiánů, notové zápisy, dopravní značky atd. Stále rostoucí význam nepřímé a speciálně mediální komunikace je obsažen v poslední části definice.

Pro účely této práce je důležité objasnění schématu komunikace. Osoba, která je nositelem informace a která ji sděluje, je odborně nazývána komunikátor (vysílatel). Člověk, který informaci přijímá se označuje jako komunikant (příjemce, recipient) a samotná sdělovaná zpráva se nazývá komuniké. Cesta, kterou zpráva probíhá je komunikačním kanálem (nosičem, signálem). Informaci, kterou vysílatel tzv. kóduje do znaků – např. písmena, slova, gesta, pohledy, dotyky – přijme příjemce. Ten vysílané sdělení musí nejprve tzv. dekódovat a následně mu může porozumět. V opačném případě dochází k nedorozumění, k možnému vzniku agrese, stresu a podobným nežádoucím jevům. *„Pokud je komunikace narušována např. technikou nebo*

*překřikováním většího počtu lidí, dochází k tzv. informačnímu šumu.*“ (Ernestová, 2011, s. 10).

Dle Musila (2010, s. 14) jsou v komunikačním procesu podstatné následující praktické vlastnosti komunikace např.:

- Přesnost, tj. různě definovaná míra shody toho, co komunikátor chce sdělit, s tím, co komunikant jako obsah sdělení pochopí.
- Srozumitelnost, tj. množství potenciálních recipientů, kteří jsou schopni dekodovat použitý znakový systém a dosáhnout přitom jisté přesnosti komunikace.
- Komunikační efektivita, tj. množství předané informace za jednotku času nebo za jednotkové náklady.
- Citová působivost event. podprahovost atp. popisuje na jaké vrstvy vědomí či nevědomí (podvědomí) komunikanta komunikace působí.

## **1.1 Typy komunikace**

Existuje mnoho hledisek třídění mezilidské komunikace. Následující text přináší pouze některé z možností.

Dělení dle kontaktu:

- přímá (interpersonální),
- nepřímá (zprostředkovaně pomocí technicko-organizačních prostředků).

Účastníky přímého komunikačního procesu jsou pouze komunikátor a komunikant, a to v případě jednotlivců i skupin. U nepřímé komunikace se přidává technický prostředek, ve složitějších případech zajištěný organizační strukturou. Příkladem tohoto prostředku (médií) je popsaný nebo potištěný papír, telefon, televize, obraz, provázek s uzlovým písmem, notový záznam atd. V běžné řeči se pod pojmem médium stále častěji rozumí hromadný sdělovací prostředek.

Dělení dle znakového systému:

- verbální komunikace,
- neverbální komunikace včetně paralingvistických jevů.

## **Verbální komunikace**

Latinské slovo „verbum“ znamená v českém překladu „slovo“. Znakový systém verbální komunikace je tedy založen právě na slovech. Jedná se o specificky lidský způsob komunikace, který má formu mluvené nebo psané řeči v užším slova smyslu. Mluvenou řeč umožňuje lidská schopnost artikulace, jemné pohyby mluvidel, umožňující při mluvení článkování hlásek. Tak vznikají slova, která jsou nositeli určitého významu. Kombinací, skloňováním a časováním slov se vytvářejí věty, resp. výroky. Slova jako znaky pak vytvářejí znakový systém. Význam slova závisí také na jeho umístění ve větě, na emocionálním akcentu a v různých kulturách může mít stejné slovo různý význam. *„Dorozumívání se prostřednictvím mluvené řeči umožňuje specifická národní forma jazyka. Mluvená řeč jako nepraktičtější systém dorozumívání plní svou funkci v rámci určitého obecného konsenzu, který reprezentuje určitý hovorový jazyk.“* (Nakonečný, 1999, s. 164).

Často se setkáváme s pojmem „kultura mluveného nebo psaného projevu“. Tento pojem znamená schopnost jasně a srozumitelně formovat své myšlenky a předávat je písemnou nebo mluvenou formou užší nebo širší společnosti lidí.

Kultura projevu je tvořena:

- dovedností stylizační (bohatá slovní zásoba, znalost syntaktických pravidel),
- gramatickou a pravopisnou kulturou,
- ovládnutím zvukové a grafické stránky projevu.

Všechny tyto schopnosti se člověk učí zvládat nejprve na školách v rámci předmětu Český jazyk a později během svého života volnou formou učení. Každý projev řeči plní nejméně čtyři následující základní funkce:

- umožňuje sdělovat určité informace,
- umožňuje vyjadřovat myšlenky, pocity, záměry,
- umožňuje navázat kontakt s okolím,
- umožňuje ovlivňovat druhé lidi, změnu postojů, dosažení požadovaného cíle rozhovoru.

## **Neverbální komunikace**

Jestliže verbální komunikace probíhá pomocí slov, neverbální komunikace se uskutečňuje beze slov. Jednou z oblastí neverbální komunikace je tzv. řeč těla. K tomuto druhu neverbální přímé komunikace dochází často neúmyslně. Řečí svého

těla člověk sděluje své vnitřní stavy, je realizována především expresivním chováním a pohledy očí. Nástroje neverbální komunikace jsou:

- posturika (prostřednictvím celého těla např. postoj),
- mimika (pohyby obličejových svalů),
- kinezika (pohyby končetin),
- gestikulace (standardizovaná podoba symbolů),
- haptika (doteky),
- proxemika (komunikace vzdáleností):
  - intimní zóna: 0-35cm,
  - osobní zóna: 30cm-1m,
  - společenská zóna: 1m-3m,
  - veřejná zóna: více než 3 metry.

*„Komunikativní funkci nemá jen to, co člověk říká a činí vědomě, ale jeho vědomé i nevědomé chování vůbec: například směr pohledu, pohyby rukou, nachýlení těla, zaujetí vzdálenosti a místa v prostoru interakce vůbec a další způsoby chování jsou symptomy (znaky) určitých nevědomých tendencí. Lze však zůstat u toho, že se komunikují informace o nejrůznějších objektech, ale i o sobě samém, vědomě i nevědomě.“* (Nakonečný, 1999, s. 57).

Velký význam neverbální komunikace dokládají sdělení uváděná v odborné literatuře zabývající se problematikou komunikace, podle kterých tvoří při vytváření prvního dojmu příjemce neverbální složka až devadesát procent celkového přenosu informací a pouze deset procent připadá na složku verbální, tedy vlastní obsah sdělení.

Jedním z dalších okruhů nepřímé neverbální komunikace je komunikace činy. Ukazuje míru souladu chování a jednání člověka s jeho postoji, vyslovenými názory apod. *„Každá negativní zkušenost – ať je to pocit zrady z dětství nebo prezentace politiků ve sdělovacích prostředcích – se stává zdrojem informací, poznávání a orientace a vnáší do mezilidského kontaktu prvek obezřetnosti.“* (Tegze, 2003, s. 19).

Další oblast neverbální komunikace zahrnuje veškeré umění kromě umění slovesného. Patří sem kultura, architektura, malířství, hudba, ale například i prostředí, ve kterém se člověk ocitne.

Hlas je velice bohatým a obsažným projevem lidské komunikace. Netlumočí jen obsah sdělení, ale vypovídá i o psychickém stavu hovořící osoby. Tento psychický stav se odráží například ve zbarvení hlasu, v tónině hovoru, v hlasitosti projevu. Podle

Křivohlavého (1988, s. 42) „*paralingvistické složky řeči pomáhají na jedné straně vyjádřit a dokumentovat pravost sdělované významové složky řeči, a na druhé straně dešifrovat, diagnostikovat, tj. rozpoznat, za čím stojí ten, kdo mluví a to není málo.*“

Mezi tyto složky patří:

- hlasitost řeči,
- výška tónu řeči,
- rychlost řeči,
- objem řeči,
- plynulost řeči,
- intonace (melodie řeči),
- chyby v řeči,
- správnost výslovnosti,
- kvalita řeči (věcnost rozhovoru),
- členění řeči (frázování).

Komunikaci lze rozdělit také podle toho, jakým smyslem informaci komunikant přijímá:

- zrakový (optický, vizuální), např. postoj, pohyby, zbarvení,
- zvukový (akustický), vokální a instrumentální,
- dotykový (taktilní) vč. vibračního,
- termální (tělesné teplo jiného jedince),
- chemické (pachové a chuťové látky),
- ostatní např. elektrickým výbojem.

Jednou z důležitých stránek komunikačního procesu je symetrie komunikace. Při dokonale symetrické komunikaci se role vysílatele a příjemce rovnoměrně střídají. „*Vrcholným typem symetrické komunikace je dialog, jehož hlavním znakem je stimulace vzniku nových nápadů a řešení, u nichž je často obtížné rozhodnout, kdo je konkrétně navrhl, protože vznikají synergickým efektem jako společný výsledek.*“ (Musil, 2010, s. 25). Plaňava (2005, s. 35) správně probíhajícím dialogem rozumí „*neustávající výměnu zpětných vazeb*“. Existuje názor, že silně asymetrická komunikace, např. bez možnosti odpovědi, je komunikací degenerovanou – kázání, hlásání, velení. Velmi důležitý je tento pohled v pedagogické komunikaci a v oblasti hromadných sdělovacích prostředků. Symetrii párové a skupinové komunikace – např. při přednáškách – lze podpořit kladením správných otázek, kterému předchází správné naslouchání a pozornost.

Další důležitou vlastností komunikace je míra spontánnosti. Pokud ke komunikaci dochází převážně z přirozené potřeby sdělovat a sociálně integrovat, jedná se o komunikaci spontánní. V opačném případě jde o komunikaci cílenou a řízenou jistým záměrem.

## 1.2 Sociální komunikace

Komunikace je jedním z druhů sociální interakce. Každodenní život člověka naplňují různé druhy komunikace. Člověk kromě komunikace s druhými lidmi reaguje také na obecné formy sdělení, které mají společenský původ, tj. nevznikají u žádné konkrétní osoby. Komunikace znamená přenos informace z jednoho místa na druhé. Znamená proces, během kterého si lidé předávají informace, ideje, postoje a emoce. Předpokládá společné sdílení významu znaků, tj. obsahu komuniké. *„Sociální komunikace často implikuje ovlivňování či uplatňování moci, také ale službu či solidární pomoc. Je zřejmé, že toto vymezení, založené podstatně na holistickém přístupu k problému z jistého pohledu zahrnuje každou mezilidskou komunikaci, neboť komunikace má vždy nějaké důsledky pro recipienty. Právě z tohoto pohledu lze chápat tedy i celou důležitou oblast hromadné komunikace prostřednictvím médií jako sociální komunikaci.“* (Musil, 2010, s. 35).

Systematická komunikace podniků a institucí zaměřená na zlepšení nebo udržení komerčních výsledků se nazývá marketingová komunikace. Jejím cílem je maximální uspokojení potřeb zákazníka. Tato snaha byla stimulem k vytvoření tzv. marketingového mixu, který tvořily původně následující čtyři oblasti formulované jako „Model 4P“:

- price (cena),
- produkt (výrobek),
- place (místo),
- promotion (reklama, propagace).

Během dalšího vývoje byla poslední položka, tj. promotion, chápána jako komplex komunikace nebo-li komunikační mix, opětovně se čtyřmi složkami:

- reklama (advertising),
- podpora prodeje (sales promotion),

- osobní prodej,
- public relations.

Komunikace je obsahem všech uvedených složek, ale o čistou sociální komunikaci se jedná zejména v prvním a ve čtvrtém případě. *„Jejich definice jsou založeny na cíli. Cílem reklamy je motivace příjemců sdělení ke konkrétnímu jednání, tj. k nákupu výrobku nebo služby, k žádoucím způsobům jednání (např. třídění odpadů), k účasti na volbách (politická propaganda).“* (Ernestová, 2011, s. 18). Komunikaci v oblasti public relations se věnuje následující kapitola.

Dalším zde prezentovaným typem sociální komunikace je facilitace (mediace). Tento druh sociální komunikace je zaměřen na usnadnění vyjednávání v situacích, kdy dochází k přímému střetu legitimních zájmů více skupin nebo jednotlivců. Příčinou těchto patových situací je rozdílnost zájmů nebo neprofesionální způsob komunikace. Komunikačně zdatná osoba tzv. facilitátor (mediátor) řídí jednání s cílem dosažení kompromisního stanoviska. Ve své snaze se koncentruje na způsob jednání, nikoliv na obsah, tj. nesmí rozhodovat.

### 1.3 Public relations (PR)

Z mnoha definic pojmu public relations, které v literatuře existují, se zdá nejrozšířenější definice přijatá v roce 1978 Institutem Public relations (IPR): *„PR je záměrné, plánované a dlouhodobé úsilí vytvářet a podporovat vzájemné pochopení a soulad mezi organizacemi a jejich veřejností.“* Následující definice vystihuje pojem velmi přesně: *„Public relations je sociální komunikace, jejímž cílem je vytvořit, zlepšit nebo alespoň udržet pozitivní image instituce v očích veřejnosti.“* (Musil, 2010, s. 37).

Tato dlouhodobá činnost vytváří mediální obraz poskytováním informací veřejnosti a snaží se o získání zpětné vazby. Jednosměrná komunikace, kterou využívá reklama, v práci PR nestačí. Primární roli zde hraje obousměrnost komunikace. Nezastupitelné místo mají tedy v práci PR dvě rovnocenné složky: informování a zároveň naslouchání veřejnosti. Oblast PR ale zahrnuje nejen externí, ale také interní komunikaci se zaměstnanci organizace. Často používaný termín pro PR jako „vztahy s veřejností“ není z tohoto důvodu přesný.



První formy public relations jsou známy již z doby vzájemného dorozumívání v kmenových skupinách. Za kolébku PR je považována Amerika 19. století, kdy bylo nutné přilákat na stavbu železničních tratí nové osadníky. K zásadnímu pokroku v oblasti PR došlo na počátku 20. století v souvislosti s industrializací, jejímž produktem jsou i masové sdělovací prostředky. Velký význam má public relations v politice. Od amerických prezidentských voleb, přes válečnou propagandu obou světových válek. Dnes jsou mnohá vládní zpravodajství připravována v oddělení public relations. Další mezník v rozvoji PR znamenal nástup televize a později internetu. Dochází ke globalizaci a internacionalizaci komunikace a šíření informací se zrychluje. Rozšiřuje se konkurence, mezi velkým množstvím informací se prosadí jen ty nejzajímavější nebo nejvíce šokující.

Před rokem 1989 byly aktivity public relations v naší republice využívány především v podnicích zahraničního obchodu, například Rapid, Brněnské veletrhy a výstavy, Merkur. První profesní organizace v tomto oboru byla pod názvem „Klub práce s veřejností“ založena v roce 1983 v Brně. Po roce 1989 tento Klub splynul se „Společností pro propagaci a public relations MOSPRA.“ O pět let později vzniká dobrovolné sdružení „Asociace Public Relations Agentur (APRA). Tato agentura v současnosti sdružuje 24 členských komunikačních a PR agentur v České republice a jejím hlavním cílem je zvyšování kvality a profesionality v tomto oboru, především v oblasti vzdělávání, v podpoře kvality služeb, osvěty a etiky.

*„V době rozvinutých moderních technologií nemůžeme spoléhat pouze na informace získané z vlastních zkušeností. Nezbytným zdrojem informací jsou média, která ovlivňují mínění veřejnosti. Ve snaze dosažení příznivé mediální publicity, jsou pro PR agentury nezbytně nutné pozitivní vztahy s médii.“* (Ernestová, 2011, s. 26). Mezi základní pravidla jejich spolupráce patří:

- pravidlo pravdivosti,
- pravidlo jasnosti,
- pravidlo jednoty slova a činu,
- pravidlo systematičnosti,
- pravidlo koordinace všech aktivit.

Činnost PR bývá zajišťována jednou z následujících možností: firma tuto činnost zajišťuje sama (in-house) prostřednictvím svého marketingového nebo tiskového oddělení. Další možností je svěžit práci s médii externí PR agentuře. A nakonec lze v této oblasti postupovat podle objektivních rad a doporučení nezávislých konzultantů.

Náplň práce zaměstnanců v oblasti PR tvoří především:

- tiskové zprávy a agenturní činnosti (vytváření a umístění informací v tisku s cílem upoutat pozornost),
- publicita produktu nebo služby (získání pozornosti médií),
- veřejné záležitosti (dobré vztahy v rámci dané komunity),
- lobování (vztahy se zákonodárci a úředníky s cílem ovlivnit legislativu a regulaci v oblasti),
- vztahy k investorům,
- sponzorství.

Velmi důležité pro úspěšnost firmy jsou kromě vztahů se zákazníky a dodavateli také vztahy se širokou veřejností. Tato skupina příjemců může záměrům společnosti napomáhat nebo jim zabraňovat, proto jsou vzájemné pozitivní vztahy pro dosažení stanovených cílů firmy zcela zásadní.

Základem práce PR je tedy předávání informací, ovlivňování názorů a budování nebo udržování postojů. Jednotlivé postupy se liší podle vlastností cílové skupiny příjemců. Věcí managementu jsou veřejné záležitosti a vztahy, zaměřené na společenskou a politickou oblast. Především se jedná o trvalé sledování trendů a problematiky ve vztahu k rozhodovacím procesům vlády a formování názorů a postojů veřejnosti. Interní PR zajišťuje informovanost zaměstnanců o strategických prioritách firmy, o jejich úloze při realizaci a posilování jejich motivace. Budování a udržování image zvyšující důvěru investorů, akcionářů, konzultantů, peněžních a finančních úřadů je klíčovým cílem finanční PR. Nejdůležitějším mezičlánkem ve vztahu k veřejnosti jsou média, proto je extrémně důležité budovat a udržovat s nimi pozitivní vztahy. *„Cílem mediální PR je tedy informovat a tvořit pozitivní image jako základnu pro dobré jméno firmy a pro podporu produktů nebo služeb, které mají vazbu na marketing. Dobré vztahy s médii mohou vyústit v pozitivní komentáře při zavádění produktu na trh, mohou vyvolat dobré hodnocení různých firemních aktivit a podnítit zájem veřejnosti o různé firemní propagační akce, aktivity nebo sponzorství.“* (Ernestová, 2011, s. 28).

Mezi hlavní nástroje pracovníků public relations patří kromě tiskových zpráv a verbálních vyjádření například audiovizuální nosiče, veřejně prospěšné aktivity, tiskové konference prezentované v hromadných sdělovacích prostředcích, ukázky z výroby a využití výrobků firmy, dny otevřených dveří, zábavné pořady za účasti

známých osobností. Důležitým nástrojem ke zviditelnění jsou webové stránky tzv. výkladní skříň firmy.

