



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Úroveň teoretických znalostí nelékařského
zdravotnického personálu lůžkové části RES
ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje při řešení
mimořádné události

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **OCHRANA OBYVATELSTVA**

Autor: Bc. Šimon Trněný

Vedoucí práce: Mgr. Renata Havránková, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Úroveň teoretických znalostí nelékařského zdravotnického personálu lůžkové části RES ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje při řešení mimořádné události*“ jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou

ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 10.5.2021

.....

podpis

Poděkování

Tímto bych chtěl poděkovat své vedoucí diplomové práce Mgr. Renatě Havránkové, Ph.D., za vedení práce, velice užitečné rady a čas, který mi věnovala. Dále bych chtěl poděkovat všem participantům, kteří si pro mou výzkumnou část diplomové práce udělali čas ve svém nabytém pracovním programu a byli ochotni zodpovědět otázky mého šetření.

Úroveň teoretických znalostí nelékařského zdravotnického personálu lůžkové části RES ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje při řešení mimořádné události

Abstrakt

Mimořádná událost není každodenní záležitostí pro pracovníka přednemocniční neodkladné péče ani pro pracovníka nemocniční neodkladné péče. Avšak v případě jejího vzniku je od personálu přednemocniční neodkladné péče a nemocniční neodkladné péče vyžadováno maximální nasazení a odhodlání při pomoci poraněným pacientům.

V diplomové práci jsme se pokoušeli zjistit teoretické znalosti vybraných participantů z řad nelékařských pracovníků ve zdravotnictví. Cíle diplomové práce jsme určili následně: Vyhodnotit úroveň teoretických znalostí při řešení mimořádné události s hromadným postižením osob, vyhodnotit osobní zkušenosti s řešením mimořádné události s hromadným postižením zdraví a vyhodnotit vzdělávání a přípravu nelékařského zdravotnického personálu lůžkové části RES ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje na řešení mimořádných událostí s hromadným postižením zdraví. Ke zjištění těchto cílů jsme použili tři výzkumné otázky: Jaké jsou znalosti nelékařského zdravotnického personálu v problematice řešení mimořádné události s hromadným postižením zdraví? Jak nelékařský zdravotnický personál hodnotí mimořádné události s hromadným postižením zdraví, u kterých byl přítomni? Jaký je postoj nelékařského zdravotnického personálu lůžkové části RES ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje k přípravě a vzdělávání v oblasti řešení mimořádných událostí s hromadným postižením zdraví?

Výzkumné šetření proběhlo za využití kvalitativní metody polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumné šetření jsme zaměřili na problematiku mimořádných událostí s hromadným postižením osob, třídění pacientů a návaznost mezi péčí přednemocniční neodkladnou a neodkladnou nemocniční.

Z analyzovaných rozhovorů vyplynulo, že každý dotazovaný byl schopen uvést způsob řešení problémů souvisejících s příjmem pacientů do nemocničního zařízení. Dále jsme z rozhovorů zjistili, že nastává velký problém v případě čtení třídících a identifikačních karet pacientů z místa mimořádné události. Školení a praktický nácvik této problematiky by byl na místě u všech participantů.

Klíčová slova

Mimořádná událost s hromadným postižením osob, přednemocniční neodkladná péče, nemocniční neodkladná péče, třídění pacientů, třídící a identifikační karty, traumatologický plán

The level of theoretical knowledge of non-medical staff of the RES station in selected hospitals in the South Bohemian Region in dealing with an extraordinary emergency.

Abstract

An unexpected incident is not everyday issue for a Pre-hospital emergency care nether hospital emergency care operative. However in the case of its occurrence and need of solving a high number of patients it is necessary to be at least basically informed about this matter. It is important to realize that the pre-hospital emergency care, which is given to the patient at the place of accident is as important as the care given to the patient later in the hospital.

In the present diploma thesis we tried to find out the theoretical knowledge of selected participants from the ranks of non-medical workers in health care. To this end, we created three goals: to evaluate the level of theoretical knowledge in dealing with emergencies with mass disabilities, evaluate the personal experience with active emergencies with mass disabilities and to evaluate the education and training of non-medical medical staff in the inpatient part of RES in selected hospitals in the South Bohemian region to deal with emergencies with mass disabilities. We used three research questions to determine these goals: What is the knowledge of non-medical staff of the inpatient part of in solving the problem of emergencies with a massive disability? How did the non-medical medical staff of the inpatient part have an extraordinary value event with a collective disability in which it was present? What is the attitude of non-medical medical staff of the inpatient part of RES in selected hospitals in the South Bohemian Region to the preparation and education in the field of dealing with emergencies with mass disabilities?

The research was conducted using a qualitative method of semi-structured interview. In these interviews, we focused on the issue of emergencies with mass disabilities, the classification of patients and the link between pre-hospital emergency and emergency hospital care.

From the analysis we found out that each respondent was able to give a solution of accepting patients at a hospital. From the interviews we also discovered that a great problem was reading sorting and identity cards of patients who come from the place

of incident. A great part of participants had no knowledge about these generally. So exercising and education would be convenient for all participants.

Keywords

Emergencies with mass disabilities, pre-hospital emergency, emergency hospital care, sorting patients, sorting and identity cards, traumatological plans

OBSAH

1	TEORETICKÁ ČÁST	10
1.1	Úvod do problematiky.....	10
1.2	Postupy zdravotnické záchranné služby při řešení mimořádné události.....	13
1.2.1	Členění dle výjezdových skupin	15
1.2.2	Dělení pozic na místě události z pohledu zdravotnické záchranné služby.....	18
1.2.3	Triage pacientů.....	19
1.2.4	Členění mimořádné události dle stanovišť	24
1.3	Traumatologický plán zdravotnické záchranné služby	26
1.4	Postupy zdravotnických zařízení při řešení mimořádné události.....	30
1.4.1	Příjmová místa a organizace činnosti urgentního příjmu.....	32
1.5	Traumatologický plán zdravotnického zařízení	35
1.6	Evakuace lůžkového zdravotnického zařízení	36
2	CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	38
3	METODIKA	39
4	VÝSLEDKY	40
4.1	Výsledky výzkumného šetření	40
5	DISKUZE.....	60
6	ZÁVĚR	67
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	68
8	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	76
9	SEZNAM OBRÁZKU A TABULEK	77
10	SEZNAM PŘÍLOH.....	78

ÚVOD

Každý den je svět postižen nějakým typem mimořádné události. Postupem času měli lidé snahu více se vzdělávat a zlepšovat v řešení následků mimořádných událostí. Tato práce je zaměřena na záchranné práce při řešení mimořádných událostí s hromadným postižením osob.

Mimořádné události s hromadným postižením osob nejsou v České republice zas tak běžný jev. Můžeme říct, že je to výjimečná situace, ale o to důležitější je příprava na ně. Řešení mimořádných událostí bylo v minulosti velkou obtíží, nebyl určen žádný řád či postup, jakým určité typy mimořádných událostí řešit. V nynější době lze říci, že díky vzniku traumatologických plánů, které jsou součástí havarijního plánování, mají tento postup jednotlivé složky poskytující přednemocniční, ale i nemocniční neodkladnou péči (NNP) jasně daný. Vzhledem k povinnosti zhotovit traumatologický plán zákonem je nyní připravenost na mimořádné události s hromadným postižením osob na vyšší úrovni než kdy dříve.

Samozřejmostí je také vylepšení technických a komunikačních prostředků, které jsou používány při řešení následků mimořádných událostí. Nedílnou součástí řešení mimořádné události je také zapojení operačních středisek jednotlivých složek integrovaného záchranného systému, které provádí komunikaci s jednotkami přednemocniční neodkladné péče a pracovníky nemocniční neodkladné péče.

Dalším usnadněním a zrychlením práce na místě události se ukázalo využití třídících a identifikačních karet, které jsou používány k identifikování, zaznamenání prvotního vyšetření, terapie, třídící skupiny a ke správnému zvolení koncového nemocničního zařízení. Tyto karty velice usnadňují práci na místě zásahu, jsou jedinečným pomocníkem ve vedení zdravotnické dokumentace a obrovskou pomocí při předání pacienta z přednemocniční neodkladné péče do nemocniční neodkladné péče.

Zdravotničtí pracovníci, kteří poskytují záchranné práce, jsou odborně na vysoké úrovni. Pacienti, jejichž život je ohrožen následky mimořádných událostí, jsou kvalitně zaléčeni na místě události, transportováni co nejrychleji do nemocničního zařízení, kde je jim poskytnuta co nejkvalitnější zdravotnická péče.

1 TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část diplomové práce seznamuje se základními pojmy problematiky mimořádných událostí. Dále je v teoretické části diplomové práce objasněna návaznost přednemocniční a nemocniční péče.

1.1 Úvod do problematiky

Mimořádné události (MU), se dělí na abiotické a antropogenní. Mimořádné události, které vznikly abiotickou cestou, tedy vlivem přírodních jevů zahrnují například lesní požáry, které vznikly z důvodu velkého sucha a nedostatku dešťů, což zapříčinilo vyschnutí dané oblasti (Veverka, 2003; Šín, 2017). V posledních letech vzniká více a více MU, které mají přírodní charakter, ale nelze zcela vyloučit, zda za jejich vznikem nestojí činnost člověka. U jistých typů MU nelze přesně určit, zda jsou čistě abiotické. Příkladem může být například globální oteplování, zamoření ovzduší či vodních toků. Příčinou vzniku mimořádných událostí může být i kácení deštných pralesů, nadměrné plýtvání pitnou vodou či obrovská produkce plastů. První typ mimořádných událostí lze dále dělit na kosmické katastrofy, které obsahují sluneční erupce a hypernovu a geologické, které již byly převážně zmíněny. Geologické katastrofy zahrnují však také sesuv půdy, laviny nebo zemětřesení. Posledním z přírodních mimořádných událostí jsou meteorologické katastrofy, do kterých spadá krupobití, tornádo či hurikán (Bulíková, 2011).

Pro zdravotnictví jsou velkým rizikem mimořádné události biologického rázu, tedy epidemie a rozsáhlé nákazy (Veverka, 2003; Šín, 2017). Druhou velkou skupinou mimořádných událostí jsou katastrofy antropogenní, které zaujmají až 70 % z celkového počtu mimořádných událostí. Tento typ mimořádné události je zapříčiněn lidským faktorem. Nejčastější příčinou tohoto typu MU je selhání lidského faktoru nebo porušení bezpečnostních předpisů (Bulíková, 2011). Tento typ mimořádných událostí lze dělit na události způsobené neúmyslným zaviněním a události způsobené úmyslným zaviněním. Do antropogenních událostí jsou také zařazeny mimořádné události vzniklé na základě přemnožení škůdců, parazitů, živočišných či rostlinných vetřelců a velkým problémem posledních desítek let je vymírání druhů (Martínek a Tvrdek, 2010). Dále je možné dělit antropogenní mimořádné události technogenní,

kteře zahrnují provozní havárie, nehody a antropogenní mimořádné události spojené se zemědělstvím, vodními zdroji a půdou. Poslední skupinou jsou sociogenní, které jsou zapříčiněné společnostmi. Do sociogenních mimořádných událostí lze zařadit teroristické útoky, které se vyznačují svou záměrností a snahou o poškození společnosti (Zeman a Mika, 2007). Posledním typem mimořádné události jsou události, které vznikají kombinací působení obou sil. Tyto mimořádné události jsou definovány jako kombinované, příkladem může být zemětřesení z důvodu úniku nebezpečné látky a jiné (Bernatík a Maléřová, 2010).

Mimořádná událost je definována dle zákona o integrovaném záchranném systému č. 239/2000 Sb., § 2 písm. b jako: „*škodlivé působení sil a jevů, které byly vyvolané škodlivým působením sil a jevů, přírodními vlivy, haváriemi nebo činností člověka*“. V případě mimořádné události může docházet k ohrožení majetku, životního prostředí, ale hlavně k ohrožení života a zdraví. Při zasahování složek integrovaného záchranného systému (IZS) u mimořádné události je vyžadováno provádět záchranné a likvidační práce (zákon č. 239/2000 Sb.).

Místo **mimořádné události s hromadným postižením osob** je z pohledu zdravotnické záchranné služby (ZZS) definováno jako místo, kde je nezbytně nutné zásahu pěti a více výjezdových skupin k zabezpečení přednemocniční neodkladné péče (PNP). Dále spadá do definice mimořádné události s hromadným postižením osob i taková událost, ve které bylo postiženo 15 a více osob na zdraví či životě (vyhláška č. 240/2012 Sb.). V případě mimořádné události s hromadným postižením osob je klíčový čas a komunikace. Nezbytným komunikačním prvkem je vždy zdravotnické operační středisko (ZOS). Zdravotnické operační středisko má za úkol získat a potvrdit informace o mimořádné události, primárním úkolem ZOS je zjistit vznik mimořádné události a případná nebezpečí v oblasti, které by znamenalo zastavení jednotek ZZS. Dále určit orientační počet raněných a další důležitá data. Po provedení prvotních úkolů kontaktuje ZOS operační střediska ostatních složek IZS a určí aktivační stupeň mimořádné události. Přehledné rozdělení aktivačních stupňů je znázorněno v tabulce 1, která určuje postup aktivace daného stupně dle počtu raněných na místě události, nasazených jednotek ZZS nebo doby, po kterou trvají záchranné a likvidační práce na místě (Kafka a Šanderová, 2016).

Tabulka 1 Aktivační stupně při MU dle ZZS

Aktivační stupeň	Počet postižených osob
1a	5–10 postižených osob (1–3 těžce)
1b	10–15 postižených osob
2	více než 15 postižených osob, více jak 5 posádek ZZS
3	více než 4 hodiny likvidačních prací na místě MU
4	síly a prostředky ZZS a IZS nejsou dostatečné pro úspěšné zvládnutí MU

Zdroj: Kafka a Šanderová, 2016

Záchranné práce jsou definovány dle zákona č. 239/2000 Sb., jako činnosti, které je nutné provést ihned po oznámení vzniku MU zasahujícími složkami IZS. Záchranné práce se provádějí v místech, ve kterých se předpokládají účinky již vypuklé mimořádné události. Záchranné práce se provádějí ihned po vyhlášení mimořádné události a příjezdu složek IZS na místo události. Tyto úkony nesmějí ohrozit zdraví či životy zasahujících osob. Do těchto záchranných prací spadají i činnosti, které vytvářejí bezpečné prostředí pro zásah složek IZS. Časový limit od vyhlášení MU do příjezdu složek IZS je určen dojezdovou vzdáleností těchto složek a jejich pokrytím dané oblasti.

Likvidační práce jsou definovány zákonem č. 239/2000 Sb. Likvidační práce slouží k odstranění dopadů mimořádných události. Následky MU mohou postihnout osoby, věci, zvířata a životní prostředí. Likvidační práce slouží k odstranění těchto následků za co nejbezpečnějších podmínek pro složky, které likvidační práce vykonávají. Tyto práce jsou vykonávány ihned po příjezdu na místo události a je nezbytně nutné je provádět pro následné využívání místa události nebo ukončení zásahu. Po ukončení likvidačních prací začínají orgány veřejné správy provádět obnovovací práce na daném území. Obnovovací práce mohou být součástí likvidačních prací, ale jen v případě, že o tom rozhodne velitel zásahu. Tento postup je však výjimečný. Okolnosti na místě zásahu musejí být natolik vážné, aby si velitele zásahu uměl své rozhodnutí následně obhájit.

Okamžik, ve kterém lze ukončit záchranné práce a začít provádět likvidační práce, se charakterizuje jako moment, kdy jsou odvrácena bezprostřední rizika, která vznikla při mimořádné události. V tento moment je již poskytnuta odborná lékařská pomoc všem,

kteří ji potřebovali, a jsou bezpečně odstraněny příčiny vzniku mimořádné události. O ukončení záchranných prací nebo souběžném provádění záchranných a likvidačních prací rozhoduje velitel zásahu, který je na místě přítomen, a celou situaci kontroluje (zákon č. 239/2000 Sb.).

1.2 Postupy zdravotnické záchranné služby při řešení mimořádné události

Zdravotnická záchranná služba je nucena v případě zásahu v místě mimořádné události přestupovat z urgentní medicíny do medicíny katastrof (Urgentní medicína, 2004).

Urgentní medicína je dle Společnosti urgentní medicíny multidisciplinární lékařský obor, který je vyčleněn k poskytování, vědeckému zkoumání a organizování neodkladné péče. Obor urgentní medicíny je vyčleněn pro řešení neodkladné resuscitace a lékařské první pomoci. Tento obor se vyznačuje péčí o pacienty, kteří se nacházejí ve stavu života ohrožujícím, tedy velice kritickém. V případě, že by se k pacientům nedostali pracovníci oboru urgentní medicíny včas, je pravděpodobné, že by u pacientů mohlo docházet ke vzniku patologických dějů, které by mohly způsobit chronické obtíže a v konečném důsledku by vedly k náhlé smrti. Pracovníci poskytující péči urgentní medicíny se vyznačují svou velkou odborností a zkušenostmi, díky kterým poskytují pacientům odbornou péči na místě události, před a během transportu do zdravotnického zařízení. Problémovými faktory urgentní medicíny je nemožnost predikovat, jaké obtíže pacienta zasáhnou a jaký typ pacienta bude na místě zásahu. Z tohoto důvodu jsou pracovníci školeni na všechny věkové skupiny pacientů a měli by být odborně způsobilí natolik, že jsou schopni provést odbornou první pomoc komukoliv a kdykoliv. Primárním úkolem výjezdových skupin je stabilizace pacienta na místě zásahu, zajištění jeho vitálních funkcí a transport. K léčbě akutních onemocnění slouží výjezdovým skupinám ZZS farmakoterapie, která je jednou z mnoha základních metod léčby. Urgentní medicína se vyznačuje péčí prvního kontaktu o jednoho pacienta na jednu výjezdovou skupinu (Urgentní medicína, 2004).