Ve srovnání s reklamou má public relations značný dopad na povědomí veřejnosti za citelně nižší náklady. Firma nekupuje mediální prostor ani čas. Platí pouze lidi, kteří zajišťují tvorbu a šíření informací a organizují a řídí firemní akce určené pro veřejnost. Jestliže firma přijde s nabídkou zajímavého příběhu, může vstoupit do různých médií, což znamená minimálně stejný výsledek jako draze zaplacená reklama. Nad reklamou vítězí i v otázce důvěryhodnosti. V dnešní době je funkce tiskového mluvčího standardně využívána nejen v privátních subjektech, ale například i pro úřady státní správy a samosprávy nebo příspěvkové organizace. Schopnost dobře mluvit, formulovat myšlenky, znát správnou strukturu tiskové zprávy – to jsou logicky potřebné předpoklady pro tuto funkci. Ideální tiskový mluvčí by ale kromě uvedených tzv. organizačních složek měl zvládat i tzv. složku konzultační, která obsahuje potřebnou dávku empatie a talent k pochopení myšlenky těch, kterým jsou informace předkládány, tedy cílovým skupinám příjemců. Měl by dokázat především odhadnout co chtějí tyto cílové skupiny slyšet a naopak co je nezajímá, čemu a do jaké míry budou rozumět, jak a co budou interpretovat, s čím budou získané informace spojovat.

Dle Ernestové (2011, s. 29) se proces public relations skládá z následujících fází:

- východiska, výzkum, SWOT analýza,
- cíle, cílové skupiny, sdělení, koncepce,
- plán (nástroje, projekty),
- časový harmonogram,
- vyhodnocení.

Mimořádně důležitá role náleží PR v případě, že se firma nebo organizace dostane do krize. Správná nastavená strategie PR musí s touto možností počítat a musí být maximálně připravena. Bez dodržování standardních postupů se krize snadno změní v katastrofu.

## 1.4 Krizová komunikace

*„Krizovou komunikací se rozumí výměna informací mezi odpovědnými autoritami, organizacemi, médii, jednotlivci a skupinami před mimořádnou událostí, v jejím průběhu a po jejím skončení.“* (Ernestová, 2011, s. 22).

Je možné setkat se také s termínem komunikace v krizi, komunikace při mimořádné události nebo komunikace rizika. Mezi mimořádné situace patří i hromadná neštěstí, při kterých je ohroženo zdraví nebo život většího množství osob, například přírodní katastrofy, technologické a provozní havárie, dopravní nehody, teroristické útoky atd. Při přípravě i během likvidace následků těchto událostí je zcela zásadní koordinovaný postup, který v naší republice zajišťují složky Integrovaného záchranného systému (IZS). Činnost tohoto systému je dána Zákonem č. 239/2000 Sb. Jeho základními složkami jsou hasičský záchranný sbor, policie a zdravotnická záchranná služba. K dalším složkám patří armáda a subjekty, které lze využít na základě dohody na vyžádání, například privátní převozové sanitní služby, spolky dobrovolných hasičů atd.

Protože klíčovou roli v těchto mimořádných situacích sehrávají média, je nutné počítat se spoluprací s jejich zástupci a tuto spolupráci zařadit do plánů krizové připravenosti. Pokud má tato spolupráce optimálně fungovat, je důležité budovat vztahy se zástupci médií již v období před vznikem mimořádné události. Pro dosažení maximální efektivity musí být uplatněn princip partnerství a důvěry, musí být ve shodě s potřebami médií, tj. respektovat jejich kulturu, pravidla, možnosti a limity.

Významná role médií v krizové situaci spočívá dle Vymětala (2009, s. 149) *„zejména v možnosti rychlého oslovení hlavní cílové skupiny, v informování příjemců o rizicích a vhodných postupech, posilují vzájemnou pomoc a solidaritu, pomáhají snižovat strach a úzkost, zklidňují pobouření a zvyšují bdělost, vyvracejí mýty a opravují chybné informace, posilují atmosféru soudržnosti, oslovují dárce prostředků a pomoci, v mnoha případech získávají a poskytují informace využitelné pro rozhodování pracovníků krizového řízení a odpovědných autorit.“*

Velmi často postihují mimořádné události a hromadná neštěstí civilní a nepřipravené obyvatelstvo a to celé věkové spektrum, v různé zdravotní kondici. V takto zasažené populaci dochází logicky, v souvislosti s aktuálním stresem, k velkému počtu psychických traumat a dalších zdravotních potíží. A právě ke zvyšování odolnosti obyvatelstva mohou přispívat i média a následně i mluvčí zasahujících složek. Zranitelnost obyvatel snižují seriózní a pravdivé informace, které zároveň pomáhají

psychické regeneraci. „Zatímco hlavním a základním cílem dobrého zvládnutí krizové situace je minimalizace možných škod, zvládnutí krizové komunikace spočívá v umění uvolnit správné, tj. včasné, hodnotné, důvěryhodné a přesvědčivé, informace ve správný čas a na správném místě.“ (Ernestová, 2011, s. 23). Nejvýznamnějším aspektem je v těchto případech rychlost, na ní záleží úspěch či neúspěch řešené situace. Neschopnost rychlé reakce je největší chybou, které se zasažené organizace v krizové situaci dopouštějí.

Kromě srozumitelného sdělení výsledků analýzy rizikové situace by měla být součástí krizového komunikace i snaha o dialog o možných problémech, rozdílných přístupech a nejschůdnějších možnostech řešení.

Moderní technologie umožňují okamžité šíření aktuálních informací o vzniklých rizikových situacích a všechny cílové skupiny tak mohou pozorovat postupy a postoje zasažených firem. Důležité je chování firmy před vzniklou krizí, pozitivní obraz v očích veřejnosti je v této situaci velkou výhodou. Úspěch krizové komunikace tedy především ovlivňují následující faktory: kvalita vztahů, rychlost a typ informací, usměrňování dialogu.

## 1.5 Asertivní komunikace

*„Asertivita je takový styl jednání a komunikace, kterým člověk vyjadřuje upřímně, otevřeně a přiměřeně své myšlenky, city, názory a postoje; a to jak pozitivní tak negativní. Asertivita je nejúčinnější obrannou komunikací proti manipulaci.“* (Ernestová, 2011, s. 19).

Jako první použil termín „asertivita“ vědec Andrew Salter v roce 1949. Cílem základních postupů, které popsal, byla snaha naučit klienty spontánně reagovat a projevovat emoce, přesně vyjadřovat svá pozitivní i negativní stanoviska, umět komunikovat jasně, věcně a bez postranních úmyslů. Výraz „asertivita“ je odvozen z latinského slova „assere“, které znamená něco tvrdit, ujišťovat, zdůrazňovat. Asertivní jednání znamená sebezprosažení bez agrese a omezování někoho jiného. Jedná se o nejúčinnější obrannou komunikaci proti manipulaci. Vyžaduje samostatná rozhodnutí a zodpovědnost za ně. Cílem asertivního jednání je zajistit otevřenou komunikaci, která povede k úspěšnému konci.

Podle intenzity asertivního chování rozlišujeme dle Ernestové (2011, s. 19) několik druhů asertivity:

- Základní asertivita – jednoduchá vyjádření myšlenek, názorů a postojů, citů a potřeb. Nezahrnuje další sociální dovednosti.
- Empatická asertivita – obsahuje i citlivost vůči ostatním lidem při respektování jejich názorů a emocí.
- Stupňovaná asertivita – používá se při partnerově ignoraci našich stanovisek a porušení našich práv.
- Konfrontační asertivita – používá se ve vztahu k popisu rozporů mezi slovy a skutky partnera, kdy žádáme doplňující informace k vyřešení problému.

V této obranné komunikaci proti manipulaci je možné využít dvou strategií: agresivní a pasivní. Agresivní strategie znamená partnera ukřičet, umlčet, tzv. převálcovat; ale také dostat se nakonec úplně jinam než byl původní záměr. Volba pasivní strategie znamená vyhovět, v rozporu s osobními negativními pocity, požadavku partnera.

Tématem optimální komunikace a porozumění mezi lidmi se již zabývalo a zabývá mnoho odborníků. Na základě získaných poznatků byly vytvořeny tzv. kaskády nebo-li postupy komunikace, které vedou u většiny lidí ke snížení agresivity a zvýšení spolupráce. Cílem je kompromis, dohoda, spokojený a naplněný život. Schopnost volně a otevřeně vyjadřovat vlastní myšlenky, pocity a přání je umění, které není dáno každému. Většinou mají lidé sklon k prosazování svých názorů agresivně, někdy i fyzickým násilím. Tak se dostávají do postavení odpůrce a nepřítele, se kterým nelze jednat. Proti těmto útočníkům stojí na druhé straně nesmělí, bezbranní, slušně jednající lidé. Dají se tzv. zahnat do kouta, zmanipulovat a pak následně trpí pocitem neúspěchu a trapnosti. Pokud se tyto pocity kumulují, může dojít k neurovegetativním poruchám – neurózou počínaje a infarktem myokardu konče.

## **1.6 Role empatie v komunikaci**

Slovo empatie (z řeckého *empathia*) je pojem rozšířený v západoevropské kultuře od dob řeckého starověkého filozofa Aristotela, který ve svém díle *Poetika* prostřednictvím *sympatie* a *vciťování* učil vnímat estetiku uměleckého díla. Empatie znamená vžívání se, vciťování do něčeho nebo do někoho. Empatii zkoumá především psychologie a využívá ho jako metodu při léčbě poruch lidského chování. Ve zdravotnictví se pojem

emfatický nejčastěji spojuje s chováním, vnímáním, přístupem a s komunikací. Modifikovanou podobou empatie je tzv. nenásilná komunikace, která obsahuje dle Linhartové (2011, s. 73) čtyři následující kroky:

- Pozorování pacienta – z viděné řeči jeho těla je patrný momentální duševní stav.
- Uvědomění si pocitů pacienta – prožívání strachu, pocitu osamění, úzkosti, studu.
- Vlastní zkušenost stejného citového prožitku – primární potřeba v totožné situaci.
- Zformulování uspokojení potřeby.

Nejnápadnějšími neverbálními komunikačními prostředky jsou mimika, pohled očí, zabarvení a síla hlasu, gesta, kinezika a proxemika. Každá emoce se projeví v mimice. Na obličejí jsou svaly, které neovládáme vůlí, reagují na citový prožitek. Mimicky projevená emoce může mít rozdílnou intenzitu – od jemného náznaku až k projevu dramaticky extrémnímu. Pacienti jsou pečliví a vnímaví pozorovatelé. Velmi pečlivě vnímají pohled. Oči jsou významnými informátory. Filosof Immanuel Kant je označil za přímou cestu do duše, protože se v nich nápadně odráží její stav. Samostatným komunikačním prostředkem je zabarvení hlasu a jeho intenzita. Hlas prozradí každou emoci nezávisle na slovním sdělení. Velmi nápadným doprovodným komunikačním prostředkem jsou pohyby rukou včetně gest. Důležitým neverbálním nositelem emoce jsou dotyky, pohyby těla a proxemika neboli vzdálenost mezi komunikátorem a komunikantem. Nejcitlivěji pacient vnímá porušení intimní zóny (0-45 cm), na které organismus, nezávisle na vůli, reaguje stejně bouřlivě jako na ohrožení života, tj. připravuje se k obraně: zrychlí se tep, zvýší krevní tlak, mění se dechová frekvence, stahují se některé svaly). Proto je třeba vstup do intimní zóny, což se při ošetřování děje často, předem ohlásit či jinak naznačit, aby pacient nereagoval úlekem, ale přiměřeně.

Empatické chování je ve zdravotnictví prosazováno jako specifická forma komunikace. *„Vyjadřuje usměrňovaný psychický stav komunikátora při zpracování získaných informací. Na rozdíl od prostého etického chování (rovněž žádoucího) se liší vyšším stupněm citové angažovanosti při léčbě, ošetřování i péči o pacienta.“* (Linhartová, 2011, s. 76).

## 2 KOMUNIKACE A ETIKA V URGENTNÍ MEDICÍNĚ

Problémy v komunikaci mezi lékaři a pacienty jsou časté. Nejde pouze o to, zda lékař s pacientem komunikuje, ale především o způsob této komunikace. Mnoho lékařů se v této souvislosti brání tím, že pacientům věnuje dostatečný čas na komunikaci. Nicméně většina studií zaměřených na pacienty poukazuje na pravý opak. Většina pacientů stále vnímá nezáměr ze strany lékaře v pochopení pacientových reálných obtíží, neochotu pro dostatečné sdělení a vysvětlení diagnózy a způsobu léčby. Tyto skutečnosti pak vedou nejen k neefektivnímu dodržování léčby a nižší spokojenosti pacienta, ale mohou vést k celkově nižší úspěšnosti léčby, její vyšší finanční náročnosti a podobně. V tomto smyslu je povinností lékaře znát principy efektivní komunikace, být si vědom možných zdrojů problémů a konfliktů v komunikaci s pacientem a efektivně jim předcházet. Jedná se především o případy, kdy pacient informacím od lékaře dostatečně nerozumí. Připadá si nezahrnutý do plánování léčby, má nedostatek informací o prognóze a příčinách onemocnění, případně pociťuje nedostatek empatie ze strany lékaře.

Dle Ptáčka (2011, s. 67) má sdělování informací v lékařské komunikaci následující základní cíle:

- Pomoci pacientovi porozumět, co se děje.
- Snížit pacientovu úzkost a nejistotu.
- Zajistit spolupráci pacienta.

Nejsilnějším a zároveň nejcitlivějším nástrojem lékaře je rozhovor, a proto by jej měl také každý lékař dokonale ovládat. Rozhovorem lékař poskytuje pacientovi potřebné informace, ale zároveň vytváří vztah s pacientem, ovlivňuje ho a získává.

Komunikace musí být symetrická. Musí zahrnovat přímou komunikaci lékaře a pacienta včetně aktivního vyslechnutí pacienta. *„Mohlo by se zdát, že nasloucháním lékař ztrácí čas. Ale opak je pravdou. Nasloucháním získává od pacienta důležité informace a celý proces konzultace nebo diagnostiky tak může být ve svém důsledku kratší, než kdyby lékař pacientovi nenaslouchal. Dovednost naslouchání je prvním krokem k účinné a efektivní lékařské konzultaci.“* (Ptáček, 2011, s. 41). Lékaři jsou často v časovém tlaku a cítí potřebu bezprostředně převzít iniciativu a pokládat otázky. Naslouchání je



ale v úvodní fázi rozhodně efektivnější, prvním krokem by tedy mělo být vyslechnutí pacienta. Mnoho lékařů nemá dobré schopnosti naslouchání a nedokáže tak odhalit některé individuální potřeby nebo rizika pacienta. Komunikační chování lékaře má velký vliv na míru sdílnosti pacienta. Odborné studie (Beckman a Frankel, 1984, s. 692) prezentují následující závěry:

- Lékaři často přerušují pacienty ještě před tím, než pacient dokončí, co chtěl říci a to již po 18 sekundách.
- Pouze jeden z 51 přerušených pacientů později dokončí, co chtěl říci.
- Vyslechnutí pacienta redukuje možné následující problémy v léčbě.
- Upřesňující nebo uzavřené otázky často způsobují přerušení pacienta a nesdělení některých podstatných okolností.
- Po několikáté konzultaci za den lékař již přerušuje pacienta po první sdělené větě.
- Pořadí, v jakém sdělují pacienti své problémy, neodpovídá jejich klinické důležitosti.
- Pacienti, kteří nejsou po dobu 60 sekund přerušeni, většinou nehovoří déle než 150 sekund.

Uzavřené otázky často vedou k tomu, že rozhovor zaměřený na pacienta se změní v rozhovor zaměřený na potřeby lékaře, pacient se dostává do pasivní role a snaží se co nejstručněji odpovědět na otázky lékaře.

Jak již bylo uvedeno, efektivní komunikace mezi lékařem a pacientem je základní klinickou dovedností, která vyžaduje trénink stejně tak jako kterákoliv jiná dovednost v oboru klinické medicíny. Při výuce medicíny je stále věnována komunikaci s pacienty minimální pozornost. Někteří autoři dokonce zjistili, že se u studentů medicíny schopnost komunikace během jejich přípravy na lékařské povolání zhoršuje. Studenti v prvním ročníku studia mají tedy lepší komunikační schopnosti než při jeho zakončení. Ani délka praxe u zdravotníků nesouvisí s kvalitou komunikace. Dle prací mnoha autorů mají zdravotníci tendenci, navzdory zřejmým nedostatkům, využívat stále stejné, neměnicí se styly konzultací, které aplikují na všechny pacienty.

Radkin Honzák (1997, s. 32) shrnuje základní požadavky na komunikaci lékaře s pacientem následujícím způsobem:

- Lékař musí vědět, co chce říci.
- Musí rozhodnout, kdy informaci sdělit.

- Musí vybrat správné místo pro sdělení.
- Musí rozhodnout, jak nejlépe informaci předat.
- Musí pamatovat na skutečnost, že informace jasné pro lékaře nemusí být jasné pro pacienta.
- Musí mluvit zřetelně a sdělení nekomplikovat.
- Musí zvolit přiměřené tempo a odpovídající tón řeči.
- Musí sledovat a zaznamenávat reakce pacienta, všímat si zejména jeho známek a projevů zmatku, hněvu a úzkosti, brát v úvahu jeho pocity.
- Musí umožnit pacientovi, aby se v dostatečné míře vyjádřil.
- Nesmí zneklidňovat nebo dráždit pacienta svým projevem.
- Musí kontrolovat, zda pacient informaci přijal a pochopil.

Z předchozích informací vyplývá, že tzv. aktivní naslouchání patří mezi techniky, které nejvíce usnadňují popis obtíží pacientů. Jde v podstatě o určitou kvalitu rozhovoru, která napomáhá pacientovi ve vyjadřování i navazování důvěry k lékaři. Podle Ptáčka (2011, s. 62) lze aktivní naslouchání realizovat následujícími způsoby:

- Povzbuzení pacienta verbálními a neverbálními způsoby komunikace.
- Přeformulování nebo zopakování hlavních myšlenek.
- Vyjasnění, upřesnění nejasných informací.
- Shrnutí hlavních sdělení včetně reflexe pocitů pacienta.
- Ocenění pacientovy spolupráce, otevřenosti, dodržování léčby.

Výše uvedené informace popisují komunikaci zdravotníka a pacienta obecně a platí pro celé spektrum medicínským oborů. Primárním oborem této práce je urgentní medicína a její specifika.

Urgentní medicína je poměrně mladý medicínský obor i ve světovém kontextu. Je zaměřena na diagnostiku nediferencovaných a neurčených obtíží pacienta a prvotní stabilizaci jeho zdravotního stavu. Zabývá se akutními stavy všech medicínských oborů a celým věkovým spektrem pacientů. Obsahuje složku přednemocniční, kterou zajišťuje systém záchranných služeb a složku nemocniční, kde diagnosticko-terapeutický proces pokračuje na urgentních příjmech zdravotnických zařízení. Součástí urgentní medicíny je i připravenost na mimořádné události a hromadná neštěstí v podobě okamžité reakce systému – v České republice složek Integrovaného záchranného systému (IZS).

Z charakteristiky oboru vyplývají některé specifické rysy komunikace. Komunikace je ovlivněna skutečností, že lékař nebo záchranář vidí pacienta většinou poprvé a v situaci, kterou sám pacient nebo jeho okolí vyhodnotilo jako kritickou. Na začátku zásahu nemá dost informací o zdravotním stavu pacienta, které by mohl předat psychicky rozrušeným příbuzným nebo dalším osobám z jeho okolí, prognózu nelze odhadnout a lékař je konfrontován pouze se symptomy – dušnost, bolest, problémové chování apod. Léčba a zajištění pacienta často probíhá na veřejnosti za přítomnosti náhodných a nezúčastněných svědků. Stále častěji bývají amatérské záznamy nehod i jiných zásahů předávány bulvárním médiím bez vědomí záchranářů i pacientů a především bez možnosti tuto realitu jakkoliv ovlivnit. I při zásazích v bytech pacientů je situace odlišná od ošetření v nemocnici, na ambulanci nebo na urgentním příjmu. Zásadní rozdíl je v tom, že zde zdravotníci vstupují a konají v sociálním prostoru pacienta a jeho rodiny.

Citelně se rozšiřuje i sociální spektrum. Záchranáři ošetřují osoby bez přístřeší a další sociální skupiny označované souhrnně za „sociálně nepřizpůsobivé“, v důsledku globalizace a migrace zasahují v multikulturním prostředí azylantů a ilegálních migrantů. Na druhé straně ošetřují příslušníky elit a nejbohatší vrstvy obyvatel. Zvládnutí zásahu včetně výběru adekvátních komunikačních prostředků bývá náročné v obou extrémech. U sociálně slabých vrstev bývají choroby a úrazy zanedbané, často komplikované životními podmínkami pacientů, ale i alkoholovou nebo drogovou závislostí. Majetné vrstvy obyvatel mívají často dojem, že za peníze je možné získat vše včetně zdraví a zdravotnické služby berou jako každý jiný klientský servis.

K nepochopení biologických limitů medicíny přispívá i celospolečenské mlčení o faktu, že smrt je přirozenou součástí života. Seriály z lékařského prostředí a informace o úspěších tzv. „heroické“ medicíny neukazují realitu, ale pouze v lidech posilují pocit, že dnes už medicína umí vše a v případě záchranných služeb vyvolávají dojem, že zdravotní péče je dostupná ihned a kdekoliv.

Záchranná služba je aktivována na základě tíšňové výzvy většinou ze strany nezdravotníků, tedy na subjektivním základě laiků, odvozeném od pocitu, že může být ohroženo zdraví nebo život. Spektrum závažnosti sahá od méně závažných stavů až po stavy život ohrožující a všechny musí být nejen po odborné, ale i po lidské stránce řešeny profesionálně. Adekvátní komunikace zde hraje zásadní roli.

Po roce 1989 došlo v České republice, stejně jako v ostatních zemích bývalého východního bloku, k zásadním změnám ve všech oblastech společenského

a politického života a lidé byli konfrontováni s mnoha aspekty, které z éry socialismu vůbec neznali – se ztrátou sociálních jistot, s ekonomickou nejistotou, nezaměstnaností, s důrazem na osobní zodpovědnost jednotlivce, se svobodou volby, která však v sobě obsahuje i riziko špatného rozhodnutí. *„Důsledkem stále panujícího dogmatu o „bezplatnosti“ zdravotní péče je její zneužívání či nadužívání a záchranné služby nejsou v tomto ohledu výjimkou, protože jsou navíc jednou z mála služeb dosažitelných nepřetržitě.“* (Šeblová, 2011, s. 209).

## **2.1 Personální požadavky na dispečery zdravotnických operačních středisek**

Požadavky na personál pracující na zdravotnických operačních střediscích určuje Zákon č. 96/2004 Sb., v platném znění o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) a Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Z paragrafu 49 této vyhlášky vyplývá:

Sestra pro intenzivní péči se zaměřením na neodkladnou péči a zdravotnický záchranář po získání specializované způsobilosti v oboru Operátor zdravotnického operačního střediska vykonávají činnosti v oblasti neodkladné péče a medicíny katastrof a dále bez odborného dohledu a bez indikace vykonávají činnosti v rámci operačního střediska záchranné služby, a to:

- přijímají, evidují a vyhodnocují tísňové výzvy z hlediska závažnosti zdravotního stavu pacienta a podle stupně naléhavosti zabezpečují odpovídající způsob řešení za použití telekomunikační a sdělovací techniky,
- provádí telefonní instruktáž k poskytování laické první pomoci a poskytují další potřebné rady za použití vhodného psychologického přístupu,
- aktivizují krizové, typové a traumatologické plány při řešení zdravotních následků hromadných neštěstí a katastrof a na svém úseku zabezpečují jejich realizaci s využitím všech možností integrovaného záchranného systému.

## 2.2 Komunikační toky v činnosti záchranné služby

Zdravotníci záchranné služby musí adekvátně a zejména nekonfliktně umět komunikovat skutečně s kýmkoliv, zdaleka nejen s pacienty. Efektivní a srozumitelná komunikace je základem kvalitní péče a může pomoci snížit stres, který zásah záchranné služby většinou provází.

Lékař nebo záchranář musí zvládnout hovořit s každým pacientem, bez ohledu na jeho sociální zařazení a aktuální psychický stav. Od všech pacientů musí být schopen odebrat anamnézu, všem musí alespoň stručně vysvětlit, jaký způsobem bude léčba dále probíhat. *„Zapojení pacienta a příbuzných do rozhodovacích procesů i v podmínkách výjezdů záchranné služby bude nesporně stále důležitější.“* (Šeblová, 2011, s. 210). Z uvedeného logicky vyplývá rostoucí význam správně vedené komunikace zaměstnanců záchranné služby s pacienty a příbuznými.

V posledních letech se věnuje pozornost tzv. „VIP syndromu“ – ošetřování „celebrit“, ať již skutečných nebo mediálně vytvořených. Tato oblast má svá specifika a odlišnosti. V případě tísňové výzvy se v rámci tohoto syndromu záchranáři setkávají se snahou o získání přednostní nejkvalitnější péče. Přitom telefonování známým a shánění protekce místo prostého vytočení tísňové linky může způsobit významné zdržení v ošetření a vzhledem k dynamice nemocí či úrazů může zásadně zhoršit výsledný zdravotní stav.

Práce v terénu vyžaduje i kvalitní komunikaci v rámci zasahujícího týmu, přičemž existují různé varianty personálního obsazení. Tým rychlé lékařské pomoci (RLP) je tvořen lékařem, zdravotnickým záchranářem-řidičem sanitního vozidla. V tomto složení je vedoucím týmu lékař, který určuje nejen postup jednotlivých diagnosticko-terapeutických úkonů, ale i způsob komunikace během zásahu. Ten se pochopitelně odvíjí od charakteru zásahu – od direktivního velitelského způsobu řízení zásahu v případě mimořádné události až po empatickou komunikaci v situacích, kdy je dominující psychosociální problematika – úmrtí blízkého člověka, oběť domácího násilí, svědek drastické dopravní nehody. V případě využívání tzv. setkávacího systému posádek (rendez-vous) vyjíždí lékař k případům pouze s řidičem-záchranářem. Dvoučlenná je i posádka rychlé zdravotnické pomoci (RZP), složená ze zdravotnického záchranáře a řidiče-záchranáře. Zde určuje povahu zásahu a rozhoduje o postupu léčby zdravotnický záchranář. Zdravotničtí záchranáři musí být tedy schopni fungovat v obou rolích, jak ve vedoucí, tak i v podřízené a jistě i toto

střídání na ně klade značné nároky a vylučuje rutinní komunikační postupy. Všechny profese se mohou vyskytovat v mužské i ženské podobě. Ženy jsou na některých záchranných službách již i na pozicích řidiček, v zahraničí je to zcela běžné. Z výzkumů nevyplývá, že by schopnost rozhodování nebo empatie byla vázaná na jedno nebo druhé pohlaví. Je to daleko více otázka osobnostní vyspělosti a profesionality.

Část zásahů probíhá ve spolupráci tzv. základních složek IZS, do kterých patří kromě zdravotnické záchranné služby (ZZS) ještě Policie ČR (PČR) a Hasičský záchranný sbor ČR (HZS ČR). Tyto složky se nejčastěji setkávají u dopravních nehod, násilných činů, ale i v situacích, kdy je třeba násilného otevření bytu při podezření na ohrožení osoby uvnitř a pochopitelně také u mimořádných událostí s větším počtem postižených. V těchto situacích je klíčová znalost kompetencí jednotlivých složek, protože od nich se odvíjejí vzájemné požadavky a součinnost. Příslušníci PČR i HZS ČR by měli mít alespoň základy první pomoci pro případ, kdy by dojeli na místo události dříve než záchranná služba, záchranáři naopak musí vědět jak neohrozit sami sebe a ostatní členy zdravotnického týmu. Bezpečnost zasahujících je nadřazena záchraně ohrožených osob. Velkým přínosem v prověření správnosti společných postupů jsou simulační součinnostní cvičení zaměřená na různé varianty mimořádných událostí.

*„Nesmírné komunikační nároky jsou kladeny na pracovníky zdravotnických operačních středisek – dispečery, kdy komunikace je jedna z klíčových dovedností. To, co výjezdové skupiny v sanitních vozech musí zvládnout na místě zásahu tváří v tvář pacientovi slovy, s možností využití prvků nonverbální komunikace, musí být dispečer nebo dispečerka schopna vyřešit pouze po telefonu.“* (Šeblová, 2011, s. 211). Jejím úkolem je získat co nejpřesnější informace v co nejkratším možném čase tak, aby mohla vyslat adekvátní tým nebo volání vyřešit jiným způsobem. Pouze zčásti volají na tísňovou linku přímo pacienti (tzv. „volání z první ruky“). Nejčastěji volá osoba, která je na místě zásahu s postiženým („volání z druhé ruky“) a v tomto případě už mohou být informace mírně zkreslené. Nejobtížnější je z hlediska dispečerů situace volání z tzv. „třetí ruky“, kdy volající není na místě příhody. Operátor-dispečer musí hovor řídit, musí klást jednoznačné otázky a to postupně – vždy položit jeden dotaz a počkat na odpověď. I případné pokyny musí být jednoznačné. Komunikace zdravotnického dispečera je podrobně rozpracována v praktické části této diplomové práce.

Dalším specifickým komunikačním tokem je předávání pacienta do následné péče zdravotnického zařízení. Komunikace při předávání by měla být věcná, odborná,

korektní a profesionální. Předání musí proběhnout ústní i písemnou formou a mělo by obsahovat základní informace o stavu pacienta, dynamice jeho zdravotního stavu během transportu, o všech hodnotách, zjištěných monitorováním, o poskytnuté léčbě a o předpokládané diagnóze. Pokud to stav pacienta vyžaduje, je nutné avizovat dojezd ZZS předem, aby se mohl připravit specializovaný zdravotnický tým na jeho přijetí.

Zatímco lékař v nemocnici je před médii poměrně dobře ukryt, lékař ZZS se jim v terénu nevyhne a v některých situacích by měl umět stručně sdělit důležité informace, aniž by porušil povinnou mlčenlivost a ohrozil soukromí pacienta. Tzv. mediální management se stává významnou součástí řešení mimořádné události, kdy nejen množství informací, jejich aktuálnost a spolehlivost, ale i vyznění může významně ovlivnit postoje veřejnosti a dopad na její psychiku, ale zároveň i míru velice potřebné spolupráce. V komunikaci s veřejností je nutné sdělovat fakta přiměřeně vzhledem k cílové skupině a srozumitelným jazykem, tedy bez odborných výrazů.

### **2.3 Komunikační techniky v činnosti záchranné služby**

*„Záchranáři zasahují u všech typů pacientů a velmi často v nepřátelském prostředí, kde agresivitu zvyšuje alkohol, drogy, ale i akutní stres. V posledních letech vzrůstá u všech záchranných služeb podíl tzv. psychosociálních intervencí a zdravotníci si musí doplňovat dovednosti, se kterými se v učebních osnovách zaměřených na řešení život ohrožujících situací nepočítalo.“* (Šeblová, 2011, s. 213). K tomu mohou pomoci znalosti technik mírnění napětí a zvládnání agrese psychologickou cestou. To předpokládá znalost prostředků verbální i neverbální komunikace a její aplikaci v konkrétních situacích.

**Neverbální komunikace** zahrnuje mimiku (pohyby obličeje a výraz), gestiku (pohyby rukou), haptiku (dotyky – zde je nutný cit pro uměřenost, aby nebyl dotyk vnímán pacientem nebo příbuzným negativně nebo dotěrně) a proxemiku (přiblížení a oddálení). Zejména vědomí o existenci intimní zóny, jejíž překročení je podvědomě pociťováno velmi nepříjemně, by mělo patřit do vědomostní výbavy všech zdravotníků, protože ji porušují při provádění nejrůznějších vyšetřovacích a ošetrovacích úkonů. V prostoru sanitního vozu je intimní zóna pacienta porušena prakticky během každého transportu, je tedy vhodné informovat o všech úkonech, které bude tým provádět.

**Verbální komunikace** by měla být jasná, klidná a srozumitelná, bez odborných termínů. Při existenci komunikační bariéry je třeba sdělovat jasně formulovaná vyjádření. Je potřeba udržovat hovor v co největší rovině a pokud jsme vystaveni verbálním útokům, nereagovat. Ve všech situacích je třeba se soustředit na problém a vystupovat jako ten, kdo je schopen problém vyřešit.

Člen výjezdové posádky musí být schopen rychle vyhodnotit signály hrozící agrese, které v drtivé většině napadení předcházejí vlastnímu útoku a musí reagovat včas. Především se jedná o situace, kdy je na místě události více osob pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky nebo jde o pacienty trpící psychickou poruchou.

Dle Šeblové (2011, s. 214) existují čtyři hlavní zásady, jak lze napětí snížit:

1. Je nutné zachovat klid a nereagovat na provokování.
2. Je třeba trpělivě vyslechnout obtíže pacienta a nedávat impulzivní odpovědi.
3. Snažit se v maximální možné míře o empatické chování i ve verbální rovině, sdělovat informace srozumitelným způsobem.
4. Snažit se pacientovi vyhovět a pokud to není možné, je nutné vysvětlení.

Mezi další doporučované techniky patří i nekonfrontační postoj těla, optimálně ve stejné rovině s pacientem. V zájmu vlastní bezpečnosti je vyhovující vzdálenost větší než natažená paže.

Jak již bylo uvedeno, jednou z důležitých komunikačních dovedností zdravotnického personálu je empatické chování. Výchova k profesionální empatii by měla mít odpovídající místo v edukaci budoucích zdravotníků.

## **2.4 Základy krizové intervence**

Psychosociální urgency, kterých v praxi záchranných služeb přibývá, si vynucují i základní znalosti zásad a technik krizové intervence i základní znalosti diagnostiky příznaků u psychických poruch, neboť ne každé problémové jednání je psychózou. Ve značném množství výjezdů se jedná pouze o pochopitelné psychické rozrušení pacientů nebo svědků události, kteří se ocitli v nepříjemné situaci. Kromě zvládnutí situace krize, ať již individuální nebo v rámci postižení celé komunity (povodně, velké dopravní nehody apod.) by záchranáři měli být schopni identifikovat osoby, které budou



potřebovat pomoc specialistů – psychologů v krizových centrech nebo jiných specializovaných odborníků.

Při vlastní krizové intervenci, například při úmrtí v rodině, je v první řadě třeba myslet na zabezpečení základních potřeb. Následně mají lidé v krizi potřebu informací. I to lze bez specifických školení a dovedností poskytnout: co se bude dít, jak mají postupovat, kdo jim poskytne další pokyny, jaký je časový sled úkonů. Šeblová (2011, s. 215) uvádí následující zásady vedení rozhovoru a základy empatické komunikace při krizové intervenci:

- Zrcadlení – ozvěna, jejímž účelem je sdílení, pojmenování pocitů a ujištění o pochopení.
- Rekapitulace – shrnutí, důkaz naslouchání.
- Parafráze – jakési převyprávění jinými slovy, dosažení zpětné vazby.
- Kotvení – upevňování některých odpovědí a reakcí, posilování jistoty.
- Zhodnocující informace.

Krátká krizová intervence nemusí zabrat více času než běžný výjezd záchranné služby. Zároveň je nezbytné znát své vlastní limity a rozpoznat situace, kdy osoba/osoby na místě potřebují pomoc specializovaných pracovišť. V tom případě je třeba znát kontakty a předat pacienta včas do další péče odborníků.

## **2.5 Práva pacienta v podmínkách urgentní péče**

Stupňující se tlak na kvalitu zdravotnických služeb je jistě ze strany veřejnosti legitimní. Partnerský přístup k pacientovi přenáší po patřičném poskytnutí informací a vysvětlení část rozhodování na něho samotného. Nejvyšší právní normou, která se zabývá právy pacientů, je Úmluva o lidských právech v biomedicíně platná v České republice od 1. října 2001.

Urgentní medicína je specifická rozlišením následujících dvou typů situací:

- pacient může a má být při akutním zásahu seznámen s tím, co se děje, jaký bude postup zdravotnických úkonů, případně zda má možnost volby,
- vážný zdravotní stav pacienta a časová naléhavost život zachraňujících úkonů přenáší nutnost rozhodování zcela na zasahujícího zdravotníka, který má konat ku prospěchu pacienta.