Medicína katastrof je interdisciplinární zdravotnický obor, který je využíván při zásahu v místě mimořádné události. Členové IZS zasahující na místě události často nemají dostatečné prostředky, čas a síly na péči o postižené osoby. Hlavním úkolem medicíny katastrof je zvýšit šanci na přežití a zajistit přežití co největšímu možnému počtu

poraněných v místě události. Místo události, ve kterém složky IZS zasahují, se vyznačuje zhoršeným přístupem, nebezpečím, zásah může být prováděn v noci a infrastruktura místa zásahu může být narušená. Medicína katastrof je typická tím, že v první fázi je totální nepoměr mezi zraněnými či postiženými na místě události a jednotkami, které na místě zasahují. Z tohoto důvodu je primárním úkolem velitele zdravotnické složky získat více informací a předat je na operační středisko, které koordinuje celou situaci a následně vysílá více jednotek či speciální vybavení. Velitel zásahu má oprávnění dělit místo události na jednotlivá stanoviště. Primárně přichází na řadu třídění osob, kde často dochází ke spojení zdravotnické záchranné služby s ostatními složkami IZS, z důvodu urychlení celého procesu třídění. Následně bývají pacienti přesunuti na místo ošetření a místo odsunu, ze kterého je koordinován transport do potřebného zdravotnického zařízení (Bulíková, 2011; Štětina et al., 2014).

Zdravotnická záchranná služba je jednou z hlavních složek integrovaného záchranného systému. Mezi hlavní složky IZS se řadí také Hasičský záchranný sbor České republiky, jednotky požární ochrany, které jsou zařazené do plošného pokrytí kraje a poslední složkou je Policie České republiky. Kompetentně spadá zdravotnická záchranná služba pod ministerstvo zdravotnictví, ale řízená je kraji (Martínek a Tvrdek, 2010). Dle zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, je zdravotnická záchranná služba definována jako odborná přednemocniční neodkladná péče, kterou poskytují vyškolení odborní pracovníci v místě úrazu či události. Tuto službu poskytují postiženým osobám, které náhle onemocněli nebo jsou v akutním ohrožení života. O tyto postižené zdravotnická záchranná služba pečuje na místě události, před a během transportu do zdravotnického zařízení, ve kterém je pacientovi poskytnuto finálního ošetření. Zdravotnická záchranná služba je nejčastěji zřizována krajem. Právně je však umožněno, aby výjezdové stanoviště ZZS bylo zřízeno právnickou nebo podnikající fyzickou osobou (Martínek a Tvrdek, 2010). V zákoně č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, je definována oblast připravenosti zdravotnické záchranné služby na řešení mimořádných událostí a krizových situací. Dále ze zmíněného zákona vyplývá, že zdravotnická záchranná služba zajišťuje přípravu svých výjezdových jednotek a operačního střediska na řešení mimořádných událostí a krizových situací pro danou oblast působení. Oblast působení zdravotnické záchranné služby je definována jako oblast poskytování zdravotnické záchranné služby a přípravu na možný společný

zásah složek IZS. Řešena je i příprava ZZS na veškeré úkoly, které vyplývají z dokumentace IZS (zákon č. 374/2011 Sb.).

Zdravotnická záchranná služba má přesně stanovený časový limit, dle kterého musí zasáhnout na místě události. Tento časový limit byl stanoven na 20 minut. Časový limit je určen zákonem a zřizovatelům zdravotnické záchranné služby slouží jako ukazatel pro rozmístění základen ZZS na území jednoho kraje (zákon č. 374/2011 Sb.). Síť pokrytí ZZS je tvořena územními středisky záchranné služby, okresními středisky záchranné služby a jednotlivými výjezdovými skupinami. Územní středisko záchranné služby je složeno z více úseků. Součástí tohoto střediska je operační středisko záchranné služby, řídicí úsek, středisko letecké záchranné služby, technický úsek, krizový útvar a samotné výjezdové skupiny (vyhláška č. 434/1992 Sb.). V současné době pokrytí celé České republiky odpovídá stanovenému časovému intervalu dojezdu 20 minut. Tento časový limit je počítán od přijetí tísňové výzvy na linku operačního střediska zdravotnické záchranné služby (zákon č. 374/2011 Sb.).

1.2.1 Členění dle výjezdových skupin

Výjezdové skupiny jsou určeny pro poskytování primární přednemocniční neodkladné péče. Tyto skupiny zasahují přímo na místě události a péči o pacienta nepřerušují do předání pacienta do zdravotnického zařízení (zákon č. 374/2011 Sb.). Výjezdové skupiny jsou členěny dle činností, na které jsou specializovány a určeny. Výjezdové skupiny jsou děleny do čtyř typů (Vavrečková, 2008):

- Rychlá zdravotnická pomoc (RZP) je složena z dvoučlenné posádky, kterou tvoří zdravotnický záchranář a řidič. Tato posádka byla v nynější době přehodnocena a může obsahovat dva zdravotnické záchranáře, z nichž jeden zaujímá post řidiče. Tato skupina je určená k výjezdům, které nevyžadují akutní zapojení lékaře na místě události a pro ošetření pacienta postačují znalosti zdravotnického záchranáře. Transport pacienta je však vždy do zdravotnického zařízení, kde je předáván lékaři daného oddělení.
- Rychlá lékařská pomoc (RLP) je tvořena tříčlennou posádkou, kterou tvoří lékař zdravotnické záchranné služby, zdravotnický záchranář a řidič. Tato výjezdová

skupina byla převážně využívána na menších základnách v okresech, kde nedocházelo k velkému počtu výjezdů. V nynější době se od tohoto typu výjezdové skupiny ustupuje z důvodu nedostatku lékařů.

- Rendez-vous systém (RV) se také nazývá setkávací systém, který slouží jako nahrazení systému RLP. Členem posádky musí být vždy lékař zdravotnické záchranné služby a zdravotnický záchranář, který zastává pozici řidiče vozidla. Vozidlo skupiny RV bývá zpravidla osobní automobil, který je lépe ovladatelný, ale nevýhodou může být, že nemá místo pro pacienta. Pacient musí být transportován ve vozidle RZP, RLP či leteckou záchrannou službou. Tento systém je využíván po celé České republice z důvodu lepšího využití lékaře zdravotnické záchranné služby, který dojíždí na místo události po přivolání skupin RZP v případě zhoršení stavu. RV systém také vyjíždí ze základny ihned se skupinou RZP v případech, které určují vysokou naléhavost z tísňové výzvy vyžadující přítomnost lékaře.
- Letecká záchranná služba (LZS) je speciální výjezdovou skupinou zdravotnické záchranné služby. Členové posádky se liší dle zvyklostí a provozovatele kraje, ale zpravidla jsou tvořeni pilotem, lékařem a zdravotnickým záchranářem. Letecká záchranná služba je hojně využívána u akutních zhoršení stavu, kdy je nutné pacienta rychle transportovat do zdravotnického zařízení. Dále ji lze využít při hledání v rozsáhlých terénech. Zastupují posádku zdravotnické záchranné služby na místě zásahu v případě, že je místo zásahu nepřístupné po zemi. V neposlední řadě je také využívána jako sekundární převoz pro pacienty v akutní fázi z jednoho zdravotnického zařízení do dalšího nebo jako přeprava novorozenců.

Členové výjezdových skupin jsou nuceni splnit časový limit od příjmu výzvy do odjezdu ze základny, tento limit je v současnosti 2 minuty. Členové výjezdových skupin jsou oprávněni vstupovat do cizích objektů, avšak jen a tehdy, zda jsou nuceni poskytovat zde přednemocniční neodkladnou péči nebo se zde nachází postižená osoba. Dále mohou členové výjezdových skupin vstupovat do cizích obydlí, pozemků, ale jen v případech dříve řečených. Vedoucí výjezdové skupiny je oprávněn neposkytnout přednemocniční neodkladnou péči v případě, že by členové výjezdové posádky byli bezprostředně ohroženi na životech či zdraví a také v případě, že by na zásah neměli dostatečné technické vybavení (zákon č. 374/2011 Sb.).

Zdravotnické operační středisko lze chápat jako řídicí prvek celé krajské sítě zdravotnické záchranné služby. Historická myšlenka operačních středisek

byla rozpracována díky lince Ochranného sboru. Komunikace zdravotnické záchranné služby a zdravotnického zařízení fungovala na základě využití dispečerských stojanů dopravního podniku města Prahy. V době konce 2. světové války se začala více využívat komunikační zařízení a to především radiotelefony, které se začaly od roku 1952 v záchranné službě testovat v sanitních vozech. Tento systém byl však provázen velkou poruchovostí a komunikační problémy se nedařilo vyřešit hlavně z důvodu geografického rozložení města Prahy. První operační středisko vzniklo v Praze po roce 1952. Struktura operačního střediska v roce 1952 se příliš nelišila od struktury nynějších operačních středisek. Myšlenka rozdělení funkcí a přijímání tísňové výzvy specialisty zde byla od začátku a sloužila k vylepšení komunikace a pro rychlejší příjem a vyřízení tísňových výzev. V nynější době jsou operační střediska zdravotnické záchranné služby početnější a technologicky mnohem vyspělejší, ale prvotní myšlenka zůstává pořád stejná (Šeblová a Knor, 2013; Remeš a Trnovská, 2013).

V této době je však ZOS centrálním uzlem komunikace výjezdových skupin, a proto je nejčastěji umístěno v krajském městě, ze kterého je celý provoz ZZS řízen. Funkce zdravotnického operačního střediska je definována jako poskytování nepřetržité pomoci všem volajícím na tísňové číslo 155 a zároveň koordinace a propojení všech výjezdových skupin daného kraje. V případě vzniku mimořádné události nebo nutnosti součinnosti s jiným operačním střediskem složek IZS nebo zdravotnickým operačním střediskem jiného kraje zahajuje komunikaci a obstarává předání důležitých informací všech výjezdových skupin na místě zásahu (Franěk, 2016; ZZSHmP, 2018).

Zdravotnické operační středisko je řízeno dle svého interního dokumentu, který se nazývá provozně organizační řád zdravotnického operačního střediska. V této dokumentaci jsou právně upraveny provozně organizační podmínky a postupy práce na ZOS. Legislativní ukotvení má zdravotnické operační středisko v § 9 zákona č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě. Zde je přímo řešeno, že zdravotnické operační středisko spadá do základních zařízení zdravotnické záchranné služby a jeho činnost je upravena § 11 zákona o zdravotnické záchranné službě.

V případě, že zdravotnické operační středisko přijme výzvu, která obsahuje hlášení o vzniku mimořádné události, ZOS ihned na místo události vysílá první výjezdovou skupinu v dosahu. Po příjezdu na místo události má za úkol první výjezdová skupina zhodnotit situaci a udělat odborný odhad situace. **Prvotní kontakt** a hlášení posádky

operačnímu středisku záchranné služby musí dle vnitřních předpisů obsahovat sedm kriticky důležitých informací. K lepšímu zapamatování slouží anagram METHANE:

M – My singe (vlastní identifikace, vznik/ohlášení MU).

E – Exact (lokalizace místa MU).

T – Type (charakterizace MU – DN, výbuch atd.).

H – Hazard (ohrožení existující/možné).

A – Access (přístup, přístupové cesty).

N – Number (počet zasažených/ raněných).

E – ES (záchranné systémy na místě).

Na základě prvního hlášení zdravotnické operační středisko vyhláší určitý stupeň traumatologického plánu (Štětina et al., 2000; Urbánek, 2011, Pracoviště krizové připravenosti ZZS KHK, 2015). Následně kontaktuje ZOS všechna zdravotnická zařízení, která by mohla pomoci při řešení mimořádné události (ČLS JEP., 2018).

1.2.2 Dělení pozic na místě události z pohledu zdravotnické záchranné služby

Na místě mimořádné události je velice důležité, aby byl určen **vedoucí zdravotnické složky**. Žádoucím faktorem při určování vedoucího zdravotnické složky je čas, z tohoto důvodu se stává vedoucím zdravotnické složky zpravidla první zdravotnický záchranář na místě události. Ve velkém počtu případů se ze členů první výjezdové skupiny na místě události stávají vedoucí jednotlivých úseků mimořádné události (GŘ HZS ČR, 2008). Vedoucí zdravotnické složky má za úkol organizovat a řídit činnost ZZS na místě události, komunikuje a spolupracuje s velitelem zásahu, který je zpravidla členem hasičského záchranného sboru, komunikuje také s operačním střediskem záchranné služby dané oblasti a průběžně ho informuje o změnách v řešení MU na místě. Jeho úkolem je také určit vedoucí ostatních zdravotnických skupin v místě zásahu. V případě potřeby má možnost stanovit místo nástupu zdravotnické složky do místa události, určuje polohu stanoviště PNP, místo pro umístění zemřelých a samozřejmě i místo pro odpočinek pracovníků složek IZS. V případě, že je první posádka na místě

složena z členů, kteří nejsou dostatečně kvalifikovaní pro zvládnutí celé situace, je možné předat post vedoucího zdravotnické složky starším a zkušenějším kolegům, kteří přijíždí na místo události následně.

Vedoucím třídící skupiny a stanoviště přednemocniční neodkladné péče musí být dle zákona vždy lékař. Často určuje vedoucí zdravotnické složky do této funkce lékaře, který přijíždí na místo události jako první (GŘ HZS ČR, 2008). Na vedoucího třídící skupiny je kladena velká odpovědnost. Musí u každého postiženého stanovit prioritu rozsahu ošetření, způsob transportu a cílové zdravotnické zařízení. Z tohoto důvodu jsou pacienti často děleni do čtyř kategorií. První jsou ty, kteří potřebují ihned ošetřit, další jsou ti, kteří musí být okamžitě transportováni do zdravotnického zařízení (ZZ), dále lehce ranění, kteří nevyžadují urgentní péči a zemřelí (Weidringer, 2010).

Vedoucím odsunu je nejčastěji pověřen druhý člen první výjezdové skupiny na místě zásahu. Je to tedy zdravotnický záchranář nebo řidič zdravotnické záchranné služby, který dohlíží na bezproblémový transport postižených mimořádnou událostí do zdravotnických zařízení. Současně tvoří a upravuje dokumentaci určenou pro jeho pozici. Vedoucí odsunu často spolupracuje s Policií České republiky při koordinaci vozů ZZS a zajišťuje průjezdnost kritických spojovacích uzlů na místo MU (Šeblová et al., 2008; ZZS KHK, 2015).

1.2.3 Triage pacientů

Triage neboli třídění pacientů na místě události s hromadným postižením osob (HPO) je přizpůsobeno co nejrychlejšímu rozpoznání akutnosti pacientova stavu a určení zranění. V tuto chvíli přichází pro velkou část pracovníků zdravotnické složky stěžejní moment, ve kterém je nutné změnit systém ošetřování pacientů ze systému urgentní medicíny na systém medicíny katastrof. Třídění má zajistit kvalitní roztrídění postižených přímo v terénu dle závažnosti poranění a prognózy přežití. Je důležité, aby se tento proces v průběhu péče o pacienta opakoval, a pacient byl vždy provedeném léčebném úkonu přetříděn. Nejdůležitější myšlenkou však zůstává, že by triage měla být co nejrychlejší z důvodu velkého množství poraněných na místě. V prvotní fázi třídění se provádějí jen tři možné záchranné manévry. Vedoucí třídící skupiny všechny členy třídícího týmu nejprve edukuje, že v případě neprůchodnosti dýchacích cest lze použít

záklon hlavy (viz Příloha A) současně se zavedením ústního vzduchovodu, v případě masivního zevního krvácení bude aplikováno škrtidlo (viz Příloha B) a v případě, že se pacient nachází v bezvědomí, ale má dostatečnou dechovou aktivitu je provedena zotavovací poloha (viz Příloha C) (Urbánek, 2007; Pokorný, 2010, HO et al., 2014; (Freire-Tellado et al., 2017).

Třídění metodou START (viz Příloha D) je druh laického třídění osob na místě události s HPO. Výhodou tohoto typu třídění je, že lze do třídění zapojit větší množství pracovníků, kteří nejsou svou odborností zdravotníci. V případě velkého počtu postižených osob na místě je tato metoda určena pro zapojení členů hasičského záchranného sboru, kdy jsou osoby se selhávajícími základními životními funkcemi ihned transportovány na stanoviště přednemocniční neodkladné péče k nutnému ošetření (Štětina, 2014). Výhodou této metody je také jednoduché označování pacientů dle závažnosti. Při třídění typu START jsou použity čtyři barvy. Barevné označení je v podobě šátků, náramků či karet, které jsou v dané barvě a všechny složky IZS by je měly mít vždy ve služebním voze. Po roztřídění jsou pacienti následně vynášeni z místa události a dle barev je určeno jejich pořadí (Dobiáš, 2007).

První barvou je barva **zelená**. Tato barva značí lehká zranění a osoby, které nevyžadují akutní lékařskou pomoc. Začátkem každého třídění na místě MU s HPO je vyzvání postižených, aby se zvedli a opustili místo události. Tito pacienti jsou zpravidla vždy přiřazeni do skupiny zelených. Příkladem může být poranění měkkých tkání – tržné ranky či malé řezné rány, uzavřené zlomeniny či lehké popáleniny. Do této skupiny spadají i postižení, kteří nemají žádná poranění (Pokorný, 2004). Pro tyto pacienty je určeno místo, kde se schromažďují. Je nesmírně důležité, aby na určeném místě byl vždy poučený dozor, který pacienty označené zelenou barvou monitoruje a v případě zhoršení jejich stavu okamžitě kontaktuje zdravotnické pracovníky (Iserson et al., 2007a i 2007b).

Druhou skupinou jsou pacienti se **žlutou** barvou. Tito pacienti již mají nějaké zdravotní obtíže, ale jejich stav nevyžaduje akutní ošetření. Z časového hlediska je naléhavost ošetření dle Štětiny (2014) 1–2 hodiny. Příkladem poranění této skupiny mohou být otevřená poranění břicha, hrudníku či popáleniny, pacienti jsou směřováni na stanoviště PNP (MV GRH HZS ČR, 2007).

Třetí skupinou jsou pacienti označeni barvou **červenou**. Tito pacienti jsou označeni jako pacienti TOP PRIORITY, tudíž nejvyšší prioritou pro ošetření na místě události

či ve zdravotnickém zařízení. V případě, že by se této skupině pacientů nedostalo ošetření do několika málo minut, došlo by k selhání základních životních funkcí až smrti. Pro řadu pracovníků zdravotnické složky je přístup k pacientům tohoto typu velice náročný. Zdravotničtí záchranáři jsou přezkušováni a kováni v nepřímé srdeční masáži a resuscitaci, avšak v případě mimořádné události se resuscitace jako léčebný úkon nevyužívá z důvodu časové tísně (MV GŘ HZS ČR, 2007). Do červené skupiny patří například pacienti s potřebou akutně zajistit dýchací cesty a provést umělou plicní ventilaci, akutní zástavy masivního zevního krvácení, poruchy dýchací či oběhové, punkce pneumotoraxu či uzavřenými poraněními, která vyžadují akutní transport do zdravotnického zařízení z důvodu nemožnosti kompletního zaléčení na místě události (Pokorný, 2004). Tito pacienti jsou akutně směřováni na stanoviště PNP či do zdravotnického zařízení.

Poslední skupinou je skupina označena barvou **černou**. Tato skupina zahrnuje zemřelé pacienty (Iserson et al., 2007a i 2007b). Černá skupina pacientů je určena dle aktuálního stavu pacienta. Pravidlem bývá, že do této skupiny patří pacienti s poraněním neslučitelným se životem. Případy, kdy se nepodařilo akutně zastavit krvácení nebo se po záklonu hlavy (viz Příloha A) neobjevila dostatečná dechová aktivita. Tito pacienti jsou většinou transportováni z místa MU jako poslední do prostoru ohledání zemřelých (MV GŘ HZS ČR 2007; Kragh et al., 2012; Kragh a Dubick, 2016).

Druhou metodou třídění je **metoda třídících a identifikačních karet**. Rozdílem mezi třídícími metodami je, že metoda START je dobrovolná a pomáhá jako rychlejší způsob bazálního roztrídění. Na druhou stranu metoda, která využívá třídící a identifikační kartu (TaIK) (viz Příloha E) je ze zákona povinná (Remeš, 2013). Třídění pomocí této metody lze provádět i jako prvotní třídění pacientů na místě události v případě, že je na místě události dostatek zdravotnického personálu, avšak obvykle je TaIK využito až na stanovišti přednemocniční neodkladné péče, jako součást přetřídění pacientů po zaléčení (Štětina et al., 2014).

Postup třídění pomocí TaIK je určen pro lékaře a zdravotnického záchranáře. Zdravotnický záchranář čte a následně zaznamenává vše, co je potřebné k prvnímu protřídění dle TaIK. Lékař provádí vyšetření pacienta a sděluje záchranáři, co má do karty zaznamenat a jaká terapie bude u daného pacienta nezbytná. Tento postup by neměl zabrat více jak 1–2 minuty na jednoho pacienta (GŘ HZS ČR, 2008). Výhodou TaIK je rozmanitá

možnost umístění, nejčastěji je karta umístěna pacientovi kolem krku, díky oranžové barvě je velice dobře viditelná. Třídící a identifikační karty (viz Obrázek 1) byly zhotoveny z nepromokavého materiálu, a to jen díky zkušenostem z minulých mimořádných událostí s hromadným postižením osob, které byly řešeny v nepříznivých podmínkách (SUMMK, 2009).

Obrázek 1 Třídící a identifikační karta

The diagram illustrates the layout of a triage and identification card (TaIK) in orange. It is divided into two main columns: 'DIAGNOZA' (Diagnosis) on the left and 'POTVRZENÍ PROVEDENÍ' (Confirmation of Treatment) on the right. The top section contains patient identification (Pac. č. A 0001) and vital signs (Vědomí GCS, Dýchání, Oběh). The middle section features a triage priority scale (I, IIa, IIb, III, IV) and a legend for symbols (//, Δ, O, X, IIIIV). The bottom section includes transport status (DOPRAVCE, ZZS) and a section for 'Útržek pro dopravce' (Receipt for driver) and 'Útržek pro ZZS' (Receipt for ambulance). The right column contains a checklist for treatments (O₂, Intubace, Ventilace, Hrudní drenáž, Zástava krvácení, Infuze, Léky, Znehybnění, Dekontaminace) and a section for 'Označení čísel' (Numbering) and 'Odd.' (Departments).

Zdroj: ČLS JEP, 2009

K označení pacientů slouží v první fázi kód, který se nachází na přední straně TaIK. Tento kód se skládá z písmene, které přísluší posádkám kraje, ve kterém se mimořádná událost s hromadným postižením osob stala. Systém třídících a identifikačních karet byl navržen tak, aby se v jednom kraji čísla třídících a identifikačních karet nemohla opakovat, za účelem zamezení záměny pacientů. Přední stranu využívá zdravotnický

záchranář k zaznamenání základních životních funkcí, primární diagnózy a třídící označení pacienta. Tato metoda třídění je odlišná od metody START. Metoda dle třídící a identifikační karty dělí pacienty do pěti skupin (SUMMK, 2011):

- Priorita I. **přednostní terapie** do této skupiny spadají pacienti, kteří jsou v akutním ohrožení života, je u nich potřeba ihned zajistit základní životní funkce a hrozí jim selhání některé z vitálních funkcí. U těchto pacientů je akutně zahájena veškerá dostupná terapie kromě resuscitace. Příkladem může být zástava masivního zevního krvácení, patologie dechu, která v brzké době povede k zajištění dýchacích cest a potřebě napojení pacienta na umělou plicní ventilaci či pacienta s poruchou vědomí, který potřebuje akutně zaléčit.
- Priorita II.a **přednostní transport** do této skupiny spadají pacienti, kterým nelze na místě události poskytnout dostatečnou péči k záchraně jejich zdraví. Příkladem mohou být úrazy břicha a hrudníku, podezření na vnitřní krvácení či poranění páteře nebo míchy. Tito pacienti mají velmi malou pravděpodobnost přežití v případě, že by jejich transport do zdravotnického zařízení nebyl uspíšen a je zřejmé, že péče, která by jim byla na místě události poskytnuta není dostatečná.
- Priorita II.b **transport k odložitelnému ošetření** do této skupiny spadají pacienti zpravidla se zlomeninami, které jsou zavřené a nepředstavují zásadní ohrožení života nebo pacienti s popáleninami, kteří mají popáleniny nad 15 % tělesného povrchu. Priorita transportu není akutní, tudíž nebudou transportováni do zdravotnického zařízení před skupinou číslo II, avšak jejich nutnost transportu převyšuje skupinu č. III.
- Priorita III. **lehce ranění** pacienti, kteří jsou schopni sami reagovat na situaci a mohou se přesunout do bezpečné oblasti. Tato skupina by se dala nazvat jako nejvíce rizikovou, protože se na první pohled může zdát jako nejvíce bezpečná. Životně důležité pro skupinu III je, aby byl na stejném místě po celou dobu vždy proškolený pracovník, který celou skupinu sleduje a v případě jakékoliv změny zdravotního stavu okamžitě kontaktuje zdravotnické pracovníky, kteří mohou ihned zasáhnout.
- Priorita IV. **mrtví** do poslední skupiny patří pacienti, kteří utrpěli poranění neslučitelná se životem nebo jim nebyla poskytnuta terapie k záchraně jejich zdraví.

Zemřelí zůstávají na místě události jako poslední a jsou transportováni na určené místo, kde jsou následně ohledáni a identifikováni.

1.2.4 Členění mimořádné události dle stanovišť

Jak již bylo dříve v textu zmíněno, vedoucím **stanoviště přednemocniční neodkladné péče** je lékař zdravotnické záchranné služby, typicky první lékař na místě události s HPO. Vedoucí lékař je určen vedoucím zdravotnické složky. Vedoucí lékař určuje způsob a rozdělení stanoviště přednemocniční neodkladné péče. Toto stanoviště je zřízeno při mimořádné události s hromadným postižením osob vždy, když nelze pacienty ihned bezpečně stabilizovat a transportovat do nemocničního zařízení. Stanoviště PNP je zpravidla děleno na sektory. Prvním sektorem bývá příjem a přetřídění pacientů (vyhláška č. 240/2012). Nejčastěji používaným prvotním tříděním je třídění metodou START, následně jsou akutní pacienti co nejrychleji transportováni na stanoviště přednemocniční neodkladné péče, kde již čeká vedoucí lékař tohoto pracoviště společně se záchranáři a dochází ke kvalitnímu přetřídění za pomoci třídících a identifikačních karet. Dále je pacient umístěn do prostoru poskytování přednemocniční neodkladné péče, kde je mu dle třídících a identifikačních karet poskytnuta adekvátní léčba a péče. Po provedení dané terapie jsou veškeré úkony následně zaneseny do pacientovi TaIK, kterou má pacient po celou dobu na sobě. Klíčovým momentem se stává přetřídění pacientů po poskytnuté terapii (Urbánek, 2015).

Na tomto stanovišti jsou nejčastěji pacientovi zajištěny dýchací cesty a pacient je napojen na přístroj umělé plicní ventilace, dále je v případě nutnosti zastaveno život ohrožující krvácení, zahájena léčba analgetiky a volumoterapie (Urbánek, 2015). Je však nutné si uvědomit, že je kriticky důležité u pacientů vyžadujících intervence, jenž jim není na místě události možné poskytnout, brzký transport do nemocničního zařízení. Tudiž každý zdravotnický pracovník v místě události by měl mít na paměti, že veškerá poskytovaná péče by měla být jen bazální, a stabilní pacient by měl být ihned transportován do zdravotnického zařízení, ne však na úkor pacientů, kteří potřebují akutní operační výkon (Adams, 2015).

Klíčové je, aby byl pacient po zaléčení dále přetříděn z důvodu možnosti vedlejších zranění či náhlých neočekávaných změn. Poskytování přednemocniční neodkladné péče

na tomto stanovišti by mělo být ze strany zkušených záchranářů co nejrychlejší a nejúčinnější. Průchod pacienta stanovištěm PNP by měl být jednosměrný, aby se zabránilo případnému neošetření pacienta a celý systém stanoviště přednemocniční neodkladné péče fungoval (Urbánek, 2015).

Vedoucím **stanoviště odsunu** je nejčastěji řidič zdravotnické záchranné služby, který je členem první posádky na místě události. Je určen vedoucím zdravotnické složky. Nejdůležitějším úkolem vedoucího odsunu je zajistit průjezdnost příjezdových tras na stanoviště odsunu. Vedoucí odsunu vyžaduje od složek integrovaného záchranného systému spolupráci při zajištění volného průjezdu komunikacemi k místě události z důvodu rychlého transportu pacientů do zdravotnického zařízení (Urbánek, 2015).

Stanoviště odsunu by mělo být umístěno blízko stanoviště přednemocniční neodkladné péče, avšak na takovém místě, aby zde byla možnost umístit více vozidel zdravotnické záchranné služby. Další podmínkou je, aby byla umožněna dostatečně manipulace s pacienty a fungovalo bezproblémové naložení transportovaných pacientů do vozů ZZS (Urbánek, 2015).

Dalším důležitým úkolem vedoucího odsunu je tvorba dokumentace o transportovaných pacientech z místa události. Vedoucí odsunu po konzultaci s vedoucím zdravotnické složky a vedoucím lékařem určuje typ transportu daného pacienta a koncové zdravotnické zařízení. Možností transportu je více, primárně se využívají k transportu zajištěných pacientů výjezdové vozy zdravotnické záchranné služby. Dále je možnost využít leteckou záchrannou službu v případě, že je pacient v kritickém stavu, a péče, která je na místě poskytována není dostatečná. Vedoucí odsunu má také možnost požádat ZOS o transport pacientů vozy dopravních zdravotnických služeb, díky vyhlášení traumatologického plánu (Urbánek, 2015).

Výhodu využití třídících a identifikačních karet lze poznat i při potřebě rychlého transportu pacienta, kdy vedoucí odsunu musí zaznamenat totožnost pacienta, transportující vozidlo s posádkou a konečné zdravotnické zařízení. Zde mu slouží třídící a identifikační karta jako urychlení a usnadnění práce. Díky tomu, že je TaIK opatřena útržky, které si vedoucí odsunu může od každého pacienta vzít a následně jen dopsat do pacienta třídící a identifikační karty do jakého zdravotnického zařízení bude pacient transportován a jakým prostředkem. Na útržku je viditelný kód označující daného pacienta, který se v daném kraji neopakuje, a tudíž nemůže dojít k záměně pacientů.

Posádka, která pacienta transportuje, si po příjezdu také jeden útržek uschová a díky tomuto systému je velice jednoduché zhotovit dokumentaci transportovaných pacientů z místa události (vyhláška č. 98/2012).

Rozhodnutí o odsunu pacientů, které vedoucí odsunu na místě události vynesl, může být změněno pouze operačním střediskem zdravotnické záchranné služby. Zdravotnické operační středisko má často lepší přehled o možnostech konečných zdravotnických zařízení a při transportu zraněných pacientů je vždy snaha rozprostřít poraněné do více ZZ a nepřenést mimořádnou událost s hromadným postižením osob pouze do jednoho nemocničního zařízení (vyhláška č. 240/2012).

1.3 Traumatologický plán zdravotnické záchranné služby

Traumatologický plán je jedním z nejdůležitějších dokumentů v případě řešení mimořádných událostí s hromadným počtem osob. Zpracování traumatologického plánu je právně ukotveno v těchto zákonech (Smetana et al., 2010):

- zákon č. 374/2000 Sb., o zdravotnické záchranné službě a o změně některých zákonů;
- zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů;
- zákon č. 240/2000 Sb. o krizovém řízení a o změně některých zákonů;
- zákon č. 241/2000 Sb. o hospodářských opatřeních pro krizové stavy a o změně některých zákonů;
- vyhláška č. 429/2003 Sb. o některých podrobnostech zabezpečení integrovaného záchranného systému ve znění pozdějších předpisů;
- vyhláška č. 103/2006 Sb. o zónách havarijního plánování, rozsahu a způsobu vypracování vnějšího havarijního plánu a další prováděcí předpisy v platném znění.

Traumatologický plán je dokument, který je prostředkem vyššího stupně operačního řízení. Tento dokument je aktivován v případě vzniku mimořádné události s HPO a je prostředkem návaznosti přednemocniční neodkladné péče na péče nemocniční. V traumatologickém plánu je také rozpracována spolupráce všech zasahujících složek

na místě a všech dalších složek, které se podílejí na řešení mimořádné události (Hlaváčková et al., 2007). Traumatologický plán (TP) rozděluje stupně aktivace dle potřeby součinnosti a koordinace v daném území. Dle aktivačních stupňů je stanovena potřeba sil a prostředků, které je nutné vyslat na místo události k zvládnutí mimořádné události. Jednotlivé aktivační stupně se určují dle počtu postižených osob na místě události (Fišer, 2011). Traumatologický plán je dokument, který se dynamicky mění s aktivací plánu krizové připravenosti současně s povinnostmi vyplývajícími ze zákona č. 240/2000 Sb. krizového zákona, kterým je určeno, že každý poskytovatel zdravotnické záchranné služby a zdravotnického zařízení musí zpracovat traumatologický plán a každé dva roky ho aktualizovat. Dokument se mění a vyvíjí v čase, je závislý na změně hrozeb, rizik a vývoji daného zařízení (zákon č. 240/2000 Sb.; Hlaváčková et al., 2007).