V článku 8 výše uvedené Úmluvy je stanovena výjimka z povinnosti získání informovaného souhlasu v případě stavu nouze vyžadujícím neodkladné řešení. Podle Šeblové (2011, s. 217) „*znamená stav nouze okamžitou hrozbu vedoucí k závažné újmě na zdraví.*“ Pokud pacient volal na tísňovou linku sám, bere se vyžádání zásahu jako jeho souhlas. V každodenní praxi pacient obvykle přijímá tuto vyžádanou péči bez námitek a tyto zásahy nejsou předmětem právních pochybností nebo sporů. Problém nastává u zásahů, kdy žádá o pomoc jiná osoba a pacient léčbu a transport odmítá. Posouzení způsobilosti pacienta k udělení souhlasu nebo nesouhlasu s léčbou je na lékaři. Toto zhodnocení je v různých situacích velmi obtížné. Nejedná se jen o intoxikace alkoholem nebo jinými látkami. Stav vědomí a rozlišovací schopnosti pacienta mohou být výrazně ovlivněny celým spektrem dalších faktorů – například poraněním hlavy, hladinou cukru v krvi, metabolickými poruchami, bolestí.

Pokud dospělý pacient, jehož rozhodovací schopnosti nejsou nijak ovlivněny, odmítá léčbu, je nutné sepsání písemného záznamu. Odmítnutí musí být konkrétní, s uvedením diagnostického závěru lékaře, hrozících rizik i navržené léčby. V případě odmítání podpisu je dostačující podpis svědka.

Dalším specifickým urgence medicíny je nemožnost tzv. svobodné volby lékaře. O vyslání konkrétní posádky rozhoduje zdravotnické operační středisko na základě charakteru výzvy, který indikuje odbornost posádky (posádka s lékařem nebo bez lékaře) a na vzdálenosti posádky od místa události.

## **2.6 Problematika hromadných neštěstí a třídění pacientů**

Mimořádné události zasahují do života lidí obvykle nečekaně a bez varování. Často v intenzitě a charakteru, na které nejsou připraveni. Následky, které přinášejí, představují nejen více či méně závažné újmy na zdraví a majetku, ale i silný zásah do psychické integrity. Šok, pocity ztráty kontroly nad svým životem, úzkost a zoufalství. To jsou jen některé projevy provázející osoby vystavené mimořádným událostem. Mohou přecházet i v závažné posttraumatické stavy, které významně ovlivní schopnost psychosociální adaptace jedince. Primárním úkolem záchranných složek je záchrana života a jeho udržení. Tomuto úkolu musí být podřízeny veškeré další činnosti. Proces komunikace je v případě záchrany a pomoci osobám při mimořádných událostech zcela neoddělitelnou složkou práce zvláště zdravotnických záchranářů. Vlídne slovo,

dotek, pohled, vyjádření pochopení, ale také ujištění o tom, že postižená osoba je již v bezpečí, může mít zcela rozhodující vliv na udržení aktuální psychické integrity, ale může působit také jako rozhodný pozitivní faktor v rozvoji následných posttraumatických následků. Dle dostupných studií platí, že čím dříve je možné s postiženou osobou komunikovat, tím efektivněji lze předejít negativním dopadům. Teroristické útoky z konce 20. a počátku 21. století (Tokio, New York, Madrid, Londýn a mnohé jiné) a přírodní i průmyslové katastrofy připomněly vyspělým zemím, že postupy válečné medicíny jsou bohužel stále aktuální. „*U hromadného výskytu postižených je v prvopočátku zásahu porušován etický princip rovného poskytování péče v zájmu záchrany co nejvyššího počtu potenciálně zachránítelných. Platí zásada, že benefit jedince ustupuje předpokládané pravděpodobnosti přežití co nejvyššího počtu osob se šancí přežít v konkrétních podmínkách.*“ (Šeblová, 2011, s. 219).

Třídění raněných je v první řadě odborným medicínským postupem. Přesto je, často následně, pro zasahující psychologicky velmi náročné a konkrétní situace mohou být zdrojem etických pochybností. Třídění raněných je ale také záležitostí organizace a řízení celého procesu. Nedostatečná nebo chybně vedená komunikace je v těchto situacích závažným problémem. Pokud je veřejnost o těchto principech a postupech nedostatečně informována, dochází ke snížení míry a ochoty spolupráce, která je v krizi nezbytná. Konsenzus o postupech při možném ohrožení velkého počtu osob musí vycházet z postojů a zadání celé společnosti a přesahuje rámec nejen oboru, ale celé medicíny.

Velmi zjednodušeně by se dalo říci, že v případě kritické události týkající se jednotlivce, je partnerem zdravotníka v rozhodování pacient nebo jeho nejbližší, v případě mimořádné události nebo katastrofy je to celá společnost, ale tato komunikace se musí odehrávat ještě v období před katastrofou.

## **2.7 Okruh etických dilemat**

„*Každá etická norma je rovněž do jisté míry normou právní, je-li nějakým způsobem kodifikována, a to i přesto, že právo má s etikou v pravém slova smyslu málo společného.*“ (Ptáček, 2011, s. 79). Právní norma obsažená v zákoně, vyhlášce nebo jiném obecně závazném právním předpisu je většinou chápána jako určité pravidlo, kterým je třeba se řídit bez ohledu na osobní ztotožnění se správností tohoto pravidla.

Na druhé straně existují právní předpisy, které nemají obecně závazný charakter a bývají vydávány především různými organizacemi, profesními samosprávami, občanskými sdruženími a dalšími podobnými subjekty. Jsou závazné jen pro členy subjektu, který tento předpis vydal a kterému podléhají při kontrole jeho dodržování. Jedním z nejvýraznějších příkladů takových norem jsou etické kodexy. Jejich primárním smyslem není stanovení povinností, ale zejména zakotvení takových pravidel, které by měly být samozřejmostí a zároveň jsou součástí vlastního svědomí. Podobným příkladem je Etický kodex České lékařské komory

Vzhledem k vysoké specializovanosti moderní medicíny a zdravotnictví obecně se lze setkat i s dalšími kodexy, které nejčastěji vydávají pro své členy odborné společnosti. Zajímavou podobu má Etický kodex Zdravotnické záchranné služby hlavního města Prahy nebo-li tzv. „Záchranářské desatero“. Obsahuje následujících deset stručných bodů etických zásad, kterými se má záchranář při výkonu svého povolání řídit:

- S pacienty jednej vždy tak, jak bys chtěl, aby v podobné situaci jednali s tvými blízkými. Uvědom si, že vše, co tobě připadá banální, zažívá pacient a jeho okolí velmi intenzivně, citlivě a se strachem.
- Projevení účasti na neštěstí jiného a lidské slovo je mnohdy účinnější než injekce a přístroje. Pokud však neumíš bezpečně ovládat přístroje a podávat léky, projevení účasti a mluvení ti nepomůže.
- Při převozu nenech nikdy pacienta vzadu samotného – to není jen neslušnost, ale i velké riziko pro pacienta i pro tebe. I když jedeš na majáky, respektuj ostatní řidiče a chodce. Nemusí tě vidět ani slyšet. Nesnaž se cestou nikoho vychovávat a školit. Důležité je dojet, nikoliv být první.
- Počítej vždy s horší variantou a nic tě nezaskočí nepřipraveného. Nikdy nechod' situaci a pacienta „nejdřív obhlédnout“ nebo jednoho dne budeš resuscitovat holýma rukama.
- Na začátku každé směny zkontroluj kromě dalšího zejména vysílačku, kyslík, baterie i lékárnu a spotřebovaný materiál doplňuj ihned. Hromadné neštěstí přijde zrovna v ten den, kdy to neuděláš.
- Parere není zbytečné papírování, ale nutnost. Pečlivost je na místě – jedině tím se můžeš vysekat z problému. Nech si do něho také vždy potvrdit předání pacienta a jeho osobních věcí, vyhneš se tak mnoha komplikacím.
- S nikým na výjezdu, ani s přijímacím personálem, se nemá cenu hádat. Problémy je nutné vždy nahlásit dispečinku.

- Opatruj majetek záchranky jako by byl tvůj, šetříš i svou kapsu. Kromě toho za pár dní může tvým kolegům pomoci zachránit život tobě nebo někomu z tvých blízkých.
- Vždy používej předpisové oblečení, ochranné pomůcky, v autě se připoutávej. Děláš to kvůli sobě a své rodině.
- I když to jiní možná nedělají, ty chraň dobré jméno záchranky, protože její image nevytvářejí drahé přístroje, ale především lidé. Svě dobře odvedené práce si važí. Jednak to přinutí tebe odvádět ji ještě lépe a také to přinutí ostatní, aby i oni pracovali svědomitě.

Dle Šeblové (2011, s. 215) jsou ve zdravotnictví uplatňovány následující čtyři základní bioetické principy:

- Příkaz neškodit, neublížit (princip non-maleficence).
- Konat ku prospěchu pacientů (princip beneficence).
- Respekt k autonomii jedince (včetně práva na odmítnutí léčby).
- Princip spravedlnosti (rovnost přístupu k poskytované péči).

V praxi urgentní medicíny se některé uvedené principy mohou dostat do rozporu. V časové tísní a za určitých specifických okolností mohou nastat konflikty mezi principem okamžité pomoci pacientovi a neumožnění odmítnutí léčby (pacient v bezvědomí). Často je nutné direktivnější vystupování než je běžné v jiných oborech, při hromadném výskytu poraněných je porušováno poskytování péče všem (jak bylo zmíněno v předcházející kapitole). Porušení některého z uvedených principů nelze pokládat za automatické a musí být omezeno jen na dobu trvání konkrétní krizové situace.

Podle definice je etika teorií morálky a zabývá se mravním jednáním, problematikou mravních norem a hodnot a svědomím. Morálce, která je vlastně souborem společenských pravidel, příkazů a hodnot, je nadřazena. Pro lékaře vyvstane etické dilema v okamžiku, kdy pro danou situaci není vědecky podložené jednoznačné řešení a lékař musí provést rozvahu mravní povahy. S etickými problémy v medicíně jsou obvykle spojována témata jako eutanazie, komunikace s umírajícími a obecně široké téma paliativní medicíny, otázky spojené s počítáním, reprodukcí, klonováním a zásahy do genomu, problematika transplantací a další témata. Urgentní medicína charakterem své činnosti nastoluje poněkud odlišné spektrum problémů, které

souvisejí s etikou, a má některá oborově specifická etická témata (Šeblová, 2011, s. 215):

- Aplikace práv pacienta v podmínkách časové tísně a život ohrožujících situací – míra spolurozhodování a autonomie pacientů, specifické aspekty rozhodování lékaře (zdravotníka) v časové tísně.
- Otázky spojené s resuscitací – otázka indikací a kontraindikací (zahájit nebo nezahájit oživovací postupy), přítomnost příbuzných na místě resuscitace nebo naopak zahájení resuscitace bez znalosti postojů rodiny a pacienta a často i bez relevantních anamnestických dat, délka resuscitačních pokusů, podmínky ukončení resuscitace (obecně stanoveno 30 minut, u podchlazených tonoucích a dětí záleží na konkrétních okolnostech každého případu).
- Problematika třídění raněných při hromadném výskytu postižených a obecně nedostatek personálních a technických zdrojů, což může výjimečně nastat i za běžného provozu (zdravotnické asistence při oslavách konce roku – krátkodobé vyčerpání kapacitních možností záchranné služby).

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

Cílem praktické části diplomové práce je analýza problematických momentů v komunikaci dispečerů zdravotnického operačního střediska s volajícími na tísňovou linku 155. Zjištěné nedostatky jsou odstraněny formou komunikačních pokynů a zásad v přiloženém manuálu, který by měl pomoci dispečerům snáze se orientovat ve správně vedené komunikaci.

Autorka diplomové práce si stanovila následující hypotézu: v podmínkách urgentní medicíny je znalost správně vedené komunikace dispečera s volajícím zcela zásadní.

### **3 ÚKOLY ZDRAVOTNICKÉHO OPERAČNÍHO STŘEDISKA (ZOS)**

Pojem „operační středisko“, jakkoliv je široce používán, nemá u nás dosud přesnou zákonnou definici. Pro naše účely patrně nejlépe poslouží specifikace místa, jehož základními úkoly jsou kvalifikovaný příjem informací, jejich vyhodnocení z hlediska naléhavosti zásahu a požadavku na typ výjezdové skupiny a poté vyslání adekvátní pomoci. Dle Fraňka (2010, s. 13) lze úkoly ZOS definovat v bodech takto:

- Příjem tísňové výzvy („call-taking“).
- Operační řízení.
- Informační služby.

Příjmu tísňové výzvy jsou věnovány dvě následující kapitoly.

Operační řízení představuje vysílání a koordinaci činnosti výjezdových skupin jak vzájemně, tak s ostatními zasahujícími subjekty a zdravotnickými zařízeními. Informační služby zahrnují zajištění přístupu výjezdových skupin i veřejnosti k informacím, které se týkají zdravotnických služeb. Do této oblasti patří i poskytování odborných rad a doporučení po telefonu (telemedicína). Řečeno jednou větou, je hlavním úkolem ZOS „použití správných zdrojů ve správný čas na správném místě“. Podstatným aspektem práce dispečera je skutečnost, že je většinou prvním zdravotnickým pracovníkem, který je přítomen na místě události. Přestože není přítomen fyzicky, může na dálku řídit aktivitu laických záchránců až do příjezdu první profesionální posádky. Kromě vyhodnocení situace na místě, je standardní součástí

příjmu tísňové výzvy i poskytnutí informací a instrukcí volajícímu. Jde o informace s cílem uklidnit volajícího (především informací, že pomoc už je na cestě), poskytnout instrukce k provedení výkonů první pomoci nebo k zabránění dalších následků (při zhoršení stavů ještě zavolejte), připravit optimální situaci pro příjezd posádky (přístup do domu, otevřené dveře, připravené doklady, léky atd.) a v neposlední řadě je jejich úkolem i „zaměstnat“ volajícího do příjezdu záchranky. Zvláštní význam má v indikovaných případech poskytování podrobných instrukcí k provedení úkonů první pomoci u život ohrožujících stavů (telefonicky asistovaná první pomoc – TAPP). Tyto instrukce by neměly být poskytovány improvizovaně, ale na základě přesného a jasného manuálu. V minimálním časovém prostoru a pod velkým psychickým tlakem vede případná improvizace zákonitě k chybám, na jejichž identifikaci a nápravu již zpravidla není čas.

Hlavním podkladem pro rozhodování v rámci operačního řízení je výsledek příjmu tísňové výzvy. Dalšími významnými faktory jsou celková situace na daném území, konfigurace komunikací a terénu, situace ve zdravotnických zařízeních atd. Cílem aktivního operačního řízení je optimalizace fungování systému jako celku. Součástí operačního řízení je i vzájemná koordinace činností jednotlivých výjezdových skupin, jakož i koordinace činností s ostatními zasahujícími složkami IZS a dalšími subjekty podle potřeby, včetně meziregionální spolupráce.

V některých systémech zprostředkovává ZOS i zpětnou vazbu mezi posádkami a cílovými zdravotnickými zařízeními – avizuje příjezd pacienta, případně poskytuje přehled o volných lůžkách intenzivní péče.

Podle možností a požadavků poskytuje ZOS zasahujícím posádkám i dalším subjektům informační podporu – např. zprostředkovává přístup do znalostních databází a expertních systémů, zajišťuje potřebné spojení a konzultace, předává informace z ostatních informačních kanálů apod.

Jakkoliv to není jeho primárním úkolem, je ZOS přirozeným kontaktním a informačním místem i pro veřejnost a to nejen ve vztahu k přednemocniční péči – vedle příjmu tísňové výzvy jde např. o informace při pátrání po osudu příbuzných – ale poskytuje zpravidla také obecnější informace o fungování a dostupnosti zdravotnických služeb v dané oblasti. Často je tato služba rozšířena i o poskytnutí jednoduchých doporučení, jak řešit běžné zdravotní potíže.

Se vzrůstající cenou práce lékařů je celosvětovým trendem postupné omezování rozsahu ordinačních hodin a zejména pohotovostních služeb praktických



a všeobecných lékařů (u nás „lékařské služby první pomoci – LSPP“). V souvislosti s tím se tyto služby stále více centralizují v nemocnicích, v nichž má ale péče neosobní charakter a návštěvní služba není k dispozici. Současně celosvětově roste počet tzv. „psychosociálních“ tíšňových stavů, které jsou výsledkem kombinace dlouhodobých zdravotních problémů a tíšňivých sociálních podmínek. Tento problém není běžná primární péče zpravidla schopna řešit a v určitém okamžiku se pacienti nebo jejich okolí rozhodnou kontaktovat tíšňovou službu. To s sebou nese vzrůstající zatížení zdravotnických operačních středisek a objevuje se nový fenomén telefonických konzultací resp. „telemedicíny“. V některých zdravotnických systémech již dnes existují specializovaná call-centra, úzce spolupracující s praktickými lékaři, pro které provádí přesně definované třídění, telefonické poradenství včetně dokumentace a v případě vážnějšího stavu zprostředkují i kontakt s příslušným lékařem. *„Telemedicina je velkým pomocníkem, který dokáže významně odlehčit systému záchranné služby. Pokud ale neexistují kontrolní mechanismy (zpětná vazba) ověřující, zda pacient, jemuž byla např. poskytnuta rada k samoléčení, skutečně nebyl závažně nemocný a tento postup byl adekvátní, představuje telemedicina doslova „časovanou bombu“, která dříve či později vybuchne – dojde k závažnému pochybení, často s vážnými důsledky pro organizaci i dispečera.“* (Franěk, 2010, s.15).