Traumatologický plán zdravotnické záchranné služby je tvořen třemi částmi. První částí TP ZZS je část základní. Tato část obsahuje (vyhláška č. 240/2012 Sb.):

- název, adresu sídla a identifikační číslo poskytovatele ZZS;
- název a adresu zřizovatele poskytovatele ZZS;
- přehled spojení na poskytovatele ZZS;
- vymezení předmětu činnosti poskytovatele ZZS;
- přehled a hodnocení možných rizik a ohrožení na území kraje, která mohou vést k HPO a analýzu jejich možného dopadu na poskytovatele ZZS;
- přehled a hodnocení možných vnitřních a vnějších zdrojů rizik a ohrožení zdravotnického zařízení poskytovatele ZZS;
- charakteristiku možných typů postižení zdraví;
- vymezení opatření plněných poskytovatelem ZZS při HPO.

V základní části je využíváno převážně metod analýzy a hodnocení rizik. Tyto metody jsou nezbytně nutné ke kvalitnímu krizovému plánování, a tudíž i k zajištění připravenosti na řešení náhle vzniklých mimořádných událostí většího rozsahu.

Pro hodnocení rizik lze využít několik typů analýz (Krömer, 2010). Příkladem může být analýza Check list, která slouží k systematické kontrole plnění dříve určených podmínek

a opatření (GŘ HZS ČR, 2004). Dále lze využít analýzy What – If, Preliminary hazard analysis, event tree analysis či SWOT analýzu, která je nejvíce komplexní metodou analyzování. Principem SWOT analýzy je rozdělení faktorů do čtyř skupin, tedy do skupin silných, slabých, příležitostí a hrozeb (Bernatík, 2006).

Dle Šenovského et al. (2007) je klíčový pojem riziko. Riziko je výsledek součinu nebezpečí a zranitelnosti, které slouží ke kvalitnímu hodnocení rizik. Dalším klíčovým pojmem je nebezpečí, které lze charakterizovat jako fenomén, který ohrožuje život, zdraví, majetek či životní prostředí (Krömer, 2010).

Druhou částí traumatologického plánu zdravotnické záchranné služby je část operativní, která obsahuje (vyhláška č. 240/2012 Sb., § 13):

- vymezení opatření přijatých pro případy HPO;
- vymezení opatření pro případ MU vyplývajících pro poskytovatele ZZS z havarijního plánu kraje a vnějších havarijních plánů;
- způsob zajištění PNP v návaznosti na typ postižení zdraví;
- způsob zajištění ochrany zdraví členů výjezdových skupin a dalších osob poskytujících PNP při HPO;
- postupy pro vysílání výjezdových skupin a koordinaci jejich činnosti v místě HPO, postupy pro třídění postižených osob v místě HPO;
- postupy pro koordinovaný odsun postižených osob z místa HPO;
- postupy pro vyžádání pomoci od ostatních poskytovatelů ZZS a složek IZS, postupy pro vyžádání pomoci od jiných poskytovatelů zdravotních služeb;
- postupy pro zajištění spolupráce s poskytovateli zdravotních služeb při HPO a jiných MU;
- postupy pro předání informací poskytovatelům jednodenní a lůžkové zdravotní péče o požadavcích na zajištění zdravotní péče postiženým osobám;
- přehled spojení na osoby podílející se na zajištění plnění opatření podle TP.

V této části traumatologického plánu je řešena problematika zdravotnického operačního střediska. V případě tvoření operativní části je důležité si uvědomit, že operační středisko musí změnit systém příjmu tísňových výzev v závislosti na situaci, ve které se pracovníci zdravotnické záchranné služby nacházejí. V běžném provozu je systém příjmu výzev velice jednoduchý. ZOS je rozdělena na velitele dané skupiny operátorů, který řeší komunikaci s výjezdovými posádkami ZZS a ZZ, dále je zde přítomen operátor, který má na starost přeposílání tísňové výzvy daným výjezdovým skupinám a jejich aktivaci. V neposlední řadě je zde větší počet operátorů, kteří mají na starost příjem tísňové výzvy převážně od obyvatel volajících na tísňovou linku 155. V případě vyhlášení MU se tento systém přeskupuje a ZOS se rozděluje na typicky 3 operátory, kteří se věnují normálnímu provozu a zabezpečují příjem tísňových výzev od obyvatel dané oblasti. Druhá část dispečerů se přeskupuje na systém MU. Tito operátoři mají za úkol přijímat hovory z místa události a řeší na operativní působnosti problémy mimořádné události (Remeš, 2013).

Poslední částí traumatologického plánu je část pomocná, která obsahuje (vyhláška č. 240/2012 Sb., § 13):

- přehled smluv uzavřených poskytovatelem ZZS s dalšími osobami k zajištění plnění opatření podle TP;
- přehled počtu zdravotnických pracovníků a prostředků vyžadovaných poskytovatelem ZZS od jiných poskytovatelů zdravotních služeb v případě HPO;
- seznam léčivých přípravků, zdravotnických prostředků a zdravotnické techniky pro zajištění PNP při HPO;
- další dokumenty související s připraveností poskytovatele ZZS na plnění opatření při HPO.

Třetí část traumatologického plánu je určena tvorbě smluv a další potřebné dokumentaci při řešení MU. Tato část traumatologického plánu je zaměřena na řešení situací, které vyžadují přítomnost i jiných složek, než jsou hlavní složky IZS. V případě špatného geografického umístění jsou kontaktovány a nasmlouvány pomocné složky, jako je například vodní záchranná služba či horská služba. Tyto složky pomáhají v případě události v jim známém terénu a urychlují provedení záchranných a třídících prací.

Nezbytnou součástí třetí části traumatologického plánu je zabezpečení suplování poskytování zdravotnické péče v případě, kdy by mimořádná událost byla tak velkého rozsahu, že by bylo nutné povolát k zásahu velký počet výjezdových jednotek zdravotnické záchranné služby. V tomto případě jsou v poslední části traumatologického plánu nasmlouvány další zdravotnické dopravní služby, které mohou zabezpečit transport stabilizovaných pacientů do koncového zdravotnického zařízení nebo v případě nemožnosti pokrytí dané oblasti zbývajícími výjezdovými skupinami mohou tyto služby nahradit výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby u méně závažných výjezdů k běžnému obyvatelstvu a poskytnout jim přednemocniční neodkladnou péči (Vilášek et al., 2014).

V této části je také myšleno na zajištění dostatečného množství léčivých přípravků, zdravotnických prostředků a zdravotnické techniky, kterou by měl mít poskytovatel PNP vždy v zásobě pro případ, že dojde ke vzniku mimořádné události s HPO. Z nejnovějších statistik plyne, že v současné době převažují mimořádné události s hromadným postižením osob traumatického rázu. Tudíž se poskytovatelé vybavují zásobními roztoky krystaloidů a nejčastějším analgetikem používaným v PNP je ketamin, který má velice dobré analgetické účinky a jeho použití je poměrně rozmanité. Aplikace ketaminu je možná intravenózně, intramuskulárně či nasálně, tento způsob je hojně využíván u léčby akutní bolesti u pacientů dětského věku například u popálenin. Největší výhodou použití ketaminu v PNP však zůstává jeho schopnost akutně tišit bolest a sedovat pacienta za udržení průchodnosti dýchacích cest (Knor, 2014).

1.4 Postupy zdravotnických zařízení při řešení mimořádné události

Neodkladná péče, je definována jako péče, která je nezbytná k zachování života či zdraví. Tento pojem definuje zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. Neodkladná péče je typicky poskytována v oblastech urgentní, intenzivní a perioperační medicíny. Lze ji také charakterizovat jako zajištění primárního léčebného cíle v závislosti na neodkladné péči. Takový pacient je nejčastěji transportován na lůžko urgentního příjmu či intenzivní lůžko ke komplexnímu doléčení. Dle Fricové (2010) je největším kritériem pacientova přežití rychlost, jakou dovedou pracovníci PNP zajistit pacienta a transportovat ho do nemocničního zařízení a samozřejmě i rychlost ošetřujícího personálu v nemocničním zařízení.

Návaznost přednemocniční neodkladné péče na péči neodkladnou nemocniční lze ovlivnit mnoha faktory. Primárně je však nutné správně směřovat a dobře zajistit pacienty na místě události. Je nutné zhotovit kvalitní dokumentaci, z důvodu nemožnosti dostatečného předání informací od posádky zdravotnické záchranné služby zdravotníkům zdravotnických zařízení. Dále je důležité dodržovat i systém komunikace posádek zdravotnické záchranné služby se zdravotnickým operačním střediskem, které následně předává informace nemocničním zařízením (Urbánek et al., 2017).

Z předešlých mimořádných událostí se ukázalo, že lze transportované pacienty třídit a směřovat do nemocničních zařízení dle typu jejich poranění. Je důležité, aby se mimořádná událost s hromadným postižením osob nepřenesla do nemocničního zařízení, protože následky by byly katastrofální (Remeš, 2013).

Zdravotnická zařízení jsou právně vymezena dle zákona č. 20/1996 Sb., o péči o zdraví lidu. Dle tohoto zákona jsou zdravotnická zařízení rozdělena na státní a nestátní. Rozdílem mezi jednotlivými druhy je financování zařízení (zákon č. 20/1996 Sb.). Státní zdravotnická zařízení jsou financována pomocí příspěvkových organizací dle zákona č. 219/2000 Sb., o majetku ČR. Zdravotnické zařízení může být zřizováno Ministerstvem zdravotnictví České republiky, kraji v rámci své samostatné působnosti, jednotlivými obcemi v rámci své samostatné působnosti nebo právníky či fyzickými osobami (Vyhláška 242/1991 Sb.; Konečná, 2010).

Způsob reakce a schopnosti organizace nemocničního zařízení jsou určeny klíčovým dokumentem, jehož název je traumatologický plán zdravotnického zařízení. Tento dokument upravuje postupy v případě výskytu většího množství postižených a je vždy k dispozici personálu zdravotnického zařízení (Štorek, 2007).

Zde přichází finální využití třídících a identifikačních karet. Tato karta provází pacienta od prvotního setkání se zdravotnickými pracovníky v místě události. Největším problémem je předání pacientů v případě vzniku mimořádné události s hromadným postižením osob, které nastává při příjezdu do konečného nemocničního zařízení. Při předání pacienta je vyžadováno od posádek zdravotnické záchranné služby komplexní předání. Proto je vždy pracovník zdravotnické záchranné služby připraven a obeznámen s celkovou anamnézou pacienta, vydedukuje suspektní diagnózu a informuje o provedené léčbě. V případě MU s hromadným postižením osob však pracovník zdravotnické záchranné služby většinou nemívá velké povědomí o transportovaném pacientovi. Právě

k tomuto účelu slouží zápis v třídících a identifikačních kartách. V případě, že je v daném nemocničním zařízení kvalitní personál, který zná postupy zdravotnické záchranné služby při mimořádné události, jednoduše se informuje o celkovém stavu pacienta z terapie, která je zapsaná na TaIK. V případě, že by nebylo právně vyžadováno třídění metodou třídících a identifikačních karet, ale pacienti by byli tříděni dle metody START, do zdravotnického zařízení by přijel pacient s červeným proužkem na rameni a celý sběr anamnézy s vyšetřením pacienta by se musel opakovat (Štětina, 2014).

V současné době jsou nemocniční zařízení vybavena svými třídícími a identifikačními kartami, které jsou uzpůsobené potřebám nemocničních pracovníků a slouží k získání znalostí o stavu u pacientů, kteří potřebují akutní léčbu a sálový výkon. Nejkritičtější faktorem však zůstává personál. V této době se ke školení personálu přistupuje zodpovědně a kvalita odborných nemocničních pracovníků je na vysoké úrovni (Pejšová, 2016)

Pro poskytnutí adekvátní péče a zabránění úmrtí pacientů je nutné zajistit kontinuitu přechodu péče přednemocniční neodkladné na etapu péče nemocniční (Štětina, 2014).

1.4.1 Příjmová místa a organizace činnosti urgentního příjmu

Jak již bylo uvedeno, poranění jsou pacienti z místa události transportováni do zdravotnických zařízení různého typu a odbornosti dle jejich aktuálních poranění.

Zdravotnické zařízení zřizuje **kontaktní místo**, které je charakteristické nepřetržitým provozem, kontaktem s operačním střediskem zdravotnické záchranné služby, se kterým řeší náhle vzniklé situace. Dále má za úkol kontinuálně monitorovat volný počet akutních lůžek a v případě potřeby tyto informace sdělit ZOS. Sjednává a řídí převzetí pacientů od poskytovatele zdravotnické záchranné služby na oddělení akutní péče, která je potřebná k léčbě daného pacienta. Přebírá informace od ZOS, které se týkají stavu a směřování pacienta na danou lůžkovou stanici a komunikuje s ní (zákon č.374/2011).

Součinnost poskytovatelů zdravotnických zařízení

K plynulému přesunu pacienta z přednemocniční neodkladné péče do nemocniční neodkladné péče je poskytovatel akutní lůžkové péče povinen (zákon č. 374/2011):

- umožnit ZOS nepřetržitě monitorovat počet volných lůžek v daném zdravotnickém zařízení;
- umožnit nepřetržitý provoz kontaktního místa, které je spojeno se zdravotnických operačním střediskem;
- bezodkladně informovat zdravotnické operační středisko o náhle vzniklých či plánovaných provozních závadách, které by mohly omezit poskytování neodkladné péče;
- poskytnout součinnost na výzvu poskytovatele ZZS při řešení následků mimořádných událostí a krizových situací;
- v případě, že kontaktní místo zdravotnického zařízení potvrdilo příjem pacienta, je akutní lůžkové oddělení daného zařízení povinno přijmout pacienta do své péče;
- v případě, kdy je pacient v přímém ohrožení života je akutní lůžkové oddělení povinno převzít takového pacienta do své péče na výzvu operačního střediska.

Urgentní příjem (UP) bývá často prvotním místem styku pacienta s pracovníky nemocničních zařízení. Urgentní příjem je určen k zjednodušení a optimalizaci přechodu z přednemocniční neodkladné péče do nemocniční neodkladné péče. Pracovníci urgentního příjmu jsou kvalifikovaní zdravotničtí pracovníci, kteří mají praxi v urgentní medicíně a jsou speciálně školeni v péči o pacienty přijímané z přednemocniční neodkladné péče. Pracoviště urgentního příjmu je typické tím, že je vybaveno přenosnými diagnostickými technologiemi, které slouží k rychlé a kvalitní diagnostice. Zároveň jsou využívány při transportu pacienta po nemocničním zařízení nebo při transportu na operační sál. Pracovníci urgentního příjmu jsou schopni akutně zhodnotit stav pacienta a ihned zahájit léčbu život ohrožujících poranění (Pokorný, 2004). Urgentní příjem plní úkol jak lůžkové, tak i ambulantní zdravotnické části. Je často umístěn na místo nejlepší dostupnosti k odlehčení ostatních ambulantních pracovišť. Součástí ošetřených pacientů na UP jsou i takoví pacienti, kteří nevyžadují hospitalizaci v nemocničním zařízení, ale jsou primárně zaléčeni a následně propuštěni do domácí péče. Pracoviště urgentního příjmu je opatřeno recepcí, ve které je kvalifikovaný pracovník pro rozpoznávání akutních stavů. V případě, že pacient dorazí na oddělení urgentního příjmu, je mu určena příslušná naléhavost. Pracovník urgentního příjmu má možnost přiřadit pacientovi jednu ze tří naléhavostí, podle kterých je s pacientem následně ošetřen (Emergency, 2011):

- Kritická – tento typ naléhavosti vyžaduje okamžitou zdravotní intervenci a pacientův stav je život ohrožující.
- Neodkladná – stav pacienta je vážný, avšak pacient se nenachází v život ohrožujícím stavu a tudíž intervenci, kterou pacient vyžaduje je nutné provést do 2 hodin.
- Odložitelná – stav pacienta vyžaduje intervenci od 2 do 24 hodin počítaný od jeho příchodu. Tento pacient je typicky zaléčen na oddělení UP a následně propuštěn do domácí péče.

Urgentní příjem je také místo uskladnění věcí potřebných při mimořádné události. Postup distribuce materiálu je upraven v traumatologickém plánu zdravotnického zařízení a pracovníci urgentního příjmu by s ním měli být obeznámeni. Tento materiál je následně distribuován na stanoviště třídění a další pracoviště nemocnice, ve kterých je materiál potřebný. Při aktivaci traumatologického plánu se ihned začínají kontejnery s materiálem pro mimořádné události distribuovat na předem stanovená místa, kde již čekají proškolení pracovníci vyčlenění na třídění pacientů z PNP (Věštník MZ, 2015).

Oddělením, které navazuje na urgentní příjem v případě řešení následků mimořádné události s hromadným postižením osob je anesteziologicko-resuscitační oddělení, které je využíváno při operačním řešení pacientů a dále jako lůžkové zařízení pro pacienty v kritickém stavu (Cvachovec, 2010).

Dle Cvachovce (2010) resuscitace není název oboru, avšak jen konkrétního odborného přístupu k pacientovi. Dále uvádí, že by druhou část názvu anesteziologicko-resuscitačního oddělení (ARO) mělo tvořit označení resuscitologie či reanimatologie (NEMCB, 2011).

Anesteziologicko-resuscitační oddělení slouží ke komplexní péči o pacienty v kritickém stavu. Pracovníci oddělení ARO poskytují akutní péče pacientům před operací, během i po akutním výkonu. Anesteziologicko-resuscitační oddělení se vyznačuje komplexností v diagnostice a péči. Pracovníci tohoto oddělení jsou špičkou ve své profesi. Pacienti na tomto oddělení jsou v kritickém stavu, kdy jim hrozí selhání základní životní funkce (ZŽF) nebo jim již ZŽF selhala či stále selhává, a jejich stav je nestabilní. Dle zákona je jediným zdravotnických oddělením, které poskytuje neodkladnou péči urgentní příjem (NEMCB, 2011). S tímto tvrzením souhlasí i Hubáček (2014) (NEMCB, 2011).

V některých nemocnicích však urgentní příjem nevyužívají. Pro příjem pacientů z přednemocniční neodkladné péče jim slouží akutní lůžko, které se nejčastěji nachází na pracovišti anesteziologicko-resuscitačním (Nemocniční zpravodaj č. 2, 2011).

1.5 Traumatologický plán zdravotnického zařízení

Traumatologický plán je součástí havarijního plánování již více než dvacet let (Hejdová, 2013). Traumatologický plán upravuje vyhláška č. 328/2001 Sb., o některých podrobnostech zabezpečení integrovaného záchranného systému, ve znění pozdějších předpisů, vyhláška, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků č. 424/2001 Sb., kde jsou vymezeny činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Dále je pak traumatologické plánování upraveno vyhláškou č. 103/2006 Sb., o upřesnění a vymezení zón havarijního plánování a o úpravě vnějšího havarijního plánu. Avšak nejdůležitější vyhláškou, ve které je zakotveno traumatologické plánování je vyhláška č. 101/2012 Sb., která upravuje rozsah a obsah TP u poskytovatele lůžkové zdravotní péče, současně upravuje postup zpracování a stanovuje dělení TP (Fišer, 2011).

Cílem tvorby a aktivace traumatologického plánu je usnadnění či zjednodušení situací vzniklých v případě mimořádné události s hromadným postižením osob. Traumatologický plán upravuje postupy příjmu pacientů z přednemocniční neodkladné péče do nemocničního prostředí, aktivuje mechanismy přípravy na příjem velkého množství pacientů z PNP a určuje postupy zdravotnických pracovníků při příjmu pacientů. V traumatologickém plánu je znázorněno rozdělení oddělení v případě mimořádné události s hromadným postižením osob a postup akutního uvolnění lůžek. Dále traumatologický plán obsahuje směr příjmu pacientů, stanoviště ošetření a následné směřování pacientů dle specifických diagnóz a poranění. V případě nouze je zde upraven postup tvorby akutních lůžkových míst, které je nutné vytvořit z důvodu objemného počtu přijatých pacientů (Štětina, 2014).

Tento systém se zlepšuje díky tomu, že po ukončení záchranných prací mají za povinnost vedoucí pracovníci daných oddělení sepsat a předat zprávu o průběhu řešení MU na daném oddělení. Tento dokument je zkoumán řídicí skupinou nemocničního zařízení a na podkladě poznatků jsou zhotoveny nové vylepšené postupy řešení

MU v nemocničním prostředí (Traumatologický plán Nemocnice České Budějovice, a.s., 2014).

Traumatologický plán zdravotnického zařízení se dělí na 3 části (Fišer, 2011):

- **Základní část** obsahuje údaje nutné pro identifikaci daného zařízení. Je zde zadáno jméno zařízení, adresa, sídlo, zřizovatel apod. Dále je v této části vymezena činnost daného zařízení analýza rizik a hodnocení zdrojů rizik. V poslední řadě do základní části traumatologického plánu patří i charakteristika typů postižení zdraví a upřesnění metod, použitých pro analýzu rizik.
- **Operativní část** traumatologického plánu zdravotnického zařízení se skládá z postupů, které slouží ke zhotovení základní části. Jsou zde upraveny ochranné pomůcky jednotlivých pracovišť a postupy, které jednotlivá pracoviště využijí v případě vzniku MU s HPO a akutní potřebě uvolení lůžek.
- V **pomocné a poslední části** traumatologického plánu ZZ jsou uvedeny smlouvy, seznamy prostředků, léčiv a pracovníků, kteří jsou nezbytně nutní pro aktivaci TP a následné poskytnutí potřebné péče. V pomocné části je také uvedeno, jak a kde se TP ZZ ukládá a skladuje.

1.6 Evakuace lůžkového zdravotnického zařízení

Evakuační plán lůžkového zařízení je právně definován vyhláškou č. 380/2002 Sb., k přípravě a provádění úkolu ochrany obyvatelstva, v § 12 odst. 4 písm. a). V této vyhlášce je však uvedeno, že je nutné naplánovat evakuaci daného objektu v případě vyhlášení třetího nebo zvláštního stupně poplachu. V současné době evakuace lůžkového zdravotnického zařízení není jinak právně stanovena (vyhláška č. 328/2001).

Evakuační plán se zpracovává na základě analýz případných rizik a ohrožení. V případě tvorby evakuačních plánů pro lůžkové zdravotnické zařízení je nutné vyčlenit mimořádné události, které v dané oblasti mohou nastat, a zhotovit plán evakuace konkrétních událostí. Na základě tvorby těchto plánů jsou vytvořena opatření, která slouží jako ochrana před hrozbou mimořádných událostí. V případě evakuace vždy platí, že by evakuace měla být provedena co nejrychleji. V případě evakuace lůžkového zdravotnického zařízení je situace kritická v tom, že je nutné evakuovat velký počet

pacientů najednou. Pro tyto případy jsou zhotovena takzvaná evakuační střediska, do kterých jsou umístěni pacienti, kteří mohou být druhý den propuštěni do domácího ošetření. Úlohu přijímacího střediska však často přebírají předem vybraná zdravotnická zařízení, která slouží jako cílové ubytovací místo této skupiny pacientů. Pro dlouhodobě léčené pacienty v kritickém stavu je nutné obstarat přepravní službu, ve formě vozů zdravotnické záchranné služby či dopravní nemocniční služby, která pacienta transportuje do zdravotnického zařízení, které je k léčbě kriticky nemocného pacienta určené. Evakuace má mnoho forem, v případě evakuace lůžkového zdravotnického zařízení připadá v úvahu použití samoevakuace jen v případě, že se jedná o evakuaci ambulantních zařízení. Všichni ostatní pacienti jsou vždy evakuováni pod odborným dohledem zdravotnického personálu a postup evakuace je koordinovaný (Mika, 2004).

Evakuační místo je z pravidla umístěno mimo evakuovaný prostor. Toto místo slouží ke shromáždění a informaci osob o dalším postupu evakuace či poskytování neodkladné péče. Evakuační místo slouží zaměstnancům zdravotnického zařízení k vedení evidence evakuovaných osob, poskytování první zdravotnické pomoci a případně neodkladné péče a v neposlední řadě jako místo, ze kterého zdravotnický záchranná služba vyzvedává pacienty, kteří jsou transportováni do jiných zdravotnických zařízení z důvodu akutního ohrožení života (Mika, 2004).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V diplomové práci byly formulovány tři cíle práce:

- Vyhodnotit úroveň teoretických znalostí nelékařského zdravotnického personálu lůžkové části RES ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje při řešení mimořádné události s hromadným postižením osob.
- Vyhodnotit osobní zkušenosti nelékařského zdravotnického personálu lůžkové části RES ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje s řešením mimořádné události s hromadným postižením zdraví.
- Vyhodnotit vzdělávání a přípravu nelékařského zdravotnického personálu lůžkové části RES ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje na řešení mimořádných událostí s hromadným postižením zdraví.

V diplomové práci byly formulovány tři výzkumné otázky:

- Jaké jsou znalosti nelékařského zdravotnického personálu lůžkové části RES ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje v problematice řešení mimořádné události s hromadným postižením zdraví?
- Jak nelékařský zdravotnický personál lůžkové části RES ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje hodnotí mimořádné události s hromadným postižením zdraví, u kterých byl přítomni?
- Jaký je postoj nelékařského zdravotnického personálu lůžkové části RES ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje k přípravě a vzdělávání v oblasti řešení mimořádných událostí s hromadným postižením zdraví?

3 METODIKA

Teoretickou část diplomové práce jsme zpracovali po analýze právních norem a odborné literatury, současně s využitím internetových zdrojů týkajících se problematiky řešené v diplomové práci. Teoretickou část jsme zaměřili na rozdělení mimořádných událostí, traumatologických plánů, postupy zdravotnické záchranné služby a postupy nemocničních zařízení při vzniku, hrozbě a řešení následků mimořádných událostí s hromadným postižením osob.

Pro zpracování výzkumné části diplomové práce jsme využili metodu kvalitativního výzkumu s využitím techniky polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturované rozhovory byly vytvořeny z dvaceti základních otázek (viz Příloha F). Pro lepší přehlednost jsme provedli kategorizaci dat do šesti kategorií, které jsme zaměřili na jednotlivé úseky. Kategorie 1: Identifikační údaje obsahuje otázky zaměřené na délku praxe, pohlaví, pracovní pozici a nejvyšší dosažené vzdělání participantů. Kategorie 2: Problematika traumatologického plánu je zaměřena na dostupnost traumatologického plánu v rámci daného oddělení a na informovanost participantů o dané problematice. Kategorie 3: Problematika mimořádné události je zaměřena na obecnou charakteristiku mimořádné události a její vyhlášení. Kategorii 4: Příjem a třídění pacienta jsme vytvořili za účelem získání dat o problematice třídění pacientů, konkrétně jsme se dotazovali na třídící a identifikační karty. Kategorie 5: Edukace a nácvik dané problematiky byla zaměřena na edukaci a cvičení v rámci příjmu a přetřídění pacientů. Poslední Kategorie 6: Zkušenosti s příjmem pacientů při HPO byla určena k získání dat o zkušenostech participantů v problematice mimořádných událostí s hromadným postižením osob. Tyto otázky byly rozvíjeny a doplňovány dle charakteristiky rozhovoru.

Vybranou skupinou respondentů bylo 16 pracovníků nelékařského zdravotnického personálu lůžkové části RES ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje. Participantí byli vybráni za využití metody náhodného výběru z řad zdravotnických záchranářů a sester s odborností sestry pro intenzivní péči (ARIP). Výzkumný vzorek tvořili náhodně vybraní participantí z nemocnic Jihočeského kraje z oddělení ARO-RES a KCH-RES. Následně jsme získaná data vyhodnocovali a porovnávali obě skupiny. Rozhovory byly zaznamenávány na diktafon, následně přepisovány a vyhodnocovány. Výzkum byl prováděn na jaře roku 2021.

4 VÝSLEDKY

V této kapitole jsme zpracovali data získaná od participantů.

Kategorizace dat získaných z polostrukturovaných rozhovorů

Získané výsledky z rozhovorů, jsme rozdělili do 6 kategorií. Všechny tyto kategorie pro přehlednost zahrnuje Tabulka 2. Každá kategorie je následně rozepsána z důvodu lepšího přehledu.

Tabulka 2 Souhrn kategorií

Kategorie 1	Identifikační údaje
Kategorie 2	Problematika traumatologického plánu
Kategorie 3	Problematika mimořádné události
Kategorie 4	Příjem a třídění pacienta
Kategorie 5	Edukace a nácvik dané problematiky
Kategorie 6	Zkušenosti s příjmem pacientů při HPO

(Zdroj: Vlastní výzkum)

4.1 Výsledky výzkumného šetření

Kategorie 1: Identifikační údaje

Kategorii identifikační údaje jsme vytvořili za účelem získání základních identifikačních údajů. Získané údaje jsme zobrazili v tabulkách 3a) a 3b). Tabulka 3a) odpovídá participantům z oddělení ARO-RES a tabulka 3b) odpovídá participantům z KCH-RES.

Výzkumného šetření se zúčastnilo 8 participantů z oddělení ARO-RES, z toho byli 4 muži a 4 ženy. Pracovní pozice byla u těchto participantů rozdělena dle pohlaví, z výzkumného šetření jsme zjistili, že každý dotazovaný muž měl vzdělání vysokoškolské a jeho pracovní pozice byla zdravotnický záchranář a každá dotazovaná žena měla specializaci ARIP neboli sestra intenzivní péče (SIP), současně jsme zjistili, že u ženských participantů převažuje středoškolské vzdělání se specializací. Ze získaných dat vyplývá, že jen jedna participantka uvedla vysokoškolské vzdělání. Délka praxe se u participantů pohybuje v rozmezí 1,5 až 22 let. Ze získaných dat vyplývá, že delší praxi mají dotazované ženy, které mají středoškolské vzdělání se specializací ARIP.

Na oddělení KCH-RES dále proběhlo obdobné šetření, ze kterého jsme zjistili, že z dotazovaných participantů byli 2 muži a 6 žen. Jeden muž měl středoškolské vzdělání se specializací ARIP a druhý měl vysokoškolské vzdělání s pracovní pozicí zdravotnický záchranář. U žen jsme dospěli k závěru, že převyšuje vysokoškolské vzdělání nad středoškolským, tedy středoškolské vzdělání měly 2 participantky z 6 dotazovaných, dále jsme zjistili, že 2 participantky byly zdravotnické záchranářky a zbylé všeobecné sestry se specializací ARIP. Praxe na tomto oddělení, u dotazovaných participantů, se pohybuje v rozmezí 1,5 až 24 let. Z výzkumného šetření jsme zjistili, že delší praxi mají všeobecné sestry se specializací ARIP.

Tabulka 3 a) Identifikační údaje ARO-RES

Participant	Pohlaví	Prac. pozice	Vzdělání	Délka praxe
P 1	Žena	ARIP	Středoškolské	15 let
P 2	Muž	Zdravotnický záchranář	Vysokoškolské	2 roky
P 3	Muž	Zdravotnický záchranář	Vysokoškolské	1,5 roku
P 4	Muž	Zdravotnický záchranář	Vysokoškolské	5 let
P 5	Žena	ARIP	Středoškolské	22 let
P 6	Žena	ARIP	Středoškolské	19 let
P 7	Žena	ARIP	Vysokoškolské	7 let
P 8	Muž	Zdravotnický záchranář	Vysokoškolské	3 roky

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka 3 b) Identifikační údaje KCH-RES

Participant	Pohlaví	Prac. pozice	Vzdělání	Délka praxe
P 9	Žena	Zdravotnický záchranář	Vysokoškolské	1,5 roku
P 10	Žena	Zdravotnický záchranář	Vysokoškolské	2 roky
P 11	Žena	ARIP	Vysokoškolské	13 let
P 12	Žena	ARIP	Vysokoškolské	9 let
P 13	Žena	ARIP	Středoškolské	24 let
P 14	Muž	Zdravotnický záchranář	Vysokoškolské	5 let
P 15	Žena	ARIP	Středoškolské	18 let
P 16	Muž	ARIP	Středoškolské	6 let

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Kategorie 2: Problematika traumatologického plánu

V kategorii 2 jsme zkoumali úroveň znalostí o problematice traumatologického plánu, jeho srozumitelnosti a dostupnosti na daném oddělení.

V tabulce 4 a) jsou v bodech zobrazeny odpovědi participantů z oddělení ARO-RES. P1, P4, P5 a P6 uvedli, že je to plán, který je aktivován při krizových situacích a slouží zabezpečení fungování společnosti. P1 dodal: *„Tento plán obsahuje důležité informace, jak kvalitně a rychle poskytnout první pomoc při krizových situacích.“* Naopak P2, P3 a P7 udávají, že už tento pojem slyšeli, ale nic o traumatologickém plánu nevědí. P8 odpověděl: *„Traumatologický plán je plán, podle kterého se řídíme v případě příjmu pacienta s polytraumatem.“* Dále jsme zjišťovali, zda jsou participanté obeznámeni s přístupností traumatologického plánu. P1, P4, P5 a P6 uvedli, že ví, kde lze traumatologický plán nalézt, avšak jejich odpovědi se liší. P1 a P4 se domnívají, že traumatologický plán je přístupný na nemocničním intranetu, avšak P5 si myslí, že lze traumatologický plán najít u staniční sestry a P6 udává: *„Myslím si, že jsem ho jednou četl u vrchní sestry, ale nejsem si jistý.“* P2, P3, P7 a P8 nevědí, kde by mohli traumatologický plán najít. Dále jsme z výzkumného šetření zjistili, že obeznámeni s traumatologický plán jsou P1, P4, P5 a P6, zbylí participanté nejsou s problematikou traumatologického plánu obeznámeni.

Tabulka 4 b) zahrnuje odpovědi participantů z oddělení KCH-RES. P10 a P12 částečně uvádějí, že traumatologický plán je plán, který je aktivován při krizových situacích a slouží zabezpečení fungování společnosti. Konkrétně P2 udává: *„Traumatologický plán je plán, který je aktivován v případě krizové situace a díky němu je určeno jak, kdo a s čím postupuje.“* P7 udává: *„Traumatologický plán je plán, který je potřeba v případě krize, ale dále rozvádí, že plán slouží v případě polytraumatu.“* P9, P11, P13, P14 a P16 udávají, že si nevzpomínají, co konkrétně tento plán udává, ale už o něm slyšeli. Následující otázkou bylo, zda mají participanté povědomí, kde lze tento plán najít. P10 a P12 udávají, že je zcela jistě na intranetu nemocnice a je volně přístupný pro všechny zaměstnance. P15 udává: *„Traumatologický plán jsem si četl u staniční sestry, tudíž bych ho šla hledat tam.“* Zbylí participanté si nejsou vědomi, že by někdy tento dokument viděli či četli.