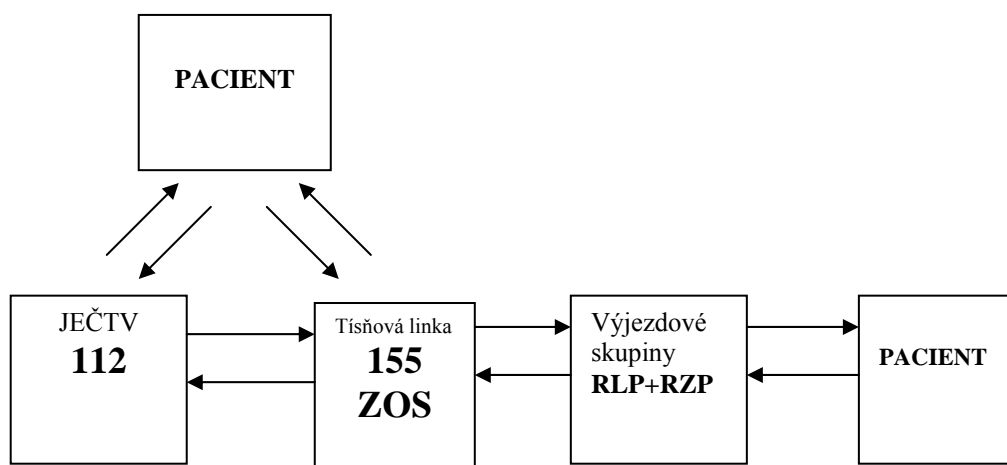
Základem informačního systému jsou mapové podklady, které jsou vyvinuty dle potřeb záchranných služeb. V grafické podobě má každý operátor k dispozici nepřetržitě aktualizovanou informaci o momentálním stavu a poloze každé posádky, o počtu a stavu rozpracovaných případů a o případech čekajících na předání vhodné výjezdové posádky. Dále jsou přímo z tohoto „pracovního pultu“ dostupné podpůrné informační databáze (např. telefonní seznam, adresář, přehled volných lůžek, archiv ošetřených pacientů atd.). Díky identifikaci volajícího čísla je možné při volání z pevných telefonních linek určit adresu volajícího. V případě volání z mobilního telefonu je tato lokalizace nepřesná a liší se dle jednotlivých operátorů od cca 500 metrů do dvou kilometrů.

V dispečerském programu jsou dokonale evidovány veškeré informační toky tj. digitální zvukové záznamy – seznamem veškerých hovorů počínaje a záznamem času veškerých aktivit výjezdových skupin konče. V případě potřeby lze zpětně sestavit podrobný rozbor činností operátorů a posádek v konkrétních případech například při vyhodnocování různých statistických sestav.

## 4 REŽIM ZPRACOVÁNÍ TÍŠŇOVÉ VÝZVY

Nejobvyklejším způsobem komunikace osoby v tísni s příslušnou tísňovou službou je, a patrně dlouhodobě bude, telefonický rozhovor. Dá se říci, že až právě masové zavedení telefonů umožnilo vznik skutečně funkční záchranné služby v tom smyslu, jak ji známe dnes.

Obrázek 1: Schéma aktivace výjezdu záchranné služby



Zdroj: Ernestová, 2011, s. 35.

(ZOS – zdravotnické operační středisko, RLP – posádka rychlé lékařské pomoci, RZP – posádka rychlé zdravotnické pomoci, 112 – jednotné evropské číslo tísňového volání).

Postupem času se ukázalo jako účelné, aby tísňové linky měly vlastní vyhrazená, snadno zapamatovatelná čísla. Zpočátku to byla v různých místech různá čísla běžné délky – např. v Praze číslo 60 727 a později 77 777. Začátkem sedmdesátých let minulého století byla v ČR na základě vládního usnesení zavedena tři celostátně jednotná známá a doposud platná čísla: 150 (hasiči), 155 (záchranná služba) a 158 (policie), k nimž v devadesátých letech přibylo ještě číslo 156 (městská policie) a s nástupem mobilních sítí GSM i universální tísňové číslo 112.

Celosvětově existují v zásadě dva přístupy k organizaci tísňových volání. Specifická čísla pro jednotlivé tísňové služby nebo jednotné číslo pro všechny s tím, že centrum zpracovávající tísňová volání může fungovat ve dvou základních modifikacích – hovor je přepojován na samostatná operační střediska jednotlivých složek nebo jde o společné operační středisko více složek s různou mírou integrace. Oba přístupy mají svoje kladné i záporné stránky. Klady jednotného čísla jsou následující:

- Je snadno zapamatovatelné.
- Stačí znát jediné číslo při potřebě více služeb.
- Jazyková vybavenost dispečerů by měla být standardem.
- Filtr nepatřičných a škodolibých volání, které již neblokuje konečná příjmová místa.

Zápory jednotného čísla:

- Časové ztráty při přepojování hovorů
- Riziko selhání celého systému, nedostupnost všech služeb.
- Velké množství nepatřičných volání.
- Zahlcení tísňového volání i při závažné události jednoho typu (mnoho volajících zároveň).
- Chybějící zpětná vazba od poskytovatelů.

V případě využití specifických čísel je významným kladem minimalizace časových ztrát, volající má možnost samostatného výběru vhodné služby. Je důležité si uvědomit, že v život ohrožujících situacích může mít několikaminutové zdržení přivolání odborné zdravotnické pomoci fatální následky. Finančně náročnější infrastruktura na straně telekomunikačních společností při systému více specifických čísel ztrácí ve spojitosti s tímto faktem na významu. „Zdá se tedy, že funkčně optimální (ovšem nejdražší) model spočívá ve společné existenci přímých specifických čísel a univerzálního tísňového čísla pro ty, kteří neznají, nemohou nebo nechtějí volat přímá tísňová čísla.“

*„Jednotné evropské číslo tísňového volání 112 (JEČTV 112) bylo oficiálně zprovozněno rozhodnutím Evropské komise č. 396/1991 z 29. 6. 1991. Během následujících deseti let bylo implementováno do všech národních systémů tísňového volání, v drtivé většině států ovšem jako doplňkové číslo k nadále platným přímým národním číslům.“* (Franěk, 2011, s. 21). Ve většině států EU tedy nadále existují přímá národní tísňová čísla pro všechny složky nebo alespoň oddělené číslo pro policii. Pouze v několika zemích Evropy – Švédsko, Dánsko, Finsko, Nizozemí, Portugalsko, Rumunsko, Velká Británie, Irsko – v současné době existuje, a to často historicky, nikoliv v souvislosti se vznikem JEČTV, skutečně pouze jedno univerzální tísňové číslo.

V České republice je linka 112 v provozu od roku 1996. Zpočátku byla tato linka směřována na operační střediska krajských správ policie. V roce 2000 přijala vláda ČR

Usnesení č. 391/2000, které přeneslo odpovědnost za obsluhu čísla 112 na hasičský záchranný sbor (HZS) a od 1. 6. 2002 došlo k přesměrování volání na linku 112 na jeho krajská operační a informační střediska.

Požadavky dostupného hovoru na číslo 112 z jakéhokoliv telefonu ve všech zemích, včetně telefonu zablokovaného např. pro neplacení účtů, nejsou dle Fraňka (2010, s. 22) ještě důsledně implementovány. Podpora tísňového volání na číslo 112 je součástí technické normy mobilních sítí systému GSM. Z telefonů systému GSM je možné uskutečnit volání na linku 112 i bez vložené SIM karty.

V současné době neexistuje celostátně přesná a jasná metodika spolupráce mezi dispečery linky 112 a jednotlivými zdravotnickými operačními středisky (ZOS). V zásadě operátoři linky 112 orientačně zjišťují základní údaje o události a následně hovor – spolu s odesláním datové věty – přepojují na příslušné ZOS.

Ve snaze snížit celkovou investici a zlepšit vzájemnou koordinaci mezi jednotlivými službami vznikají na některých místech prostorově nebo funkčně sdružená operační střediska. Jak samostatná, tak integrovaná řešení mají své odpůrce i příznivce. V současnosti nejsou k dispozici jednoznačná fakta svědčící pro jeden nebo druhý model budování operačních středisek.

Z hlediska celkového uspořádání by se mělo ZOS skládat nejméně z těchto oddělených místností:

- dispečerský sál rozdělený na jednotlivá dispečerská pracoviště,
- taktická místnost pro řešení mimořádných událostí,
- technologická místnost,
- místnost pro odpočinek personálu ve směně,
- šatny, kuchyňka, sociální zázemí,
- výcviková a školící místnost,
- kancelář.

ZOS by mělo být provozováno jako pracoviště se speciálním režimem, oddělené od ostatních prostor v budově, s důsledně omezeným přístupem osob. Tato omezení jsou pochopitelná z důvodů bezpečnostních i z důvodu zamezení rozptylování a zajištění soustředění a klidu dispečerů při jejich náročné práci.

## 5 KOMUNIKACE S VOLAJÍCÍM

*„První z důležitých informací, kterou by si měl dispečer vždy uvědomit, je vztah volajícího k události nebo k osobě, vyžadující pomoc. Podle tohoto vztahu lze rozlišit volání z tzv. první, druhé nebo třetí ruky.“ (Franěk, 2010, s. 42).*

Hovory z první ruky jsou takové, kde volajícím je sám člověk v tísni. U těchto hovorů se můžeme poměrně dobře spolehnout na informace o zdravotním stavu. Na druhou stranu je třeba mít na mysli, že volající zpravidla bývá na místě sám a pro případ jeho kolapsu ještě před příjezdem výjezdové posádky je primárně důležité co nejdříve získat adresu místa zásahu a nejpodstatnější instrukcí na závěr je prosba o zajištění přístupové cesty k pacientovi. Volání z první ruky tvoří kolem 10-20% převzatých případů.

Hovory z druhé ruky představují volání osoby-svědka, která se nachází na místě události. Tyto informace lze považovat za relativně spolehlivé, nicméně lze se setkat s odpovědí „nevím“, případně se zkreslenými údaji. Hovory z druhé ruky jsou typické pro události v bytech a na pracovištích a tvoří kolem 75% nahlášených událostí.

Obtížnou práci dispečerů představují hovory z třetí ruky, tj. hovory od volajících, kteří nejsou přítomni na místě zásahu. Do této skupiny patří i případy předávané z jiných operačních středisek (zejména policie a JEČTV 112), z dispečinku dopravců, taxislužby atd. Často jde o volání známých a přátel, kterým pacient předtím sám volal. Dispečer často dostává neúplné, matoucí a velmi nepřesné informace. Volání z třetí ruky jsou typická pro úrazy např. při dopravních nehodách a obecně pro zásahy mimo bydliště či pracoviště např. volání z recepcí hotelů, dozorčí služby obchodních center apod.

Tísňová linka je pro mnoho lidí jediným místem, kam se mohou obrátit v případě zdravotních potíží. Často jde o hovory nezávažného charakteru – o banální zdravotní problém nebo o poskytnutí organizačních informací např. ordinační hodiny lékařů nebo dostupnost zdravotnické péče. S těmito hovory by mělo zdravotnické operační středisko počítat a mělo by být připraveno k jejich řešení vstřícně a přesně, bez přezíravosti a zlehčování situace volajícího.

V případě tísňového volání je úkolem ZOS získat kvalitně a efektivně všechny potřebné informace o případu. Všeobecnou vlastností dispečera by měla být asertivita, neboli

schopnost nenásilného prosazení svých názorů a schopnost nalezení racionálního konsenzu např. s vysoce rozrušeným volajícím.

Zásady pro komunikaci v průběhu tísňové výzvy jsou následující:

- Základem je rychlá odezva na příchozí volání.
- Obsah a tón první věty často rozhoduje.
- Vžití se do situace volajícího.
- Volající je rovnocenný partner.
- Dejte najevo, že rozumíte.
- Nezlehčujte situaci.
- Pozitivní, klidný, věcný přístup.
- Rozhodující je CO volající říká, a ne KDO a JAK to říká.
- Hovor musí být řízený – standardní struktura a jasná linie.

Vhodné otázky	Nevhodné otázky
Řekněte mi, z jakého čísla voláte. Jaké je číslo telefonu, z něhož voláte?	Odkud voláte? Z čeho voláte? (Není jasně patrná požadovaná informace)
Na jaké adrese je pacient? Jak se jmenuje ulice, kde je ta nehoda?	Kde jste? Dejte mi adresu! Odkud voláte?
Konkrétní a určitý dotaz: Jak dlouho asi trvají ty bolesti? V kolik hodin to začalo?	Jak na tom je? Co ji schází? (Příliš obecné otázky)
Dýchá normálně? Slyšíte nějaké neobvyklé zvuky při dýchání? Dýchá se mu tak špatně, že nemůže ani mluvit? Zvedá se mu při nádechu hrudník? Vnímá vás? Když na ní promluvíte, odpoví? Když ho poplácáte po zádech, otevře oči?	Jak dýchá?       Je při vědomí? (Pojmy vědomí/v bezvědomí nejsou nijak jasně definované)

Rychlost převzetí výzvy má samozřejmě svůj význam pro včasný výjezd posádek v sanitních vozech, ale v zásadě platí, že práce dispečera by měla být především kvalitní a až následně rychlá. Hovor vyřízený s nedostatečnou pečlivostí může mít velmi negativní důsledky pro pacienta. Ať už kvůli chybné lokalizaci nebo následkem nesprávné klasifikace a indikace. Doporučení správného postupu v těchto bodech komunikace jsou uvedena v příloženém komunikačním manuálu.

Zdrojem nedorozumění a problémů bývají opakovaná volání. Vždy je třeba se ujistit, že jde skutečně o týž případ a ne o náhodný výskyt dvou podobných případů v blízké lokalitě. Další rizikovou situací je hovor, kdy volající z místa oznamuje, že pomoc již není třeba např. protože pacient po kolapsu již odešel. Je potřeba s úplnou jistotou ověřit, že nemůže jít o záměnu s jinou paralelně řešenou událostí.

*„Krátká čísla tísňových linek, některé technické pomůcky např. možnost vytočení čísla 112 i při zamčené klávesnici u většiny mobilních telefonů, ale také bezplatnost volání na tísňové linky vede k tomu, že velké množství příchozích hovorů nejsou tísňové hovory, ale omyly nebo dokonce zlomyslná volání. Podle dostupných informací se podíl těchto hovorů pohybuje na tísňových linkách u zdravotnických služeb do 30%, zatímco např. univerzální tísňová čísla zaznamenávají až 80% zlomyslných a nepatřičných volání.“ (Franěk, 2010, s.50).*

Důvodem volání na tísňovou linku bývá krizová situace, volající je zpravidla ve stavu stresu a jeho logickým požadavkem je okamžité vyslání maximální možné pomoci. Komunikace dispečera by měla být empatická, klidná a měla by probíhat přiměřeně ke schopnostem volajícího. Volající musí z hlasu a obsahu hovoru dispečera vycítit, že se dovolal na místo, kde mu bude poskytnuta profesionální pomoc. Pro volajícího jsou nesmírně důležité pozitivní informace, které mohou vést k významnému uklidnění situace. Tyto aspekty vhodné komunikace jsou zmíněny v příloženém komunikačním manuálu.

V případě, že se situace z jakéhokoliv důvodu dostává mimo zónu racionálního uvažování je nanejvýš žádoucí zabránit další eskalaci napětí a nejjednodušším řešením je předání problematického případu k vyřízení jinému dispečerovi. Pouze ve zcela neudržitelných situacích, kdy je volající zcela nekomunikativní, je účinné ukončení hovoru a zpětné zavolání za několik desítek sekund, během kterých má volající i dispečer možnost odstupů od komunikační slepé uličky. Všeobecně platí, že na úspěchu komunikace se z 85% podílí empatické chování, aktivní přístup a nabídka reálného řešení, zatímco vlastní medicínská odbornost se na něm podílí pouze 15%.

Na tísňovou linku přichází i volání, jejichž obsah může svědčit o akutní psychické poruše volajícího, případně o jeho opilosti nebo intoxikace jinou návykovou látkou. Je obecnou tendencí tato volání podceňovat, přitom nelze vyloučit jejich zcela racionální základ. Opilý volající může být ve skutečnosti osoba postižená cévní mozkovou příhodou, která je příčinou potíží s výslovností nebo vydávání nesrozumitelných zvuků. Přestože volající popisuje absurdní a neuvěřitelné situace, může mít pravdu. Pokud není spolehlivě ověřeno, že si vymýšlí, nelze volajícího považovat za pacienta trpícího poruchou psychiky.

V případě blokace hovoru je nutné tuto skutečnost volajícímu sdělit společně s důvodem zablokování a požádat ho o setrvání na lince. Pokud je nutné hovor přepojit, náleží tato informace volajícímu společně s příslušným číslem, na které bude přepojen.

K omylům často dochází při nevhodném uložení mobilního telefonu a náhodnému vytočení čísla tísňového volání. Jakkoliv jsou tato volání obtěžující a při velkém výskytu mohou být pro personál demotivující, zpravidla neznamení závažnější kapacitní potíže z hlediska provozu zdravotnického operačního střediska. Naopak zlomyslná volání jsou zpravidla úmyslně vedena osobami s psychickou poruchou nebo dětmi, které si pro svůj věk neuvědomují možné následky svého jednání. Ve většině případů se jedná o velmi krátké hovory, které obsahují vulgarismy, sexuálně motivovaná sdělení, výčitky nebo výhrůžky. Situaci je možné řešit pomocí policie nebo Českého telekomunikačního úřadu. Dalším druhem volání jsou tzv. klamavá volání. Taková jednání jsou vedena osobou, která se snaží dosáhnout vyslání sil a prostředků dané složky nebo složek k neexistující události. Důvodem může být sociálně patologická zvědavost, vyřizování účtů mezi sousedy nebo příbuznými nebo „pomsta“ dané službě. Na rozdíl od obtěžujících volání mají klamavá volání za následek omezení dostupnosti dané služby na určitou dobu a z tohoto důvodu jde o vysoce nebezpečný jev, který může v případě dobře organizovaného útoku vést až ke krátkodobému zahlcení daného tísňového systému. Zlomyslná volání jsou jednou z nejzákladnějších situací pro dispečery ZOS. Pokud hlášení popisuje závažný stav, nezbyvá jim než reagovat standardním způsobem, přestože s vysokou pravděpodobností tuší, že jde o zlomyslné volání. Současná legislativa umožňuje v těchto případech uložení pokuty až do výše 100 tisíc korun a v úvahu přichází i vznesení obvinění z trestného činu obecného ohrožení. Podle novely zákona o elektronických komunikacích z roku 2010 je možné požádat operátora o zablokování příslušného koncového zařízení. Nicméně v praxi se zatím nepodařilo stanovit mechanismus blokování a toto ustanovení se nepoužívá.



Komunikační postupy zdravotnického operačního střediska by měly zahrnovat i situace, kdy mezi volajícím a dispečerem vznikne jazyková bariéra. Pokud jde o rozhovor v některém z rozšířených jazyků, je zpravidla k dispozici možnost konferenčního hovoru s TCTV 112 s jazykově vybaveným dispečerem. Největším problémem jsou hovory příslušníků uzavřených přistěhovaleckých komunit, které hovoří exotickými jazyky. Dobrým komunikačním prostředníkem jsou v těchto případech děti, které navštěvují místní školy a rychle ovládnou místní jazyk.