Tabulka 4 a) Problematika traumatologického plánu ARO-RES

Participant	Charakterizujte TP	Přístupnost TP v dané nemocnici	Jste s TP obeznámeni
P 1	plán, který je aktivován při krizových situacích a slouží zabezpečení fungování společnosti	na nemocničním intranetu	ano
P 2	nedostatečné znalosti	nedostatečné znalosti	ne
P 3	nedostatečné znalosti	nedostatečné znalosti	ne
P 4	plán, který je aktivován při krizových situacích a slouží zabezpečení fungování společnosti	na nemocničním intranetu	ano
P 5	plán, který je aktivován při krizových situacích a slouží zabezpečení fungování společnosti	v tištěné formě u staniční sestry	ano
P 6	plán, který je aktivován při krizových situacích a slouží zabezpečení fungování společnosti	v tištěné formě u vrchní sestry	ano
P 7	nedostatečné znalosti	nedostatečné znalosti	ne
P 8	plán, který udává, jak přijímat polytrauma	nedostatečné znalosti	ano

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka 4 b) Problematika traumatologického plánu KCH-RES

Participant	Charakterizujte TP	Přístupnost TP v dané nemocnici	Jste s TP obeznámeni
P 9	nedostatečné znalosti	nedostatečné znalosti	nedostatečné znalosti
P 10	plán, který je aktivován při krizových situacích a slouží zabezpečení fungování společnosti	na nemocničním intranetu	ano
P 11	nedostatečné znalosti	nedostatečné znalosti	ne
P 12	plán, který je aktivován při krizových situacích a slouží zabezpečení fungování společnosti	na nemocničním intranetu	ano
P 13	nedostatečné znalosti	nedostatečné znalosti	ne
P 14	nedostatečné znalosti	nedostatečné znalosti	ne
P 15	nedostatečné znalosti	v tištěné formě u staniční sestry	ano
P 16	nedostatečné znalosti	nedostatečné znalosti	ne

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Kategorie 3: Problematika mimořádné události

V kategorii 3 jsme zkoumali úroveň znalostí o problematice mimořádné události, možnosti vyhlášení mimořádné události a umístění evakuačního místa pro dané pracoviště.

V tabulce 5 a) jsou v bodech zobrazeny odpovědi participantů z oddělení ARO-RES. P1, P2, P3 a P4 měli stejné odpovědi. Mimořádná událost je dle odpovědi P2: „Škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy, a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací.“ P5, P6 a P8 měli odpovědi velice podobné, a to dle odpovědi P8: „Mimořádná událost je něco mimořádného a musí se řešit jinak, než za normálních okolností. Je to například pád letadla.“ Dle P5 je to například jaderná havárie. P7 se domnívá, že mimořádná událost se dá charakterizovat jako: „Situace, kdy se jedná o něco mimořádného, tedy například autonehoda či postřelení.“ U další otázky jsme zjistili, že jen malá část dotazovaných uvedla přesný postup vyhlášení mimořádné

události. P1 a P4 uvedli, že je MU vyhlášena dle P1: „*Mimořádná událost je k nám do nemocničního zařízení vyhlášena krajským operačním střediskem jihočeské záchranné služby ihned po ověření mimořádné události. Dále jsme povinni sdělit operačnímu středisku volná lůžka a připravit si na případný příjem pacientů z místa mimořádné události.*“ Zbylí participantů se shodují na odpovědi, že přesně netuší, jak je mimořádná událost vyhlášována, ale myslí si, že by jim někdo zavolal. Na poslední otázku, kde se nachází evakuační místo pro ARO-RES oddělení odpověděli správně P1, P2, P3, P4 a P5. P2 uvádí: „*Evakuační místo je pro naše oddělení před pavilonem D na druhé straně silnice.*“ Participant P6 a P8 se odpovědí také shodují. Dle P6: „*Evakuační místo je před vstupem do budovy CH od traumatologie.*“ Participant 7 si odpovídá: „*Nevím, kde se nachází evakuační místo, avšak držela bych se kolegů.*“ Participant 8 odpovídá: „*Netuším, kde je evakuační místo, a doufám, že to nikdy potřebovat nebudu.*“

V tabulce 5 b) jsou v bodech zobrazeny odpovědi participantů z oddělení KCH-RES. U této kategorie jsme zjistili, že na otázku, jak lze charakterizovat mimořádnou událost odpověděli správně P10, P11, P12 a P14. Kdy je mimořádná událost dle P14: „*Škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy, a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací.*“ Dále odpovídá P13: „*Mimořádná událost je něco mimořádného, tedy nějaká velká nehoda či asi nějaký výbuch.*“ P15 se shoduje s P13. Participant 16 si myslí, že: „*Mimořádná událost je něco, co zapříčiní vyhlášení nouzového stavu, třeba pandemie.*“ Dále však P16 definici nerozvádí. Odpověď P9 souhlasí s odpovědí P16. Další otázka této kategorie se týkala vyhlášení mimořádné události. Ze získaných dat jsme zjistili, že správně odpověděli participant 10, 11 a 12. Odpovědi těchto participantů se shodují s odpovědí P10: „*Mimořádná událost je vyhlášena operačním střediskem zdravotnické záchranné služby daného kraje. Vždy po ověření vzniku mimořádné události, kontaktují daná nemocniční zařízení, do kterých bude transport směřovat a snaží se získat důležité informace o volné lůžkové kapacitě daných nemocnic.*“ Odpovědi zbylých participantů se shodují na tvrzení, že by mimořádná událost byla vyhlášena pomocí telefonu. Na poslední otázku, kde se nachází evakuační místo daného pracoviště, odpovídá správně jen jeden participant 12. Tento participant udává: „*Evakuační místo se nachází na náměstíčku vedle bistra Madetka.*“ Zbytek participantů si není jist evakuačním místem, ale dle odpovědi P10, 11 a 13 jsme zjistili, že participant 12 má povědomí o evakuačním výtahu.

Tabulka 5 a) Problematika mimořádné události ARO-RES

Participant	Charakteristika MU	Vyhlášení MU	Kde se nachází evakuační místo
P 1	vědí přesně	vědí přesně	vědí přesně
P 2	vědí přesně	vědí částečně	vědí přesně
P 3	vědí přesně	vědí částečně	vědí přesně
P 4	vědí přesně	vědí přesně	vědí přesně
P 5	vědí částečně	vědí částečně	vědí přesně
P 6	vědí částečně	vědí částečně	nedostatečné znalosti
P 7	nedostatečné znalosti	vědí částečně	nedostatečné znalosti
P 8	vědí částečně	vědí částečně	nedostatečné znalosti

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka 5 b) Problematika mimořádné události KCH-RES

Participant	Charakteristika MU	Vyhlášení MU	Kde se nachází evakuační místo
P 9	nedostatečné znalosti	vědí částečně	nedostatečné znalosti
P 10	vědí přesně	vědí přesně	nedostatečné znalosti
P 11	vědí přesně	vědí přesně	nedostatečné znalosti
P 12	vědí přesně	vědí přesně	vědí přesně
P 13	nedostatečné znalosti	vědí částečně	nedostatečné znalosti
P 14	vědí přesně	vědí částečně	nedostatečné znalosti
P 15	nedostatečné znalosti	vědí částečně	nedostatečné znalosti
P 16	nedostatečné znalosti	vědí částečně	nedostatečné znalosti

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Kategorie 4: Příjem a třídění pacienta

V této kategorii jsme se dotazovali na problematiku příjmu a třídění pacienta, označení pacienta při příjmu a rozdíl mezi tříděním a označením pacienta.

V tabulce 6 a) jsou v bodech zobrazeny odpovědi účastníků z oddělení ARO-RES. P1, P4, P5 a P6 se shodli na odpovědi s P7, který odpověděl: „*Třídící místo se nachází v Emergency místnosti, které je součástí stanice ARO-RES v budově CH.*“ Naopak P2 si uvádí: „*Dle mého názoru je třídící místo na urgentním příjmu nemocnice. Je to tedy v budově C v přízemí.*“ Ze zodpovězených otázek jsme zjistili, že P3 a P8 odpovídají

podobně, tedy dle P3: „Kde bychom pacienty přijímali nevím, ale určitě bych se to dozvěděla od zkušenějších sester.“ Další dotazovanou otázkou byl způsob, kterým může být pacient označen při příjezdu z místa mimořádné události. Ze získaných odpovědí jsme zjistili, že se účastníci rozdělili do dvou skupin. První skupina se skládá z účastníků 2, 3, 4 a 8. Odpovědi této skupiny se shodují s odpovědí účastníka 2, který uvedl: „Pacient může být označen dvěma způsoby. Prvním způsobem je třídění dle START, toto třídění se využívá při velkém nepoměru mezi pacienty a zdravotníky na místě události. Pro třídění metodou START jsou po většinu času využiti členové HZS na místě události, kteří pacienty třídí a následně transportují na místo PNP, kde jsou následně zaléčeni a přetřídění pomocí Třídících a Identifikačních karet, které je povinné ze zákona. Tedy druhým způsobem je TaIK, která je mnohem propracovanější a je uzpůsobena pro zápis veškeré terapie a aktuálního stavu pacienta. Tato karta slouží mimo jiné také k identifikaci pacienta, protože se při mimořádné události pacienti neidentifikují a jsou členěni dle čísla TaIK, kterou dostanou. Následně je tato karta využita i při transportu. Posádka, která pacienta odváží do zdravotnického zařízení, si po předání utrhne část, kterou lze odejmout. Na tuto část je následně doplněn čas, kdy byl pacient předán do nemocničního zařízení a dále se dokládá v závěrečné zprávě.“ Druhou skupinu tvoří P1, P5, P6 a P7. Odpovědi této skupiny se shodují s odpovědí P6: „Určitě by pacient byl nějak označen, ale nyní si neuvědomuji, jakým způsobem by to bylo. Myslím si, že by předání probíhalo stejně, jako normálně, tedy předání pacienta s ústním předáním anamnézy.“ Dále jsme se zajímali o popis a využití Třídící a Identifikační karty. Skupiny, které se vytvořily u minulé otázky se utvořily i u této otázky. První skupinu tvoří ze získaných dat účastník 2, 3, 4 a 8. Tito účastníci se shodují s odpovědí P8: „Třídící a identifikační karta se využívá při mimořádných událostech. Je to třídění, které je vyžadováno zákonem a je nutné ho použít. Třídící a identifikační karty jsou dostupné v každém voze ZZS, tudíž by jich mělo být na místě události dostatek pro všechny poraněné. Je to Oranžová karta, která je nepromokavá a zároveň se do ní dá zapisovat. Na prvotní vyplnění TaIK je určeno 2 minuty na jednoho pacienta. Podle mě je to docela směšné vzhledem k tomu, že je karta oboustranná a místo události není většinou na rovné ploše, není zde slunečné počasí a pacienti nejsou poskládání vedle sebe. Při vyplňování TaIK je nutná spolupráce zdravotnického záchranáře s lékařem zdravotnické záchranné služby, který je na místě. Záchranář čte věci, které je potřeba zaznamenat do TaIK, a lékař tyto hodnoty či poranění vyšetřuje a následně hlásí zpět záchranáři, který je zaznamenává do TaIK. Nejdůležitější částí

třídění je určení barvy či stupně pacienta, podle toho se odvíjí následná péče a akutnost transportu. Dále je TaIK využita na stanovišti PNP, kde je pacientovi poskytnuta potřebná péče k jeho zaléčení. Do TaIK se veškeré výkony zaznamenávají a pacient je po ošetření znovu přetříděn. Dále je pacient přesunut na stanoviště odsunu, odkud je transportován do nemocničního zařízení ke konečnému ošetření. V případě potřeby má posádka veškeré informace o pacientovi zaznamenané na TaIK, následně si při předání v nemocničním zařízení transportující posádka odtrhne oddělitelnou část TaIK, která slouží ke zjednodušení přehledu logistiky pacientů.“ Poslední otázkou jsme zjišťovali, jak se TaIK dělí dle stupňů. Na tuto otázku odpověděli shodně P2, P3, P4 a P8. Tedy dle P4: „TaIK obsahuje pět možností třídění. První stupeň I nebo dle barev je to stupeň červený, ten označuje pacienty, kteří jsou v akutním nebezpečí selhání jedné či více základních životních funkcí nebo jim už jedna či více základních životních funkcí selhalo. Tyto pacienty je nutné ihned transportovat na stanoviště PNP a zaléčit je. Druhá skupina IIa jsou červenožlutí, kteří se řadí po první skupině. Do druhé skupiny spadají pacienti, kteří vyžadují akutní ošetření svého zranění, ale možnosti na místě události nedovolují dané výkony provést, ať už je to z důvodu nedostatku pomůcek nebo není dostatek zkušeností lékaře a tak dál. Tihle pacienti jsou tedy primárně určeni k transportu do specializovaného zdravotnického zařízení, které dokáže provést potřebné intervence. Dále je možné pacienty označit skupinou IIb, takto jsou označeni pacienti, kteří nejsou v akutním ohrožení základních životních funkcí, ale jsou zranění. Typicky jsou to lidi, kteří mají zlomeniny nebo nepatrné popáleniny. Třetí skupinou III jsou zelení, kteří se určují při příchodu na místo události. Všichni na místě jsou ihned vyzváni, aby vstali a kdo může, aby odešel na určené místo. Tito pacienti jsou označeni zelenou barvou, jsou to tedy pacienti, kteří nejsou ohroženi na zdraví a mohou být delší dobu bez zdravotnického dohledu. Důležitý ale je, aby je furt někdo hlídal a kdyby se někdo zhoršil, musí se ihned kontaktovat zdravotník, který pacienta vyšetří. Poslední barvou je černá neboli IV. Takto se označují mrtví, kteří se nacházejí na místě události.“ Druhá skupina participantů částečně odpovídá jako skupina první, avšak má jen malý přehled o skutečném třídění pacientů. Dle P1 se pacienti dělí na: „Pacienti se rozdělují na ohrožené na životě a neohrožené, které není potřeba akutně řešit. Potom se ještě musí označit mrtvolu, které jsou na tom místě.“ Odpovědi P5, P6 a P7 se shodují s tvrzením P1.

V tabulce 6 b) jsou v bodech zobrazeny odpovědi participantů z oddělení KCH-RES. V kategorii 6 jsme zjišťovali, zda mají participanti znalosti o třídícím místě v případě mimořádné události v jejich zdravotnickém zařízení. Participantka 11 uvedla: „*Naše třídící místo v případě příjmu velkého množství pacientů je na urgentním příjmu nemocnice. Každopádně si myslím, že pro nás to velký význam nemá, jelikož jsme specializované oddělení kardiologie, velký počet pacientů pro náš obor je hodně nepravděpodobný. Myslím si, že by k nám byl přijímaný jenom jeden nebo dva lidi a to maximálně.*“ S touto odpovědí se shodují i odpovědi P13, P15 a P16. Participant 14 odpověděl: „*Upřímně musím říct, že vůbec nevím, kde se třídící místo nachází. Kdybych se ale ocitl v situaci, že bych musel jít třídit pacienty, držel bych se starších kolegyň, které by mě navigovaly.*“ S odpovědí P14 se shodují i odpovědi P9, P10 a P12. Následující otázkou jsme zjišťovali, jaké mají participanti znalosti o možnostech označení pacienta. P9 odpověděl: „*Označit pacienta na místě události lze dvěma základními způsoby. První způsob je pomocí třídění START, kdy se dává každému pacientovi kartička s barvou. START má čtyři možnosti označení, červená, žlutá, zelená a černá. Druhá možnost je podle třídící a identifikační karty. Třídění podle TaIK je vyžadováno zákonem a je ho nutné provést.*“ Odpověď P9 se shoduje se získanými daty z odpovědí, které uvedli participanti 10, 16 a 14. Druhou skupinu participantů tvoří P11, P12, a P15 u kterých se odpověď shoduje s tvrzením P13: „*Pamatuju si, že jsme se na ARIPU učili nějaké barvy. Myslím, že se pacienti dělili na čtyři skupiny, ale jak se to přesně jmenuje, si nevzpomenou.*“ Předposlední otázkou této kategorie jsme zjišťovali, jaké mají participanti znalosti o TaIK. Dle participanta 9 je TaIK: „*Třídící a identifikační karta je karta, která je využita při třídění pacientů při mimořádné události. Myslím, že je v každém autě záchranné služby ve větším počtu. Je to taková oranžová kartička, která je nepromokavá a dává se na krk pacienta, aby byla dobře vidět. Co jsem zaslechla, tak ten krk není úplně ideální místo, protože se lehce schová pod bundu. Z jedné strany je panák, do kterého se zakreslují zranění, pak je tam kategorie, do které je pacient vytríděn, dále jsou zde fyziologické hodnoty, které zaznamenává záchranář při třídění a na druhé straně je terapie plus farmakoterapie.*“ S touto odpovědí souhlasí odpovědi P10, P14 a P16. Participant 11 naopak udává: „*Třídící a identifikační kartu jsem už slyšela, ale nedokážu si teď vzpomenout, co na kartičce je.*“ Ze získaných dat jsme zjistili, že podobné odpovědi měli i participanti 12, 13 a 15. Poslední otázkou této kategorie jsme se pokoušeli zjistit detailnější znalosti TaIK, konkrétně na jaké kategorie lze pacienty třídit. Nejobsáhlejší odpověď uvedl P14: „*Pacienty na místě události můžeme*

dle TaIK dělit do pěti kategorií. První kategorií je červená neboli I, do této kategorie spadají pacienti, kteří jsou při prvotním třídění v takovém stavu, že je nutný akutní transport na stanoviště PNP, takový pacient se nachází ve stavu možného selhání základních životních funkcí nebo v případě, že jim již musela být poskytnuta terapie na místě třídění, tedy zastavení masivního zevního krvácení, záklon hlavy s aplikací vzduchovodu či zhotovení stabilizované polohy. Druhá kategorie se dělí na Iia a Iib, do první z těchto dvou kategorií spadají pacienti, kteří vyžadují primární transport, na místě události pro ně není možnost zlepšení jejich vážného stavu. Do skupiny Iib patří pacienti, kteří mají zranění, avšak tyto poranění nejsou život ohrožující. Další kategorií je III neboli zelená, tito pacienti jsou primárně vyzváni při příchodu složek IZS na místo události, aby se zvedli a odešli na předem určené místo, jsou to pacienti, kteří nevyžadují péči zdravotnické složky, ale je nutné jim zajistit kontinuální dohled členů složek IZS, kteří je kontinuálně kontrolují. Poslední kategorií je IV, která má barvu černou. Touto kategorií jsou označeni pacienti, kteří na místě události zemřeli.“ Velice podobné odpovědi měli i P9 a P10. Naopak P11, P12 a P13 uvedli, že se v této problematice neorientují a rozdělení TaIK neznají. P15 a P16 uvedli jen částečné rozdělení do kategorií.