Mimořádnou pozornost dispečera vyžaduje rozhovor se sluchově handicapovanou osobou. Kromě dostatečné hlasitosti je zde velmi významná správná artikulace a zejména správné tj. pomalejší tempo řeči. Moderní dispečerské systémy umožňují převzetí tísňové výzvy i od osob postižených v oblasti hlasové komunikace. A sice prostřednictvím faxových nebo krátkých textových zpráv SMS. Je ovšem nutné počítat s tím, že psaný projev mnoha neslyšících bývá značně nestandardní a vyhodnocení tísňové výzvy nesnadné.

Obecně oblíbené tvrzení o tom, že volající v život ohrožujících situacích jedná nekomunikativně či hystericky se nezakládá na pravdě. Výzkumy publikované ve Spojených státech a potvrzené i vlastními zkušenostmi dispečerů svědčí o tom, že průměrné ohodnocení volajícího na pětistupňové škále se pohybuje kolem známky 1,3. Průměrný volající je tedy překvapivě klidný a spolupracující. Zajímavé je, že horší klasifikace často dosahují osoby, které oznamují na tísňovou linku méně závažné události. I přes uvedené pozitivní hodnocení průměrného volajícího je logické, že je volající v tísní a ve stavu stresu a jeho požadavkem je okamžité vyslání maximální možné pomoci. Nesmírně důležité jsou pro volajícího pozitivní informace, které vedou k významnému zklidnění situace.

Velmi důležitým faktorem, který negativně působí na práci dispečera, je jeho vlastní stres. Nejčastější příčiny psychické zátěže zaměstnanců zdravotnického operačního střediska lze rozdělit do následujících stresových skupin:

- *Časový stres*: operátoři si často stěžují na nedostatek času při plnění svých povinností, protože komunikace s volajícími vyžaduje i mnohé další činnosti např. dobrou orientaci ve spádovém regionu, administrativní činnosti ZOS apod.
- *Stres ze zodpovědnosti*: stres, který je u operátorů spojen s pocitem rizika při výkonu profese. Práce operátora je z hlediska zodpovědnosti nejnáročnější. Rozhodují často o životě a smrti člověka, nemají přesný náhled na řešené situace, řeší je pouze na základě zprostředkovaných informací od volajících.

Případná chyba může mít fatální následky bez možnosti opravy. Pocit bezmoci u beznadějných případů.

- *Stres vnitřního nesouhlasu*: je důsledek nespravedlivé kritiky nadřízených nebo kolegů, především výjezdových posádek zdravotnické záchranné služby, které řeší předané výzvy. Stres je zapříčiněn také nespravedlivou kritikou některých pacientů, jejich blízkých, ale i médií, které svými výroky snižují sebevědomí nejen operátorů ale všech zdravotníků.
- *Stres nepříznivých pracovních podmínek*: do této skupiny patří především hluk a shon na pracovišti, trvalá nutnost mít na uších náhlavní soustavu, světlo z monitorů atd.
- *Stres vyvolaný nepohodlnou pozicí* při plnění pracovních úkolů. Jako stresor může působit především trvalé sezení, pozvednuté paže, dlouhodobé zatížení krční páteře.
- *Stres z trvalého nedocení práce dispečerů*.

*„Stres vyvolává nejen specifický prožitek, ale i řadu změn na úrovni fyziologické, projevující se např. bušením srdce, nechutenstvím, kožními vyrážkami, křečovými stavy svalstva atd. Stres ovlivňuje i oblast psychickou, problémy v této oblasti se objevují na emocionální úrovni například výraznými výkyvy nálad, citovým ochladnutím, pocity vyčerpání a chronické únavy, objevuje se napětí, deprese, hněv, snížení sebehodnocení. V oblasti chování můžeme pozorovat snížení výkonu, změny vztahů k lidem i k sobě, neklid, nervozitu, ztrátu chuti k jídlu a naopak přejídání.“ (Řezáč, 1998, s. 54).*

Uvedené změny na jedince negativně působí a vytváří se začarovaný kruh, který hraje značnou roli při vzniku příčin různých onemocnění. Chronicky nevládnutý stres pak bývá často spouštěcím mechanismem řady negativních fyzických a psychických reakcí, označovaných jako syndrom vyhoření (anglický výraz „burnout“). Jeho důsledkem je mimo jiné tělesné zhroucení, pocity bezmoci a beznaděje, ztráta iluzí, narušení interpersonálních vztahů, nárůst konfliktních situací nejen na pracovišti, ale i v rodině postiženého, v závažnějších případech užívání návykových látek, manželský rozvrat nebo ztráta zaměstnání, negativní postoj k životu.

Definic syndromu vyhoření je veliké množství. Pro potřeby této práce je využita definice Křivohlavého (1998, s. 10): *„Burnout je formálně definován a citově prožíván jako stav tělesného, citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání,*

*způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost je nejčastěji způsobena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy.“*

Proces, jehož vrcholem je vyhoření, většinou trvá mnoho měsíců a let. Probíhá v následujících fázích, které mohou být různě dlouhé:

- Fáze nadšení: jedinec má vysoké ideály, plní úkoly a velmi se angažuje pro zdravotnické zařízení a pacienty, pracuje s vysokým osobním zaujetím. Problémy a konflikty má tendenci vztahovat na vlastní osobu a pokud se objeví problém, který není schopen aktuálně řešit, často ho považuje za osobní selhání.
- Fáze stagnace: ideály a předsevzetí se nedaří vždy plně realizovat. Začínají se měnit. Požadavky zdravotnického zařízení a pacientů začínají jedince postupně více a více obtěžovat.
- Fáze frustrace: jedinec začíná vnímat své okolí, zejména volající negativně, jako překážku, která mu brání k dosažení cíle nebo cílů. Cítí se stále více ohrožen, je zklamán profesí.
- Fáze apatie: mezi jedincem a okolím vládne nepřátelství. Zpravidla dělá jen to nejnnutnější, vyhýbá se odborné diskuzi, dalšímu vzdělávání a jakýmkoliv aktivitám. Chování jedince vůči okolí je často nepřátelské.
- Fáze vyhoření: jedinec se dostává do stádia úplného vyčerpání.

Z obecného hlediska je tedy primárním cílem udržet dispečera v duševní pohodě, ve které je schopen s klidem a přehledem řešit rychle a přesně úkoly, které práce na zdravotnickém operačním středisku vyžaduje. Prostředky k dosažení tohoto cíle jsou zejména:

- Adekvátní výcvik a odborná příprava.
- Stanovení přesných pravidel a postupů pro jeho práci.
- Jistota opory ve vedení organizace.
- Péče o optimální pracovní podmínky.
- V případě nutnosti zásah profesionálního psychologa.

Adekvátní výcvik a odborná příprava, včetně nácviku komunikace s volajícím v krizi, jsou zcela zásadní, ale velmi často zcela opomíjené podmínky práce dispečera. Stanovení co nejpřesnějších pravidel a pracovních postupů omezí nutnost improvizace

a stresu z obav o správnosti rozhodnutí. Pravidla musí být nejen stanovena, ale dispečer je musí dobře znát a řídit se jimi. Patří sem důkladné vstupní školení, periodické opakovací kurzy, tréninky a také systematická kontrola a hodnocení dodržování postupů. Mimořádně významná je jistota opory ve vedení organizace. Dispečer by si měl být jistý, že pokud bude pracovat v souladu s platnými předpisy, vedení se za něho v případě sporu postaví. Součástí boje se stresem by měla být péče o optimální pracovní podmínky. V případě dlouhodobých potíží je zcela na místě zásah profesionálního pracovního psychologa, který může dispečerovi nabídnout pomoc s rozbořením příčin a s překonáním kritického období profesní kariéry.

## 6 Příjem tísňové výzvy

Obecně lze říci, že cíle příjmu tísňové výzvy jsou následující:

- zjistit kontakt na volajícího a ověřit charakter volání tj. zda skutečně jde o zdravotnickou tísň,
- lokalizovat událost,
- podle stavu pacienta událost klasifikovat a zjistit další potřebné informace,
- rozhodnout o indikaci tj. naléhavosti události a následně o počtu a druhu zasahujících výjezdových posádek,
- informovat volajícího o nutných krocích do příjezdu záchranné služby.

*„Cílem příjmu tísňové výzvy není stanovení diagnózy. Takový požadavek by byl předem odsouzen k nezdaru. Stanovení diagnózy je často obtížné i při přímém kontaktu s pacientem, natož během rozhovoru s laikem.“* (Franěk, 2010, s. 60).

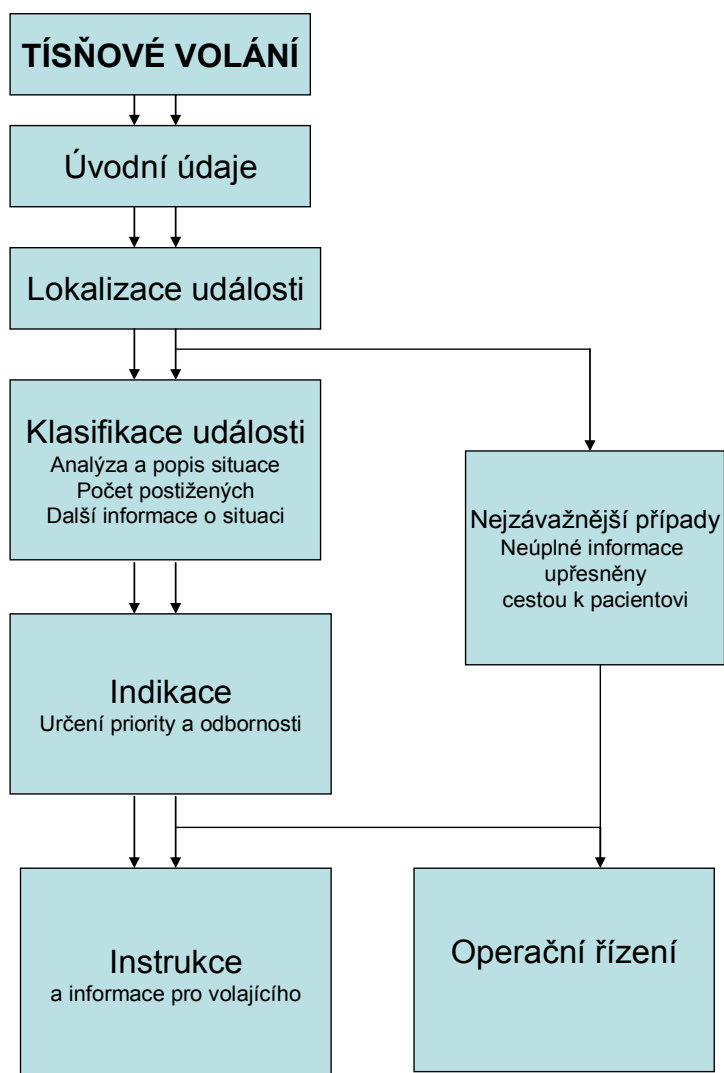
Jednotlivé části komunikace na sebe zpravidla vzájemně navazují podle níže uvedeného schématu. V zájmu urychlení reakce při závažných příhodách bývá často výjezdová skupina aktivována v okamžiku získání ještě neúplných informací. Paralelně s výjezdem pokračuje dispečer v rozhovoru s volajícím a další získané informace jsou posádce průběžně upřesňovány.

Příjem tísňové výzvy by měl začínat standardní úvodní frází. Hlavním úkolem této fráze je především identifikace druhu a místa služby, na kterou se volající dovolal, verbální vyjádření pomoci a převzetí iniciativy v hovoru směřující k získání všech potřebných informací pro vyslání adekvátní pomoci. Na úspěch a racionální způsob komunikace mezi volajícím a dispečerem má velký vliv první dojem. To znamená, že velmi významným pozitivním faktorem je proto uklidňující a vstřícný tón hlasu. Dalšími důležitými vstupními údaji jsou zjištění telefonického spojení na volajícího a klasifikace příchozího hovoru z hlediska jeho charakteru tj. zda jde o zdravotnické tísňové volání či nikoliv. Nejpodstatnějším požadavkem na úvodní část komunikace dispečera je převzetí iniciativy a efektivní vedení rozhovoru.

Získání kontaktu na volajícího znamená možnost zpětného volání v případě rozpadu hovoru nebo potřeby kontroly či upřesnění stavu nebo místa události. Zároveň umožňuje dodatečnou lokalizaci volajícího v případě volání z pevné linky například dojde-li ke kolapsu volajícího během telefonátu. V případě volání z mobilního telefonu není rychlá lokalizace volajícího možná. Na tomto místě je třeba zmínit skutečnost, že číslo volajícího je svým způsobem pouze pojistka pro řešení případných komplikací

během zásahu, pro vyslání pomoci není jeho znalost nezbytná a není účelné na tomto místě komunikačního procesu setrávat nepřiměřeně dlouho – je možné zjistit číslo dodatečně nebo na jeho zjištění rezignovat.

Obrázek 2: Schéma komunikačního procesu během zpracování tísňového volání.



Zdroj: Franěk, 2010. s. 61

Zcela klíčový význam pro vyslání pomoci volajícímu má správná lokalizace události. Je to jediný údaj, bez kterého se vyslání této pomoci skutečně neobejde. Každá lokalizace by měla být, pokud je to možné, ověřena „jinými slovy“ z důvodu vyloučení nebo minimalizace možného přeslechnutí nebo nedorozumění. To ale neznamená, že výjezdová skupina vyjíždí vždy až po úplném dokončení lokalizace. Ve vážných případech je výjezd zahájen již v okamžiku zadání pouze přibližné polohy události a informace jsou zpřesňovány až během jízdy k pacientovi. Volající je většinou schopen udat svou polohu prostřednictvím jednoznačné informace, tj. zpravidla udáním adresy nebo jednoznačně identifikovaného místa – například nádraží, čerpací stanice, zastávky MHD, železniční přejezdy apod. Zdravotnické operační středisko disponuje ve většině případů databází adres a zájmových bodů s jejich přesnou lokalizací a tak určení místa v naprosté většině výjezdů je bezproblémovou rutinní záležitostí. V současné době jsou běžně dostupné navigační prostředky využívající údaje z příjmu družicových signálů a stále častěji se stává, že volající udává svou polohu v terénu pomocí souřadnic.

Během hovoru s volajícím si musí dispečer utvořit představu o tom, co se vlastně na místě stalo a jaký je důvod pro výjezd záchranné služby. Tito zdravotníci se denně setkávají s nejširším spektrem událostí a čelí nejrůznějším problémům. Přesto musí ke každé události zaujmout stanovisko a zhodnotit ji, tj. událost klasifikovat. Na základě klasifikace pak dochází ke stanovení naléhavosti zásahu neboli k indikaci a určení potřebného typu výjezdové skupiny – ve většině případů je dostačující posádka rychlé zdravotnické pomoci (RZP), k nejméně závažným případům ohrožení života nebo zdraví vyjíždí společně s posádkou rychlé lékařské pomoci (RLP). V řadě zdravotnických operačních středisek probíhá rozhodování o klasifikaci a indikaci pouze na základě odborného názoru přijímajícího dispečera. Tento přístup založený na zkušenosti může být velmi efektivní, dokáže pružně reagovat na nezvyklé situace, ale také může být nepřesný a subjektivní. Čím větší a zatíženější dispečink, tím jsou rizika intuitivního rozhodování větší. V případě zpracování tísňového volání více dispečery je nezbytné, aby si oba představili pod stejnou klasifikací tentýž stav pacienta. Požadavky moderní medicíny na vyhodnocování a monitorování kvality práce vedly ke vzniku klasifikačních systémů, které obsahují definice určitých typických situací a stavů a zároveň obecná (formalizovaná) pravidla, podle kterých jsou jednotlivé události klasifikovány. Tato standardizace postupů je významnou prevencí pochybení, vede k přesnějšímu vyhodnocení závažných stavů a v případě následných sporů je pro dispečery dobrou ochranou. Pro správnou klasifikaci události má základní význam příčina stavu pacienta,

kvůli kterému je volána tísňová linka, tj. zda jde o nemoc nebo o výsledek působení vnějšího děje (např. úrazy, otravy). Zatímco v případě nemoci jde většinou o jednoho pacienta, ve druhé skupině se často jedná o více postižených – dopravní nehody, hromadné otravy, požáry. Pro zasahující posádky je důležité zjištění doplňujících informací o bezpečnostní situaci na místě nebo informací o dostupnosti pacienta včetně případné nutnosti spolupráce s dalšími složkami Integrovaného záchranného systému. Na rozdíl od získání úvodních informací je analýza situace a odpovídající klasifikace velmi složitý proces, který na dispečera klade vysoké požadavky z hlediska úrovně odborných praktických i teoretických znalostí a schopnosti rychlého a správného úsudku.

Další částí komunikačního procesu mezi dispečerem tísňové linky a volajícím je indikace. *„Z klasifikace zároveň zpravidla vyplývá určení stupně naléhavosti (priority) daného případu a požadovaného druhu (odbornosti) zasahující výjezdové skupiny.“* (Franěk, 2010, s.110). Naléhavostí se rozumí typ zdravotních potíží pacienta. Záchrané služby se nezabývají pouze nejtěžšími, život ohrožujícími stavy, ale řeší velké spektrum těžších, ale i lehčích stavů. Dobrou pomůckou pro určování stupně naléhavosti jednotlivých výjezdů posádek je vytvoření tzv. metodických pokynů, ve kterých má každý charakter události stanovenu odpovídající prioritu s následným uvedením výjezdové skupiny s přiměřenou odborností.

Důvody třídění výzev z hlediska priority a odbornosti jsou následující:

- Udržení volných zdrojů pro případ náhlé a nečekané situace.
- Optimalizace operačního řízení, tj. optimální fungování systému jako celku.
- Prevence nehod sanitních vozů, tj. stupeň priority ovlivňuje způsob jízdy.

Na rozdíl od naléhavosti je určení odbornosti zvolené výjezdové skupiny specifické pro každý systém přednemocniční péče. V současnosti je zajišťováno více než 80 procent objemu práce pražské záchrané služby posádkami rychlé zdravotnické pomoci (RZP), kterou tvoří řidič sanitního vozu (absolvent speciálního akreditovaného kurzu) a zdravotnický záchranář s vysokoškolským vzděláním. Na základě platné legislativy a chybějících kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků k určitým zdravotnickým úkonům musí být k nejdůležitějším případům, které dnes tvoří v Praze necelých 20 procent pacientů, přivolána posádka rychlé lékařské pomoci (RLP). V tzv. setkávacím systému se obě posádky setkávají u pacienta. Prakticky každá výzva, i když může znít zpočátku banálně, představuje určité riziko. Nikdy totiž nelze vyloučit, že se „v pozadí“ lehkého úrazu pacienta skrývá závažné onemocnění a celá událost



může skončit tragicky. Kontrola míry tohoto rizika pro jednotlivé klasifikace je jedním z významných úkolů managementu zdravotnického operačního střediska (ZOS). Na určení typu výjezdové skupiny k dané události, se tedy podílejí dva uvedené zásadní parametry: priorita (naléhavost) a požadovaná odbornost.