Tabulka 6 a) Příjem a třídění pacienta ARO-RES

Participant	Třídící místo v ZZ	Označení pacienta	TaIK	TaIK dělení dle kategorií
P 1	stejně jako P7	nedostatečné znalosti	nedostatečné znalosti	nedostatečné znalosti
P 2	na urgentním příjmu nemocnice, je to tedy v budově C v přízemí	START a TaIK	celková charakteristika	dostatečné znalosti
P 3	nevím, ale určitě bych se to dozvěděla od zkušenějších sester	START a TaIK	celková charakteristika	dostatečné znalosti
P 4	stejně jako P7	START a TaIK	celková charakteristika	dostatečné znalosti
P 5	stejně jako P7	nedostatečné znalosti	nedostatečné znalosti	nedostatečné znalosti
P 6	stejně jako P7	nedostatečné znalosti	nedostatečné znalosti	nedostatečné znalosti
P 7	na Emergency, které je součástí stanice ARO-RES v budově CH	nedostatečné znalosti	nedostatečné znalosti	nedostatečné znalosti
P 8	stejně jako P3	START a TaIK	celková charakteristika	dostatečné znalosti

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka 6 b) Příjem a třídění pacienta KCH-RES

Participant	třídící místo v ZZ	Označení pacienta	TaIK	TaIK dělení dle kategorií
P 9	nedostatečné znalosti	START a TaIK	dostatečné znalosti	dostatečné znalosti
P 10	nedostatečné znalosti	START a TaIK	dostatečné znalosti	dostatečné znalosti
P 11	urgentní příjem	nedostatečné znalosti	nedostatečné znalosti	nedostatečné znalosti
P 12	nedostatečné znalosti	nedostatečné znalosti	nedostatečné znalosti	nedostatečné znalosti
P 13	urgentní příjem	nedostatečné znalosti	nedostatečné znalosti	nedostatečné znalosti
P 14	nedostatečné znalosti	START a TaIK	dostatečné znalosti	dostatečné znalosti
P 15	urgentní příjem	nedostatečné znalosti	nedostatečné znalosti	částečné znalosti
P 16	urgentní příjem	START a TaIK	dostatečné znalosti	částečné znalosti

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Kategorie 5: Edukace a nácvik dané problematiky

V kategorii 5 jsme zkoumali úroveň znalostí o problematice nácviku v daném nemocničním zařízení. Zaměřili jsme se na nácvik evakuace osob a příjmu většího množství pacientů při hromadném postižení osob.

V tabulce 7 a) jsou v bodech zobrazeny odpovědi participantů z oddělení ARO-RES. První otázkou jsme zjišťovali četnost cvičení zaměřených na evakuaci osob. P1 uvedla: „Cvičení evakuace osob jsem se zúčastnila několikrát. Dříve bylo celkem pravidelně, avšak nyní v době covidu se veškeré tyto aktivity přerušily.“ S touto odpovědí souhlasí i odpovědi P5 a P6. Naopak P2 uvedl: „Bohužel musím říci, že jsem žádné cvičení na evakuaci osob neabsolvoval a ani jsem neměl možnost účastnit se nějakého cvičení.“ S odpovědí P2 souhlasí i odpovědi P2, P3, P4, P7 a P8. Následující otázkou jsme se pokoušeli zjistit, zda mají dotazovaní o cvičení zaměřené na evakuaci osob zájem. Všichni dotazovaní se shodli s odpovědí P2, který uvedl: „Samozřejmě, že bych zájem o cvičení zaměřené na evakuaci osob měl. Nikdy nevíte, co se může stát, a já jako zdravotnický záchranář vím, že co není nacvičené, je velice těžké provést z minuty na minutu. Z tohoto důvodu si myslím, že by cvičení měla být opakována každý

rok a zúčastnit by se měli všichni pracovníci.“ Další otázkou jsme zjišťovali, zda byly participanti podrobeni proškolení a zda se zúčastnili cvičení zaměřeného na příjem pacientů z místa mimořádné události s hromadným postižením osob. Všechny odpovědi participantů se shodují s odpovědí P4. Participant 4 uvedl: *„Bohužel jsem se tohoto typu cvičení nezúčastnil a myslím si, že ani žádné takové cvičení neprobíhá. Dle mého názoru by však cvičení tohoto typu měla být zařazena do edukace pracovníka a příjem většího množství pacientů by se cvičit měl.“* Poslední otázkou této kategorie jsme se pokoušeli zjistit, zda mají participanti možnost přetřídit rychle a efektivně pacienty, kteří přijedou z místa mimořádné události. P1 uvedla: *„Nemyslím si, že máme nějaké speciální papíry, které by nám pomohly při příjmu většího množství pacientů. Pacienty bychom přijmuli jako za normálních okolností a akutně je zaléčili. Nemyslím si, že by byl větší problém.“* S touto odpovědí souhlasí i P5, P6 a P7. Druhá část participantů souhlasí s tvrzením P3, který odpověděl: *„My zde nemáme žádné speciální nemocniční třídící karty, avšak je nás tu poměrně dost zdravotnických záchranářů, takže se nebojím říct, že by bylo vše jednodušší za předpokladu, kdy jim necháme záchrankové třídící karty a budeme číst vše z nich.“*

V tabulce 7 b) jsou v bodech zobrazeny odpovědi participantů z oddělení KCH-RES. V kapitole 7 jsme zjišťovali, zda byli participanti proškoleni v oblasti evakuace osob a zda se zúčastnili cvičení zaměřeného na větší počet pacientů v případě vzniku mimořádné události. Participant 11 uvedla: *„Cvičení zaměřené na evakuaci osob by se mělo provádět jednou za rok, já osobně jsem zažila cvičení 2x. Cvičení probíhalo celkem zábavně, je nutné obeznámit veškerý tisk a předem nahlásit všem složkám IZS, že se cvičení plánuje. Ihned při vyhlášení požáru přijely posádky HZS, vedoucí zásahu vše organizoval a my jsme s pacienty museli ven z oddělení. Samozřejmě, že jsme měli místo opravdových pacientů studenty a figuríny. Myslím si, že jsme se dozvěděli užitečná data. Následně přijely posádky zdravotnické záchranné služby a pacienty měly za úkol rozvést do jiných nemocnic k dalšímu залечení. Největším problémem byla dle mého názoru administrativa, kdy jsme řešili, co vše musíme vzít s sebou při evakuaci a co můžeme na oddělení nechat. Jednalo se především o opiáty.“* Ze získaných odpovědí jsme zjistili, že cvičení evakuace se také zúčastnili P13 a P15. Participant 14 odpověděl: *„Mám praxi šest let v této nemocnici a za tu dobu jsem žádné cvičení evakuace neabsolvoval, podle mě ani žádné neproběhlo. Když nad tím teď přemýšlím, tak vůbec nevím, co by jsme v případě nutnosti evakuace dělali. Podle mě by cvičení mělo každý rok*

pro všechny zaměstnance.“ Podobnou odpověď jsme zaznamenali i od P9, P10, P12 a P16. Všichni dotazovaní participanti uvedli, že by cvičení mělo být každý rok a četnost cvičení není dle jejich názoru dostatečná. Dále jsme v této kategorii zjišťovali, zda participanti daného oddělení absolvovali cvičení zaměřené na příjem pacientů v případě mimořádné události s hromadným postižením osob. P15 uvedla: *„Cvičení na příjem většího počtu pacientů z důvodu mimořádné události jsme měli, nepamatuji si, jak dlouho to je, ale vím, že jsme třídili pacienty na urgentním příjmu. Podle mě jsou všechna cvičení dobrá, člověk si zkusí něco nového a aspoň zažije, co by se dělo v případě dané události, není tolik ve stresu a zjistí problémy, kterým se musí vyvarovat. Cvičení jsem absolvoval už před delší dobou a určitě bych chtěla další. Myslím si, že kolegové, kteří jsou tu kratší dobu, žádné cvičení nezažili.“* Cvičení zaměřené na příjem většího množství pacientů absolvovali také P11 a P13. Ostatní participanti uvedli, že za jejich praxe nebylo možné absolvovat žádné cvičení, protože žádné neprobíhalo. Poslední otázkou jsme chtěli zjistit, jak participanti umějí zacházet s TaIK a zda mají možnost pacienty přetřídit jiným způsobem v jejich ZZ. P10 uvedla: *„Z toho, co vím, žádné jiné kartičky na oddělení nemáme, možná jestli mají nějaké na urgentu, ale to nevím. S třídící a identifikační kartou však pracovat umím, učili jsme se to na záchranáři a myslím si, že bych neměla žádný problém vyčíst z ní anamnézu a poskytnutou péči.“* Ze získaných dat nám vyšlo, že s třídící a identifikační kartou umějí zacházet i P9, P14 a P16, další participanti mají povědomí o této kartě, ale v případě nutnosti by ji neuměli použít.

Tabulka 7 a) Edukace a nácvik dané problematiky ARO-RES

Participant	Cvičení evakuace osob	Zvýšit četnost cvičení	Cvičení na MU s HPO	Přetřídění v ZZ
P 1	cvičení evakuace osob jsem se zúčastnila několikrát	ano	ne	ne, není to potřeba
P 2	neabsolvoval/a	ano	ne	ne, ale umíme pracovat s Talk ze ZZS
P 3	neabsolvoval/a	ano	ne	ne, ale umíme pracovat s Talk ze ZZS
P 4	neabsolvoval/a	ano	ne	ne, ale umíme pracovat s Talk ze ZZS
P 5	cvičení evakuace osob jsem se zúčastnila několikrát	ano	ne	ne, není to potřeba
P 6	cvičení evakuace osob jsem se zúčastnila několikrát	ano	ne	ne, není to potřeba
P 7	neabsolvoval/a	ano	ne	ne, není to potřeba
P 8	neabsolvoval/a	ano	ne	ne, ale umíme pracovat s Talk ze ZZS

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka 7 b) Edukace a nácvik dané problematiky KCH-RES

Participant	Cvičení evakuace osob	Zvýšit četnost cvičení	Cvičení na MU s HPO	Přetřídění v ZZ
P 9	neabsolvoval/a	ano	ne	ne, ale umíme pracovat s Talk ze ZZS
P 10	neabsolvoval/a	ano	ne	ne, ale umíme pracovat s Talk ze ZZS
P 11	cvičení evakuace osob jsem se zúčastnila několikrát	ano	ano	ne
P 12	neabsolvoval/a	ano	ne	ne
P 13	cvičení evakuace osob jsem se zúčastnila několikrát	ano	ano	ne
P 14	neabsolvoval/a	ano	ne	ne, ale umíme pracovat s Talk ze ZZS
P 15	cvičení evakuace osob jsem se zúčastnila několikrát	ano	ano	ne
P 16	neabsolvoval/a	ano	ne	ne, ale umíme pracovat s Talk ze ZZS

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Kategorie 6: Zkušenosti s příjmem pacientů při HPO

V kategorii 6 jsme zkoumali úroveň znalostí o problematice příjmu většího množství pacientů při hromadném postižení osob. Participantů byli tázáni, zda již byli přítomni při příjmu pacientů s hromadným postižením osob při mimořádné události, a jaké jsou odlišnosti při příjmu pacienta s neznámou totožností.

V tabulce 8 a) jsou v bodech zobrazeny odpovědi participantů z oddělení ARO-RES. P5 odpověděla: „Ano, zažila jsem již příjem pacientů z místa mimořádné události s hromadným postižením osob, bylo to však v jiné nemocnici a již je to mnoho let.“ P2 uvedl: „Zkušenost s řešením mimořádné události již mám, avšak ne z prostředí nemocnice, ale jako zdravotnický záchranář na praxi u jihočeské záchranné služby.“ Participant 6 odpověděla: „Příjem pacientů z místa události jsem zažila hned po nástupu do práce, byla to hrůza. Už si na to moc nepamatuji, ale vím, že to byl obrovský chaos.“ Další participantů 1, 3, 4, 7 a 8 uvedli, že se s příjmem osob z místa mimořádné události

nikdy nesetkali. Dále jsme se participantů dotazovali, co je největším úskalím při příjmu více pacientů v nemocničním prostředí. P 1 uvedla: „*My jsme tu zvyklí více méně na jednoho pacienta, který je v akutním stavu, ale řešíme jen jeho. V případě, že se bude přijímat více pacientů najednou, je podle mého názoru největším problémem právě rozdělení pacientů a ošetření všech.*“ P2 odpověděl: „*Myslím si, že to vychází z podstaty mimořádné události, kdy počet pacientů překročí počet zdravotníků, a v PNP přecházíme z urgentní medicíny do medicíny katastrof, nevím, zda jsou zde všichni v této medicíně proškoleni, ale největším problémem by byl právě přechod z jednoho stylu medicíny do druhého.*“ P 4 uvedl: „*Podle mě bude největším problémem nedostatek personálu.*“ S touto odpovědí souhlasí i P3, P7 a P8. Participant 5 uvedl: „*Myslím si, že velkým problémem nebude personál, v podstatě se k nám do nemocnice dostane jen hrstka pacientů, problém spíš bude v předávání anamnézy a terapie. Nejhorší bude, že si veškerá vyšetření budeme muset udělat znova a to akutně.*“ Poslední otázkou jsme zjišťovali postup přijímání pacienta s neznámou totožností. P1 uvedla: „*Postup příjmu neznámého pacienta se od normálního příjmu neliší, jediný rozdíl je v počítačovém příjmu, který se provádí tak, že odhadujete věk pacienta, měsíc narození a na konec dáte dvě nuly, následně se jeho číslo za lomítkem vygeneruje a vy můžete používat toto provizorní rodné číslo, než se zjistí totožnost pacienta.*“ S touto odpovědí souhlasí i P2, P4, P5, P6, P7, P8. P3 uvedl: „*Bohužel nevím, jak bych neznámého pacienta přijímal, ale jsem si jistý, že by mi starší kolegyně poradily.*“

V tabulce 8 b) jsou v bodech zobrazeny odpovědi participantů z oddělení KCH-RES. První otázkou jsme zjišťovali, zda museli participant v minulosti řešit příjem pacientů s HPO z místa MU. Participantka 13 odpověděla: „*Ano, příjem pacientů při vyhlášení mimořádné události jsem zažila, myslím si, že jsme vše zvládli velice dobře.*“ Podobně odpověděla i participantka 11: „*Vzpomínám si, že jsem mimořádnou událost zažila za svojí praxi dvakrát. Poprvé to bylo ihned po nástupu do práce, takže si více detailů nepamatuji, ale podruhé si pamatuji, že jsme přijímali něco kolem pěti pacientů. Vybavuji si, že v tom byl velký zmatek, ale vše jsme zvládli dobře.*“ Posledním participantem, který zažil příjem osob s hromadným postižením osob byl participant 14, který uvedl: „*Příjem osob z místa události s hromadným postižením osob jsem v nemocnici nezažil, ale byl jsem součástí týmu, který řešil mimořádnou událost ve zdravotnické záchranné službě.*“ Zbylí participant se shodují, že příjem pacientů z místa mimořádné události nezažili. Druhou otázkou jsme zjišťovali, jaké je dle participantů největší úskalí při řešení

následků mimořádné události v nemocničním zařízení. Odpovědi P9, P10, P14 a P16 se shodují, tedy dle odpovědi P9: „Dle mého názoru je největším úskalím nedostatek personálu, který se musí akutně překlenout z medicíny jednoho pacienta na medicínu více pacientů.“ Následně odpovídala P15: „Podle mě by bylo největším problémem předání anamnézy, jak již bylo řečeno, pacient má na sobě nějakou kartičku, to my ale většinou neznáme a posádka, která pacienta přiveze slouží jen jako transport, o pacientovi nemá skoro žádné informace.“ S odpovědí P15 se shodují i odpovědi P11, P12 a P13. Poslední otázkou této kategorie jsme se pokoušeli zjistit, jak by participanti přijímali pacienta, který má neznámou totožnost. Participantka 13 odpověděla: „My přijímáme neznámého pacienta úplně stejně jako identifikovaného pacienta, jediný rozdíl je v příjmu do počítače. Zde je důležité napsat do jména, co se stalo, aby každý ihned věděl, co to za pacienta je a v případě vyplňování rodného čísla se vše odhaduje a do posledních dvou číslic se zadají 00. Následně počítač vygeneruje rodné číslo a s pacientem je možno pracovat dále.“ Stejnou odpověď měly i participantky 11 a 15. Ostatní participanti nedokázali uvést rozdíl, mezi příjmem pacienta identifikovaného a neidentifikovaného.