Součástí rozhovoru dispečera a volajícího na tísňovou linku musí být i předání instrukcí, tj. pokynů volajícímu, co ještě má udělat nebo čeho se má naopak vyvarovat.

Poskytování instrukcí má tyto cíle:

- uklidnit volajícího, tj. ujistit, že pomoc je již na cestě a předat mu jasné informace o tom, co se bude dít dál,
- snížit riziko dalšího poškození pacienta i případných záchránců,
- podle situace a možností instruovat k poskytnutí první pomoci,
- zajistit optimální podmínky pro zásah, tj. příprava dokladů, léků atd.
- zaměstnat osoby na místě a snížit pocit „pomalu ubíhajícího času“.

Povědomí o správných postupech při poskytování první pomoci a ochota ji v případě nouze poskytnout by měla být teoreticky samozřejmostí pro každého svéprávného jedince. Ve skutečnosti je ochotna pomoci jen menšina lidí, i když je třeba zmínit, že se situace ve srovnání s předchozími lety lepší a ochotných přibývá. U pacientů s náhlou zástavou dechu nebo oběhu má přitom laická (ideálně okamžitá) neodkladná resuscitace klíčový význam pro přežití bez zdravotních následků. Pro tyto nejvážnější případy byla vypracována metodika dispečera ZOS tzv. Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace (TANR). Podle této metodiky řídí dispečer po telefonu ochotného záchránce na místě události až do příjezdu posádky zdravotnické záchranné služby. Telefonická asistence má velký přínos v aktivaci jednání záchránce, v odstranění případných psychologických překážek, v motivaci a odborné podpoře jeho postupu. Odborné studie prokázaly, že TANR zvyšuje naději na přežití NZO v terénu až o 50 procent. Základem úspěšného vedení TANR je asertivní komunikace dispečera, který musí hovořit vstřícně, empaticky, ale důrazně. Musí hovor řídit a vést žádoucím směrem. Pokyny dispečera musí být jasné a srozumitelné. Ideální je průběžná komunikace s volajícím, která umožňuje dispečerovi povzbuzovat záchránce, kontrolovat postup a případně korigovat chyby.

## 7 OPERAČNÍ ŘÍZENÍ PROSTŘEDKŮ ZZS

Při práci na dispečerském pracovišti je nutná neustálá pozornost a hodnocení přicházejících aktuálních informací. A to nejen o nových událostech a poloze a stavu výjezdových skupin, ale také vyhodnocuje a analyzuje další vývoj zatížení systému.

*„Nejvýznamnější úlohou úseku operačního řízení zdravotnického operačního střediska je optimální alokace zdrojů.“ (Franěk, 2010, s.133).*

Tento pojem v praxi znamená vyslání nejvhodnější výjezdové skupiny k danému případu. Sledovanými parametry jsou:

- naléhavost pomoci a potřebná odbornost,
- udržení taktického množství volných zdrojů,
- ekonomická racionálnost provozu.

Úkolem operačního řízení je také zajišťování informačních a koordinačních služeb výjezdovým posádkám. Nejčastěji se jedná o tyto úkoly:

- předávání potřebných bezpečnostních a operativních informací,
- organizace a koordinace spolupráce s ostatními složkami Integrovaného záchranného systému,
- koordinace spolupráce s cílovými zdravotnickými zařízeními,
- informační podpora, např. přístup k databázím,
- shromažďování informací o ošetřených pacientech pro potřeby managementu.

V případě události s nejvyšší naléhavostí je logicky vyslána nejbližší výjezdová skupina. V případech menší naléhavosti je na místě optimalizace reakce s cílem racionálnějšího a operativnějšího využití zdrojů. Úkolem systému záchranné služby totiž není jen reagovat na jednu konkrétní událost, ale také zajistit pohotovostní připravenost na událost, která může teprve vzniknout. Pokud se nejedná o událost s nejvyšší naléhavostí existují následující možnosti optimálních postupů:

- Důsledné třídění výzev podle naléhavosti dovozuje v případě méně naléhavých výjezdů na periferii přednostní nasazení centrálně umístěných zdrojů. Tento postup vychází z obvyklé praxe obsazení centrálních částí zajišťovaného území větším počtem výjezdových skupin. Nedochozí tak k „odkrytí“ okrajových částí s nižším počtem posádek.

- Společný zásah více výjezdových skupin u jednoho pacienta je řešení účelné a v praxi používané. Cílem těchto postupů je racionálnější a operativnější využití kvalitnějších zdrojů, zrychlení odezvy systému a zachování dostupnosti služby. Společným jmenovatelem těchto setkávacích systémů je spolupráce dvou posádek rozdílné odbornosti na místě zásahu. Posádka s vyšší odborností zhodnotí stav pacienta, zaléčí a podle potřeby ho předá k transportu do zdravotnického zařízení posádce s nižší odborností.

## 8 ČINNOST PŘI MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI

V kontextu záchranné služby se mimořádnou událostí rozumí situace, kdy dochází k zásadnímu nepoměru mezi náhle vzniklými požadavky na činnost záchranné služby a její aktuálně dostupnou kapacitou.

Podle Fraňka (2010, s. 146) jsou pro úspěšné zvládnutí mimořádné události důležité následující kroky:

- kvalitní příprava ještě před vznikem mimořádné události,
- včasné rozpoznání mimořádné události,
- včasná mobilizace záloh a posil,
- zajištění a udržení spojení,
- koordinované práce na místě,
- koordinovaný transport raněných,
- důsledná evidence,
- poskytování včasných a přesných informací.

Velice důležitým a často opomíjeným faktem je skutečnost, že vedle vlastního zvládnutí konkrétní mimořádné události musí zdravotnické operační středisko zajistit, alespoň v omezeném rozsahu, běžnou přednemocniční neodkladnou péči ve svém kraji. K úspěšnému zvládnutí mimořádné situace je zapotřebí maximálně možné racionální využití všech dostupných zdrojů, dodržování zásad krizového řízení, racionální komunikace a týmová spolupráce dispečerů.

Kvalitní příprava na mimořádnou událost spočívá především ve znalosti tzv. traumatologického plánu, v nácvičku vlastních postupů a koordinace, v průzkumu rizikových míst se ztíženým přístupem např. tunely, mosty, letiště, rozsáhlé komplexy budov atd.

Prvním krokem směřujícím k dalším navazujícím postupům je identifikace mimořádné události. A právě tento krok bývá problematický. Velmi často totiž nastává situace, kdy je vznik mimořádné události sice pravděpodobný, ale ne jistý. Konkrétní postup by měl řešit traumatologický plán dané organizace, který má dvě fáze:

- období nejistoty: zdravotnické operační středisko podniká všechny kroky k finální přípravě sil a prostředků,
- období potvrzené mimořádné události: nasazení prostředků v plném rozsahu a likvidace zdravotnických následků mimořádné události.

Zcela klíčový význam má správný postup první výjezdové skupiny na místě události. Jejím úkolem není léčit, ale zhodnotit situaci, potvrdit událost jako mimořádnou, odhadnout počet postižených a převládající druhy zranění a podat o tom zprávu operačnímu středisku.

Kromě informování operačního střediska je primárně důležité předání informací ostatním složkám IZS, zejména policii a hasičskému záchrannému sboru. U událostí velkého rozsahu je třeba informovat také příslušné orgány státní správy a krajská operační a informační střediska. Svolávacími a informačními znaky podle místních podmínek jsou informování vedoucí pracovníci. V současné době jsou k tomuto účelu využívány SMS zprávy, s povinností potvrzení jejího přijetí. Co nejdříve musí také proběhnout informování a aktivace nejbližších nemocnic, protože určité množství postižených může být do těchto zdravotnických zařízení dopraveno náhodnými svědky události ještě před příjezdem prvních sanitních vozů. Během této komunikace dochází k potvrzení kapacity nemocnic pro přijetí postižených.

Na místo mimořádné události by mělo být v ideálním případě vysláno přiměřené množství sil a prostředků, nikoliv maximální. Často dochází k chybnému postupu, kdy je na místě události blokováno množství nevyužitých výjezdových skupin a na zbytku území je tak přednemocniční neodkladná péče zajištěna nedostatečně.

Standardně dochází při mimořádných událostech ke spolupráci s kolegy z okolních krajů, v případě nutnosti jsou svoláni zaměstnanci na pohotovosti nebo momentálně mimo službu. Svou pomoc nabízejí spolky dobrovolných hasičů a záchranářů. Z mnoha důvodů – bezpečností záchránců počínaje, přes nízkou efektivitu, malé zkušenosti nebo nutnost udržet kontrolovaný pohyb osob v místě – není nasazení těchto skupin příliš vhodné. Některé záchranné služby disponují mobilním řídicím pracovištěm pro řízení a likvidaci zdravotnických následků hromadných neštěstí. Pokud má být takové pracoviště efektivně využito, je nezbytné, aby bylo aktivováno co nejrychleji, spolu s prvním sledem výjezdových skupin. V praxi to znamená mít v neustálé pohotovosti nejen tuto techniku, ale i dostatek pracovníků k její obsluze.

Rychlá doprava odborného týmu a transport pacientů bývají v těchto případech realizovány posádkami letecké zdravotnické záchranné služby. Tato služba bývá v rámci mimořádných událostí dále využívána k pátrání a průzkumu terénu, zesílení radiového signálu ve výšce několika set metrů nebo osvětlení místa události.

Jednou z nejčastějších chyb, kterých se záchranné složky v případě velkých neštěstí dopouštějí, je nedostatečné poskytování informací veřejnosti. „Zvládnutí hromadného

*neštěstí, jakkoliv může být opakovaně nacvičováno, zůstává zpravidla do určité míry otázkou operativního řízení a improvizace. Přitom vždy dochází k chybám. Jde o to, aby těchto chyb bylo co nejméně, a také o to, aby nešlo o chyby zásadní, ohrožující celkový průběh záchranných prací.“ (Franěk, 2010, s.154).*

O informace žádají v zásadě dvě velké skupiny: jednak osoby, které mají obavy o své blízké a jednak zástupci médií. Pro informování příbuzných by měly být ihned po vzniku mimořádné události vyčleněny infolinky. Webové stránky s průběžnou aktualizací zpráv jsou výhodou. V případě velkých katastrof se na provozu infolinek podílí i psychologové. Ke komunikaci s médii by měl být v organizaci určený konkrétní pracovník nebo tým. I v tomto případě je na místě zřízení speciální linky odděleně od běžného provozu tísňových linek a od infolinky pro příbuzné.

Sdělení veřejnosti prostřednictvím médií by nemělo být příliš komplikované, je nutné vybrat 2-3 klíčové myšlenky a předat je krátce a srozumitelně. Během přípravy je nutné si ujasnit, co by veřejnost vědět měla a co by vědět chtěla. Případné nepřesné nebo zjednodušené interpretace mohou vést ke vzniku desinformace popřípadě paniky. Přehledná vizuální podpora – grafy, schémata, fotografie – je vhodným prostředkem k dokreslení celé situace. Pokud je nutné sdělit negativní zprávu, je pro její „vyvážení“ dobré použít 2-3 zprávy pozitivní. Důležitý je neverbální projev, tj. gesta, mimika, celkový vzhled řečníka. Velký vliv na příjemce sdělení má vyjádření empatie, účasti, odborná kompetence, otevřenost, upřímnost a vyjádření závazku.

## 9 TECHNIKA A TECHNOLOGIE

Bez informačních a komunikačních technologií se žádné operační středisko neobejde. Nejčastěji se jedná o následující systémy:

### 1) Telefontní technologie

- příchozí tísňové linky,
- koordinační linky,
- další (běžné) linky,
- datové přenosy (FAX, SMS).

### 2) Radiové technologie

- dispečerské pracoviště hlavního záložního radiového systému,
- pracoviště pro ovládání pagingu.

### 3) Počítačová síť

- záznam informací,
- sdílení informací,
- podpora rozhodování, informační a znalostní databáze,
- řízení technologií.

V minulosti poměrně striktně oddělené technologie v poslední době z hlediska uživatele stále více splývají do kompaktních informačních systémů. Jak u radiových, tak u telefontních subsystémů jsou dnes již zcela běžné přenosy dat prostřednictvím počítačové sítě.

*„Veškeré veřejně dostupné telefontní sítě tvoří dohromady tzv. jednotnou telefontní síť. Dnes již existuje řada operátorů mobilních i pevných sítí, ale pouze firma O2 a.s. je držitelem tzv. univerzální služby. To mimo jiné znamená, že zodpovídá za dopravení tísňových volání až na místně příslušná operační střediska.“* (Franěk, 2010, s. 189).

Distribuce více příchozích tísňových volání současně na jednotlivá dispečerská pracoviště je většinou řešena dvěma způsoby a to paralelně nebo cyklicky. Při paralelní distribuci přichází volání současně na všechna pracoviště a libovolný dispečer je může převzít. Tato distribuce je buď řešena jako „fronta“ hovorů čekajících na převzetí nebo je možné pomocí technického koncového zařízení signalizovat na jednom pracovišti několik příchozích hovorů současně. Cyklická distribuce znamená směrování příchozího volání cyklicky na některé z momentálně aktivních pracovišť. Není třeba speciálního koncového zařízení, ale na druhou stranu je nutné technicky

vyřešit přenos informace o právě aktivních dispečerských pracovištích do telefonní ústředny, která musí být schopna distribuce příchozích volání podle těchto informací.

V souvislosti s rozšiřováním spektra služeb poskytovaných zdravotnickými operačními středisky bývá na toto místo směřováno více různých linek – například informační linka pro nenadálé případy, pohotovostní linka praktických lékařů, objednávky neakutních transportů atd. Je výhodné pokud jsou tyto linky ukončeny ve stejném komunikačním zařízení, ale v tom případě je na druhou stranu nezbytné, aby bylo možné jednotlivým linkám přiřadit rozdílnou prioritu a umožnit přednostní obsluhu tísňové linky.

Důležitou pomůckou dispečerů je komunikační zařízení a jeho technické řešení. Klasická sluchátka nejsou vhodná jednak proto, že neumožňují bezproblémovou oboustrannou práci s počítačem, při spěchu často začíná mluvit dispečer ještě dříve než má sluchátko u úst. Výsledkem je, že volající slyší pouze konce vět, komunikace je pro něho nesrozumitelná. Kromě toho i technické vlastnosti mikrofonů sluchátek se ukázaly jako nevyhovující. V ruchu provozu ZOS přenášejí řadu nežádoucích zvuků, tzv. šumů. Jako velmi vhodné se osvědčilo používání tzv. náhlavních souprav. Jedná se o zařízení skládající se ze sluchátka a mikrofonu, které jsou připevněny na hlavě dispečera.

Koordinálními linkami se rozumí vyhrazené telefonní linky, které jsou určeny pro přímé spojení mezi operačními středisky jednotlivých složek integrovaného záchranného systému, eventuelně i dalších subjektů například nemocnic, dopravního podniku, letiště a podobně. Dispečerů zdravotnického operačního střediska obsluhují i řadu běžných telefonních linek pro zpětnou komunikaci s volajícími, se spolupracujícími subjekty atd. Pro volání do sítí mobilních telefonů jsou často používány tzv. GSM brány vybavené kartou jednoho nebo více operátorů. Buď pomocí specifické předvolby nebo automaticky jsou potom odchozí volání realizována přes tuto bránu. Důvodem jejich používání je finanční úspora při volání na mobilní telefony.

Osoby s hlasovou nebo sluchovou poruchou nedokáží komunikovat prostřednictvím telefonu. Pro tyto případy je standardní výbavou ZOS některý ze systémů pro příjem datových informací. Zpravidla faxový přístroj pro příjem grafické informace nebo SMS terminál pro příjem krátkých textových zpráv z mobilních telefonů. Dle Fraňka (2010, s. 191) „ *lze systémy SMS také s výhodou využít pro hromadné rozesílání informací vybraným adresátům, ke svolání zaměstnanců apod. Je však třeba mít na paměti, že zprávy se odesílají sekvenčně, a pokud existuje jen jeden odesílací kanál, může při*



*větším počtu odeslaných zpráv dosahovat rozdíl mezi prvním a posledním obeslaným účastníkem i desítky minut.“*

Na bezdrátovém přenosu elektromagnetického vlnění nebo-li radiových vln je založena radiová komunikace. Jednotlivé kmitočty radiových vln (frekvence) se nazývají „kanály“ a nemusí být v jednotlivých radiových sítích naladěny stejně. Pro správné spojení komunikátora s příjemcem je tedy nutné znát konkrétní frekvenci. Je-li přenos informace umožněn jednou cestou pro oba směry a stanice může buď vysílat nebo přijímat, jde o tzv. simplexní provoz. V případě možného využití dvou nezávislých přenosových cest pro oba směry se jedná o tzv. duplexní provoz. Pokud je možná kombinace obou uvedených možností dochází k přenosu informací v tzv. semiduplexním provozu.

Radiová komunikace zůstává stále hlavním komunikačním prostředkem všech tísňových služeb jako prostředek operačního řízení a komunikace mezi výjezdovými skupinami a příslušným operačním střediskem. V některých případech bývají k tomuto účelu používány např. i mobilní telefony, nicméně jde o řešení doplňkové resp. náhradní, které zejména v situacích s větším počtem zraněných neposkytuje dostatečně operativní možnosti komunikace. Navíc v takových situacích existuje reálné nebezpečí přetížení mobilních sítí „veřejným“ provozem. Radioprovoz je značně specifický a vyžaduje striktní dodržování zásad radiové kázně. Při splnění této podmínky lze i technicky jednoduchým a z dnešního hlediska „zastaralým“ simplexním radiovým systémem zvládnout řízení velmi rozsáhlých celků jako například řízení letového provozu. V opačném případě může dojít k zásadnímu snížení kapacity nebo i k zablokování provozu v celé síti. Je nutné pamatovat na skutečnost, že každé radiové vysílání se může dostat k nepovolaným příjemcům. U obvykle používaných analogových systémů k tomu dochází technickým odposlechem (běžně dostupnosti přijímačů na trhu zneužívají například radioamatéři nebo média), ale také náhodným přímým poslechem stanice posádky (pacienti, členové rodiny, veřejnost při zásahu na přístupném místě apod.) Tomu je nutné přizpůsobit i obsahovou stránku komunikace – kromě dodržování formálních pravidel radioprovozu musí dispečer (ale i členové výjezdových skupin) dbát na omezení sdělování osobních i bezpečnostně citlivých údajů. Během vysílání je z praktických důvodů vhodné hovořit:

- hlasitě,
- plynule,
- srozumitelně z hlediska výslovnosti i obsahu,

- stručně.

Dále je potřebné:

- znát volací znak volané stanice i svůj,
- rozmyslet si předem, co bude předmětem zprávy,
- před vysíláním chvíli poslouchat, zda se na kanále nehovoří,
- neskákat do cizího vysílání,
- pokud možno nevolat z hlučného prostředí,
- při sdělování důvěrných informací počítat s možností odposlechu dalšího příjemce.

V moderních sítích se stále častěji používá digitální způsob kódování signálu, kdy je přenášená informace nejprve zakódována do podoby datového toku, odeslána vzduchem jako série nul a jedniček a následně na straně příjemce dekodována do podoby slyšitelného hlasu. Výhodou je velmi obtížný odposlech přenášených informací, relativně snadný přenos a lepší využití přenosové kapacity kanálu ve srovnání s analogovým přenosem. Naopak vyšší ekonomická náročnost, vyšší složitost zařízení a vyšší citlivost na kvalitu příjmu jsou negativním parametrem. Zcela zásadní povinností posádek zdravotnické záchranné služby je pohotovostní dostupnost pro případné volání dispečera a předávání informací k dalšímu výjezdu. Z tohoto důvodu je v prostředí záchranných služeb využíván tzv. paging, kdy před vlastní hlasovou komunikací je na kmitočtu vysílán definovaný tón, který je v přijímači naprogramován a po jeho přijetí přijímací stanice začne signalizovat příchozí volání.

V dnešní době je již těžko představitelná práce zdravotnického operačního střediska bez počítačů. Během posledních let došlo v této oblasti k neobyčejnému rozvoji. Základem informačního systému moderního ZOS je propojená počítačová síť, která především zajišťuje:

- informační podporu dispečerům (databáze, mapy atd.),
- archiv dat pro další vyhodnocování a analýzy,
- možnost nezávislé práce několika osob nad stejnými daty, tj. předávání dat.

Využití počítačové sítě umožňuje dispečerovi mít k dispozici všechny potřebné údaje a zároveň může být jedna informace sdílena všemi dispečery. Velké množství informací je pomocí výpočetní techniky zaznamenáváno automaticky, bez zásahu obsluhy, jako například informace o poloze a činnosti výjezdových skupin, seznam přístupů a změn provedených uživatelem, archivní záznamy telefonních a radiových

relací atd. Vedle jednoduchých aplikací se stávají stále častěji výbavou dispečerů nejrůznější databáze (např. lékové, toxikologické atd.) a také geografické informační systémy v podobě obrazových map. Kritickým úskalím těchto databází je jejich aktualizace. Často jsou pořízeny jako jednorázová akce a s trvalou aktualizací se nepočítá z hlediska financí i z hlediska lidských zdrojů. Databáze s neaktuálními daty jsou dříve nebo později příčinou potíží.

Jediným vstupem, který je zcela závislý na práci člověka je informace o události a klasifikace události. Z důvodu minimalizace této závislosti byly vytvořeny počítačové expertní programy, kterými je dispečer veden krok za krokem hovorem s volajícím. Cílem těchto systémů není konkrétní indikace, ale pouze standardizované zařazení zpravidla s určením stupně naléhavosti daného případu. Samozřejmostí je zpětná vazba v podobě vyhodnocující kontroly. Zatímco na tomto prvním kroku se podílí dispečer, další kroky mohou probíhat zcela automaticky bez jeho zásahu, resp. vyžadují pouze potvrzení nabízených řešení. Počítačová podpora nabízí zcela komplexní využití. Celý proces se pak skládá z následujících dílčích kroků:

- Sběr informací: formalizovaná indikace – přijetí tísňové výzvy, informace o poloze a stavu zdrojů, geografické informace).
- Syntéza informací: výběr možných řešení, jejich vyhodnocení, výběr nejvhodnější výjezdové skupiny.
- Předání informací: výzva zvolené výjezdové skupině a předání potřebných informací.

Dnešní zdravotnická operační střediska využívají moderních technologií ve velkém rozsahu. Jejich využití přináší zlepšení parametrů jako je například rychlost a přesnost rozhodování nebo optimální využití zdrojů. Na druhé straně znamenají moderní technologie určité „odlidštění“ práce a vztahu k volajícím. V této souvislosti je nutné mít na paměti, že sebedokonalejší počítač nenahradí lidský faktor – empatii, lásku k práci nebo dobré komunikační schopnosti dispečera.

## 10 KOMPARACE KOMUNIKAČNÍCH PŘEDPOKLADŮ A PRACOVNÍ NÁPLNĚ DISPEČERA

Požadavky na personál pracující na zdravotnických operačních střediscích určuje Zákon č. 96/2004 Sb., v platném znění o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) a Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Z paragrafu 49 této vyhlášky vyplývá:

*„Sestra pro intenzivní péči se zaměřením na neodkladnou péči a zdravotnický záchranář po získání specializované způsobilosti v oboru Operátor zdravotnického operačního střediska vykonávají činnosti v oblasti neodkladné péče a medicíny katastrof a dále bez odborného dohledu a bez indikace vykonávají činnosti v rámci operačního střediska záchranné služby.“*

V pracovní náplni dispečera zdravotnického operačního střediska pražské záchranné služby je uvedeno:

- Přijímá, eviduje a vyhodnocuje tísňové výzvy z hlediska závažnosti zdravotního stavu pacienta a podle stupně naléhavosti zabezpečuje odpovídající způsob jejich řešení za použití telekomunikační a sdělovací techniky.
- Provádí telefonní instruktáž k poskytování laické první pomoci a poskytuje další potřebné rady za použití vhodného psychologického přístupu.
- Aktivuje krizové typové a traumatologické plány při řešení zdravotních následků hromadných neštěstí a katastrof a na svém úseku zabezpečuje jejich realizaci s využitím všech možností Integrovaného záchranného systému.
- Poskytuje maximální dostupnou organizační a informační podporu výjezdovým skupinám, s ohledem na zákonná omezení předává potřebné informace spolupracujícím složkám a dalším organizacím.
- Přijímá a zpracovává další požadavky na činnost zdravotnické záchranné služby, zejména na sekundární transporty, transporty pro potřeby transplantačního programu, na přepravu biologických materiálů, asistence apod.

- V souladu s interními předpisy vede určeným způsobem předepsanou dokumentaci.
- Aktivně se podílí na výchově méně zkušených pracovníků a stážistů.

Jak bylo již několikrát zmíněno, je vzhledem k charakteru práce dispečera zdravotnického operačního střediska důležitou součástí jeho profesionálního vybavení znalost správně vedené komunikace. Informace o této skutečnosti v uvedené pracovní náplni chybí. Jejím obsahem jsou pouze obecné nekonkrétní informace. V současné době neexistuje ani žádný národní standard práce dispečera. Metodika, která je na jednom stanovišti považována za samozřejmost, probíhá na jiném pracovišti zcela jinak. Navíc náhled na některé klíčové parametry se mění v závislosti na aktuálním výsledku voleb nebo nastavení ekonomických parametrů pojišťovny nebo zřizovatelem.

## ZÁVĚR

Komunikační dovednosti představují nedílnou součást profesionálního jednání a vybavení všech zdravotnických profesí. Komunikace s pacientem je jedním z faktorů přímo ovlivňujících proces léčby. Komunikace mezi záchrannou službou a pacientem začíná telefonickým rozhovorem na tísňové lince zdravotnického operačního střediska, první kontaktem je tedy pro pacienta dispečer. Na jeho efektivní, cílené a profesionální komunikaci s volajícím závisí včasný výjezd odpovídající pomoci a kvalitní průběh ošetření.

V České republice jsou zaměstnanci zdravotnických dispečinků střední zdravotničtí pracovníci a absolventi následného specializačního kurzu pro dispečery. Je skutečností, že na zdravotnických školách není zvládnutí komunikačních dovedností věnována prakticky žádná pozornost. Po nástupu do praxe bývá obvykle absolvent proškolen v obsluze techniky a technologií, v používání indikačních témat, ale nácvik základních komunikačních dovedností v naprosté většině případů chybí. Tyto dovednosti nejsou ani obsahem specializačních kurzů.

Práce dispečera zdravotnického operačního střediska (ZOS) záchranné služby je komplexní a komplikovaný proces, který ovlivňuje řada vstupních veličin. Jde o týmovou práci a chyba na jakékoliv úrovni může způsobit vážné následky. Jako v každém komplexním systému, ani v činnosti zdravotnického operačního střediska se nelze zcela vyvarovat chyb a omylů. Hlavní komunikační nedostatky jsou definovány v praktické části této práce. Zjištěné poznatky potvrzují stanovenou hypotézu: v podmínkách urgentní medicíny je znalost správně vedené komunikace dispečera s volajícím zcela zásadní.

Podstatné je nastavit v činnosti ZOS takové mechanismy, pomocí kterých by byly chyby včas zachyceny a eliminovány. Závažná systémová chyba nastává tehdy, jestliže se ze vzniklé chyby nepoučí autor ani ostatní a pokud nejsou přijata opatření zamezující do budoucna jejímu opakování nebo snížení pravděpodobnosti.

Na základě provedené analýzy problematických momentů v komunikaci dispečerů zdravotnického operačního střediska, byl autorkou této práce vytvořen stručný komunikační manuál, který shrnuje správné zásady komunikace dispečera s volajícím na tísňovou linku 155. Zvládnutí uvedených postupů může být přínosným pomocníkem pro zaměstnance na této pracovní pozici.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Seznam použitých českých zdrojů

- ČEPICKÁ, B. a ŠIMEK, J. *Psychologický a etický rozměr práce operačního střediska*. Kladno: USZS SK, 2008. ISBN 978-80-9040-180-8.
- FRANĚK, O. *Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska*. Praha: ZZS HMP, 2010. ISBN 978-80-254-5910-2.
- JANÁČKOVÁ, L. a WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
- JANIŠ, K., BÁRTOVÁ, Z. *Uplatnění asertivity v sociální komunikaci*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005. ISBN 80-7041-379-4.
- KOHOUT, J. *Rétorika, umění mluvit a jednat s lidmi*. Praha: Management Press, 1995. ISBN 80-7261-072-4.
- KONČELÍK, J., REIFOVÁ, I., HAGEN, L., SCHERER, H. a SCHULZ, W. *Analýza obsahu mediálních sdělení*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0827-8.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak si navzájem lépe porozumíme*. Praha: Svoboda, 1988. ISBN 978-80-247-1428-8.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-549-0.
- McQUAIL, D.: *Úvod do teorie masové komunikace*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-574-5.
- MUSIL, J. *Komunikace v informační společnosti*. Praha: Universita Jana Amose Komenského, 2007. ISBN 978-80-86723-39-6.
- MUSIL, J. *Sociální a mediální komunikace*. Praha: Universita Jana Amose Komenského, 2010. ISBN 978-80-7452-002-0.
- NAKONEČNÝ, M. *Základy psychologie*. Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-0689-3.
- NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 1999. ISBN 80-200-0690-7.
- NĚMEC, P. *Public relations – komunikace v konfliktních a krizových situacích*. Praha: Management Press, 1999. ISBN 80-85943-66-2.
- OSVALDOVÁ, B. a HALADA, J. a kol. *Praktická encyklopedie žurnalistiky*. Praha: Libri, 2002. ISBN 80-7277-108-6.
- PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.
- TEGZE, O. *Neverbální komunikace*. Brno: Computer Press, 2004. ISBN 80-7226-429-X.
- VENGLÁŘOVÁ, M. a MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2009. ISBN 80-247-1262-8.
- VYMĚTAL, Š.: *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2510-9.

VÝROST, J. a SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1428-8.

### **Seznam použitých internetových zdrojů**

Zákon č. 96 ze dne 3. března 2004, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 30, s. 1452-1479. Dostupné z: <http://www.mvcr/sbirka/2004/sb030-04.pdf>

Zákon č. 236 ze dne 9. srpna 2000 o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 73, s. 3461-3474. Dostupné z: <http://www.mvcr/sbirka/2004/sb073-00.pdf>

### **Seznam použitých ostatních zdrojů**

ERNESTOVÁ, J. *Komunikace v záchranné službě*. Praha, 2011. Bakalářská práce. Universita Jana Amose Komenského. Vedoucí bakalářské práce: Josef Musil.

HLAVÁČKOVÁ, D. a PRŮŠA, J. *Psychologické aspekty týmové práce v záchranné službě*. Urgentní medicína. 2000, roč. III, č. 2, s. 19-21. ISSN 1212-1924.

ŠIMEK, J. *Etické zamyšlení nad urgentní medicínou*. Urgentní medicína. 2003, roč. IV, č. 1, s. 35. ISSN 1212-1924.



## **SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ a TABULEK**

### **Seznam obrázků**

Obrázek 1: Schéma aktivace výjezdu záchranné služby .....	42
Obrázek 2: Schéma komunikačního procesu během tísňového volání .....	54

## **SEZNAM PŘÍLOH**

<b>Příloha A</b> – Komunikační manuál dispečera zdravotnického operačního střediska.....	<b>I</b>
---	----------

# PŘÍLOHY

## Příloha A – Komunikační manuál dispečera zdravotnického operačního střediska

### 1 Úvodní údaje

Každý hovor na tísňové lince začíná standardní úvodní frází „**Záchranná služba, tísňová linka, jak vám mohu pomoci?**“

Jejím úkolem je:

- Identifikace druhu a místa služby, na kterou se volající dovolal.
- Verbální vyjádření nabídky pomoci.
- Převzetí iniciativy v hovoru směřující k identifikaci stavu.

#### Důležité:

- Na úspěch a racionální vedení komunikace má velký vliv „první dojem“ – je nutný klid a vstřícnost.
- Zjištění telefonického spojení na volajícího a ověření, zda se skutečně jedná o zdravotnické tísňové volání.
- Využití zásad asertivní komunikace.
- Volající na místě jsou ruce a oči dispečera – i přes případné napětí je nutná maximální snaha o udržení tohoto jediného zdroje informací.
- Projev empatie a pochopení pomohou zklidnit situaci a získat potřebné informace.
- Komunikace musí probíhat přiměřeně ke schopnostem volajícího.
- Z hlasu a obsahu rozhovoru musí volající vycítit, že se právě dovolal na místo, kde mu bude poskytnuta profesionální pomoc.
- Osvědčená taktika jsou klidné, krátké a jasné věty.
- Hovor musí mít standardní strukturu a jasnou linii – tzv. řízený rozhovor.
- Cílené jednoznačné otázky, jenom jeden pokyn.
- Za žádných okolností neposkytovat nepravdivé informace.
- Nevyčítat chybné jednání, je-li vedeno v dobré víře.
- Ukončení hovoru musí být volajícímu jasné.

### **Informace vedoucí ke zklidnění volajícího:**

- Oslovení jménem, zejména u dětí.
- Pozitivní informace o stavu zpracování případu – pomoc je na cestě.

### **Volající nespolupracuje, je agresivní:**

- Tzv. prásknutí telefonem je nejhorším možným řešením.
- Napětí v komunikaci se dostává mimo zónu racionálního uvažování - předání případu k vyřízení jinému dispečerovi.
- Ukončení hovoru a zpětné volání za několik desítek sekund – odstup od problému a možnost „nového začátku“ rozhovoru pro obě strany.

## **2 Lokalizace události**

- Lokalizace události – klíčový význam pro vyslání pomoci.
- V případě jakýchkoliv nejasností je nutné upřesnění a potvrzení správnosti místa.
- Ověření „jinými slovy“ vyloučí možnost přeslechnutí nebo nedorozumění.
- U volání „z třetí ruky“ pozor na záměnu polohy volajícího a místa události.

### **Volající nedokáže upřesnit místo požadovaného zásahu – možnosti řešení:**

- Setkání s volajícím nebo jinou osobou na smluveném místě.
- Přímé propojení zasahující výjezdové skupiny a volajícího.
- Průzkumový let vrtulníku letecké zdravotnické záchranné služby.

## **3 Klasifikace události**

- Klasifikace případu – určení potíže či děje, který volajícího nejvíce ohrožuje.
- Následné stanovení indikace, tj. naléhavosti zásahu a určení potřebné odbornosti výjezdové skupiny.
- Z hlediska určení požadavku na množství vyslaných sil a prostředků je velmi významné zjištění informace o rozsahu události, tj. o počtu postižených.

- Znalost formalizovaných klasifikačních systémů je prevencí pochybení a vede k přesnějšímu vyhodnocení závažných stavů.
- Zjištění aktuálního stavu vědomí a dýchání pacienta (pokud je to možné).
- Orientační zjištění věku pacienta – lepší posouzení závažnosti stavu, optimalizace doporučení k první pomoci.
- Zjištění dynamiky děje – rychlost nástupu a změn intenzity zdravotních příznaků v čase.
- Anamnestické údaje.
- Doplnující informace:
  - o bezpečnosti situace na místě události,
  - o dostupnosti pacienta,
  - o nutnosti spolupráce s dalšími složkami IZS.
  
- Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace (TANR):
  - v případě náhlé zástavy oběhu,
  - asertivní komunikace,
  - aktivní motivace volajícího,
  - telefon co nejbližší k postiženému, dostatek záchránců na místo,
  - jasná terminologie, systematický přístup,
  - průběžná komunikace s volajícím a ověření stavu,
  - psychická podpora, informace o „pomoci na cestě“,
  - po příjezdu posádky poděkování záchráncům za spolupráci,
  - ukončení rozhovoru.

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Jiřina Ernestová**

**Obor: Sociální a mediální komunikace**

**Forma studia: kombinovaná**

**Název práce: Komunikační manuál dispečera zdravotnického operačního střediska**

**Rok: 2013**

**Počet stran textu bez příloh: 70**

**Celkový počet stran příloh: 3**

**Počet titulů českých použitých zdrojů: 21**

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0**

**Počet internetových zdrojů: 2**

**Počet ostatních zdrojů: 3**

**Vedoucí práce: Dr. Josef Musil, PhD.**