Tabulka 8 a): Zkušenosti s příjmem pacientů při HPO ARO-RES

Participant	součást týmu MU S HPO v ZZ	největší úskali MU S HPO v ZZ	neznámá totožnost
P 1	ne	největším problémem právě rozdělení pacientů a ošetření všech	od normálního příjmu se neliší, jen odhadujete věk pacienta, měsíc narození a na konec dáte dvě nuly
P 2	zkušenost mám, avšak ne z prostředí nemocnice, ale jako zdravotnický záchranář na praxi u jihočeské záchranné služby	přechod z urgentní medicíny do medicíny katastrof	souhlasí s P1
P 3	ne	nedostatek personálu	neví
P 4	ne	nedostatek personálu	souhlasí s P1
P 5	ano, bylo to však v jiné nemocnici a již je to mnoho let	v předávání anamnézy a terapie	souhlasí s P1
P 6	jsem zažila hned po nástupu do práce, byla to hrůza, už si na to moc nepamatuji, ale vím, že to byl obrovský chaos	v předávání anamnézy a terapie	souhlasí s P1
P 7	ne	nedostatek personálu	souhlasí s P1
P 8	ne	nedostatek personálu	souhlasí s P1

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka 8 b): Zkušenosti s příjmem pacientů při HPO KCH-RES

Participant	součást týmu MU S HPO v ZZ	největší úskalí MU S HPO v ZZ	neznámá totožnost
P 9	ne	akutní překlenutí z medicíny jednoho pacienta na medicínu více pacientů	neví
P 10	ne	stejně jako P9	neví
P 11	pamatuji si, že jsme přijímali něco kolem pěti pacientů, vybavuji si, že v tom byl velký zmatek, ale vše jsme zvládli dobře	předání anamnézy	v případě vyplňování rodného čísla se vše odhaduje a do posledních dvou číslic se zadají 00
P 12	ne	předání anamnézy	neví
P 13	ano, příjem pacientů při vyhlášení mimořádné události jsem zažila, myslím si, že jsme vše zvládli velice dobře	předání anamnézy	stejně jako P11
P 14	byl jsem součástí týmu, který řešil mimořádnou událost ve zdravotnické záchranné službě	stejně jako P9	neví
P 15	ne	předání anamnézy	stejně jako P11
P 16	ne	stejně jako P9	neví

(Zdroj: Vlastní výzkum)

5 DISKUZE

Tématem diplomové práce je „Úroveň teoretických znalostí nelékařského zdravotnického personálu lůžkové části RES ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje při řešení mimořádné události.“ Pacient, který vyžaduje akutní péči je často zaléčen na místě události v přednemocniční neodkladné péči a díky kvalitnímu a rychlému transportu dopraven do zdravotnického zařízení, kde navazuje nemocniční neodkladná péče. Pacientova šance na přežití často závisí na rychlosti a schopnostech zdravotnického personálu, proto je klíčové, aby každý zaměstnanec resuscitačního oddělení měl dostatečné znalosti v problematice mimořádných událostí a třídění pacientů.

Z rozhovorů zaměřených na identifikační údaje bylo zjištěno, že jsme se u informantů setkali s větším počtem žen než mužů, konkrétně jsme oslovili deset žen a šest mužů. Nejčastější délka praxe byla pod šest let a vzdělání participantů bylo spíše vysokoškolské.

Dále jsme analyzovali data z rozhovorů, zjišťovali jsme teoretické znalosti o problematice traumatologického plánu. Ze získaných dat jsme byli mile překvapeni, zjistili jsme sice, že participanti nevědí, jak přesně traumatologický plán definovat konkrétně tedy P2, 3, 7, 9, 11, 13, 14, 15 a 16, tedy 56 %. Avšak z větší části měli dostatečné znalosti jeho využití a nutnosti zhotovení. Získané výsledky se shodují s výsledky výzkumného šetření Husové (2018), která udává, že 57 % participantů jejího šetření bylo plně seznámeno s traumatologickým plánem. Participanti P12, 10, 6, 5, 4 a 1 charakterizovali traumatologický plán přesně. Setkali jsme se s odpovědí, která charakterizovala traumatologický plán jako plán, který slouží k přijímání polytraumat. P8 odpověděl: „Podle mě je to nějaká směrnice, která určuje, jak přijímat polytraumata. Jsou totiž určité způsoby, které určují, co a jak dělat. Takže si myslím, že je to nějaký metodický plán, který udává že primárně je důležité zastavit krvácení, typicky je to krvácení masivní zevní a následně přistoupit k algoritmu ABCDE.“ Sedm participantů mělo ponětí o uložení traumatologického plánu. Participanti 1, 4, 5, 6, 10, 12 a 15. P1 uvedl: „Traumatologický plán je podle mě uložen na intranetu nemocnice v sekci krizových dokumentů.“ Dle Hlaváčkové (2007) je traumatologický plán dokument, který je prostředkem vyššího stupně operačního řízení. Tento dokument je aktivován v případě vzniku mimořádné události s HPO a je prostředkem návaznosti přednemocniční neodkladné péče na péče nemocniční. V traumatologickém plánu je také rozpracována spolupráce všech zasahujících složek na místě a všech dalších složek, které se podílejí na řešení mimořádné

události. Nadpoloviční většina participantů uvedla, že byla s traumatologickým plánem seznámena.

V souvislosti s řešením následků mimořádné události byla tato kategorie zaměřena na teoretické znalosti mimořádné události, charakteristiku MU a jak se mimořádná událost vyhláší v nemocničním zařízení. Nejčastější charakteristikou mimořádné události bylo dle P14: *„Škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy, a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací.“* Velice podobnou odpověď poskytli i P1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12 a 14, tedy 69 %. Získaná data se shodují s daty Husové (2018), která udává, že participant jejího výzkumu odpověděli na otázku, co je to mimořádná událost v 82 % správně. Mimořádná událost je definována dle zákona č. 239/2000 Sb., § 2 písm. b, o integrovaném záchranném jako: *„škodlivé působení sil a jevů, které byly vyvolané škodlivým působením sil a jevů, přírodními vlivy, haváriemi nebo činností člověka“*. V případě mimořádné události může docházet k ohrožení majetku, životního prostředí, ale hlavně k ohrožení života a zdraví. Ostatní participant neměli dostatečné znalosti v oblasti mimořádných událostí. Další otázkou, kterou jsme participantům pokládali bylo vyhlášení MU. U této otázky nás překvapilo, že čtyři z celkového počtu šesti správných odpovědí bylo od participantů z oddělení KCH-RES, což značí, že oddělení ARO-RES není v této problematice dostatečně proškolen. Participant 10 na tuto otázku odpověděl: *„Mimořádná událost je vyhlášena operačním střediskem zdravotnické záchranné služby daného kraje. Vždy po ověření vzniku mimořádné události, kontaktují daná nemocniční zařízení, do kterých bude transport směřovat a snaží se získat důležité informace o volné lůžkové kapacitě daných nemocnic.“* S touto odpovědí se shodují odpovědi P12, 11, 9, 4 a 1. Ostatní participant odpověděli, že by dostali hlášení o mimořádné události telefonicky, avšak další podrobnosti nevěděli. Poslední otázkou této kategorie bylo umístění evakuačního místa daného pracoviště. Byl jsme překvapeni, že participant z KCH-RES neměli kromě P12 představu, kde se evakuační místo pro jejich oddělení nachází. Avšak participant číslo 8 odpovídá: *„Netuším, kde je evakuační místo, a doufám, že to nikdy potřebovat nebudu.“* Myslím si, že by nebylo od věci zvýšit četnost školení zaměřených na evakuaci osob z daných pracovišť. Správně na tuto otázku odpověděli jen participant 1, 2, 3, 4, 5 a 12.

V další kategorii jsme se zaměřili na klíčovou část diplomové práce. V této kategorii jsme se dotazovali participantů na umístění třídícího místa a možnosti třídění pacientů v místě mimořádné události s hromadným postižením osob. Z celkového počtu 16 participantů odpovědělo správně na otázku umístění třídícího místa jen 9 participantů, tedy 56 %. Husová (2018) udává, že ze získaných dat výzkumné části její diplomové práce odpovědělo 85 % participantů správně na otázku, kde se nachází třídící místo pro hromadný příjem postižených osob. Třídící místo oddělní ARO-RES se nachází dle: „*Třídící místo se nachází na Emergency, které je součástí stanice ARO-RES v budově CH.*“ Stejně odpověděli i P1, 4, 5 a 6. Ostatní participant oddělení ARO-RES neměli dostatečné znalosti o umístění třídícího místa. Participantka 11 uvedla: „*Naše třídící místo v případě příjmu velkého množství pacientů je na urgentním příjmu nemocnice. Každopádně si myslím, že pro nás to velký význam nemá, jelikož jsme specializované oddělení kardiochirurgie, velký počet pacientů pro náš obor je hodně nepravděpodobný. Myslím si, že by k nám byl přijímaný jenom jeden nebo dva lidi a to maximálně.*“ S touto odpovědí se shoduje i odpověď P 13, 15 a 16. Ostatní participant nevěděli, kde se nachází třídící místo pro jejich oddělení. Následně jsme se dotazovali, jakými způsoby lze třídit pacienty na místě mimořádné události s hromadným postižením osob, jaký je v těchto způsobech rozdíl a proč. Ze získaných dat jsme zjistili, že jen polovina participantů odpověděla správně a dokázala charakterizovat třídění START a třídění pomocí TaIK. Participant 14 uvedl: „*Pacienty na místě události můžeme dle TaIK dělit do pěti kategorií. První kategorií je červená neboli I, do této kategorie spadají pacienti, kteří jsou při prvotním třídění v takovém stavu, že je nutný akutní transport na stanoviště PNP, takový pacient se nachází ve stavu možného selhání základních životních funkcí nebo v případě, že jim již musela být poskytnuta terapie na místě třídění, tedy zastavení masivního zevního krvácení, záklon hlavy s aplikací vzduchovodu či zhotovení stabilizované polohy. Druhá kategorie se dělí na IIa a IIb, do první z těchto dvou kategorií spadají pacienti, kteří vyžadují primární transport, na místě události pro ně není možnost zlepšení jejich vážného stavu. Do skupiny IIb patří pacienti, kteří mají zranění, avšak tyto poranění nejsou život ohrožující. Další kategorií je III neboli zelení, tito pacienti jsou primárně vyzváni při příchodu složek IZS na místo události, aby se zvedli a odešli na předem určené místo, jsou to pacienti, kteří nevyžadují péči zdravotnické složky, ale je nutné jim zajistit kontinuální dohled členů složek IZS, kteří je kontinuálně kontrolují. Poslední kategorií je IV, která má barvu černou. Touto kategorií jsou označeni pacienti, kteří na místě události zemřeli.*“ S touto odpovědí souhlasí i odpovědi P16, 10, 9, 8, 4, 3 a 2. Z analýzy

výsledků Husové (2018) jsme zjistili, že 92 % participantů výzkumu diplomové práce uvedlo jako odpověď označení čísla, tedy dle stupně postižení na 1, 2, 3, 4 a 5. Husová (2018) udává, že tato odpověď byla správná, avšak Štětina (2014) uvádí, že dle doporučeného postupu OS urgentní medicíny a medicíny katastrof č. 13 vyžadováno provést roztrídění pacientů třídící a identifikační kartou. Ostatní participanté neměli dostatečné znalosti této problematiky a dle mého názoru by mělo dojít k proškolení všech pracovníků na RES odděleních o problematice třídění pacientů. Třídící a identifikační karty jsou nedílnou součástí rychlého a kvalitního ošetření pacienta, v případě, že by nemocniční personál neuměl tyto karty využívat, čas do pacientova ošetření by pozdržen a jeho zdraví by mohlo být v důsledku ohroženo.

Předposlední kategorie byla zaměřena na cvičení a edukaci participantů. V prvním bloku jsme se dotazovali, zda byli participanté přítomni na cvičení evakuace osob. Nečekaným zjištěním pro nás bylo, že jen 5 z celkového počtu 16 participantů se zúčastnilo cvičení zaměřeného na evakuaci osob ze zdravotnického zařízení. P14 odpověděl: *„Mám praxi šest let v této nemocnici a za tu dobu jsem žádné cvičení evakuace neabsolvoval, podle mě ani žádné neproběhlo. Když nad tím teď přemýšlím, tak vůbec nevím, co by jsme v případě nutnosti evakuace dělali. Podle mě by cvičení mělo každý rok pro všechny zaměstnance.“* K tomuto tvrzení se přiklání i P 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12 a 16. Ostatní participanté školením prošli, avšak již před několika lety nebo v jiné nemocnici. Další blok otázek byl zaměřen na četnost školení a cvičení příjmu většího množství pacientů z místa mimořádné události s hromadným postižením osob. Na tuto otázku odpověděli jen 3 participanté, že se cvičení zúčastnili. Na oddělení KCH-RES absolvovali cvičení zaměřené na příjem pacientů v případě mimořádné události. Participant 15 uvedla: *„Cvičení na příjem většího počtu pacientů z důvodu mimořádné události jsme měli, nepamatuji si, jak dlouho to je, ale vím, že jsme třídili pacienty na urgentním příjmu. Podle mě jsou všechna cvičení dobrá, člověk si zkusí něco nového a aspoň zažije, co by se dělo v případě dané události, není tolik ve stresu a zjistí problémy, kterým se musí vyvarovat. Cvičení jsem absolvoval už před delší dobou a určitě bych chtěla další. Myslím si, že kolegové, kteří jsou tu kratší dobu, žádné cvičení nezažili.“* Cvičení zaměřené na příjem většího množství pacientů absolvovali také P11 a P13. Husová (2018) uvádí ve svém výzkumu, že na tuto otázku odpovědělo 74 % participantů ne. Tedy 74 % participantů neabsolvovalo cvičení zaměřené na tuto problematiku a 26 % participantů absolvovalo. Toto zjištění je dle mého názoru velice špatné a školení

spojené s nácvikem by mělo proběhnout v co nejkratší době. Poslední otázkou této kategorie jsme zjišťovali, zda mají participanti možnost přetřídit pacienty v nemocničním zařízení, všichni dotazovaní odpověděli, že žádnou možnost třídících a identifikačních karet v nemocničním zařízení nemají či o ní neví.

Poslední kategorii jsme zaměřili na zkušenosti participantů. Dotazovali jsme se, zda byli participanti v týmu, který řešil následky mimořádné události v nemocničním zařízení. Ze získaných dat jsme zjistili, že jen 4 participanti mají zkušenost s příjmem většího množství pacientů z místa mimořádné události s HPO. Participantka 11 uvedla: *„Vzpomínám si, že jsem mimořádnou událost zažila za svoji praxi dvakrát. Poprvé to bylo ihned po nástupu do práce, takže si více detailů nepamatuji, ale podruhé si pamatuji, že jsme přijímali něco kolem pěti pacientů. Vybavuji si, že v tom byl velký zmatek, ale vše jsme zvládli dobře.“* S touto odpovědí souhlasí i P13. Participanti 16, 15, 12, 10, 9, 8, 7, 4, 3 a 1 příjmem většího množství pacientů z místa mimořádné události s HPO nezažili. P2 a P14 uvedli, že mají zkušenost s řešením následků mimořádné události s HPO, ale jen z pohledu zdravotnického záchranáře ve Zdravotnické záchranné službě Jihočeského kraje. Největším problémem při předávání pacienta z přednemocniční neodkladné péče do nemocniční neodkladné péče udávají participanti předání anamnézy. Participant 5 uvedla: *„Myslím si, že velkým problémem nebude personál, v podstatě se k nám do nemocnice dostane jen hrstka pacientů, problém spíš bude v předávání anamnézy a terapie. Nejhorší bude, že si veškerá vyšetření budeme muset udělat znova a to akutně.“* S touto odpovědí se shodují i odpovědi P6, 11, 12, 13 a 15. P4 uvedl: *„Podle mě bude největším problémem nedostatek personálu.“* Problém nedostatku personálu uvedl také P8, 7, a 3. P2 odpověděl: *„Myslím si, že to vychází z podstaty mimořádné události, kdy počet pacientů překročí počet zdravotníků a v PNP přecházíme z urgentní medicíny do medicíny katastrof, nevím, zda jsou zde všichni v této medicíně proškoleni, ale největším problémem by byl právě přechod z jednoho stylu medicíny do druhého.“* S touto odpovědí souhlasí i P1, 9, 10, 14 a 16. V této kategorii se znovu objevil problém neznalosti třídění a třídících a identifikačních karet. Dle mého názoru by mělo dojít ke školení v této problematice a nácviku příjmu pacientů za použití již zmiňovaných třídících karet.

Z vyhodnocených dat lze vyčíst značnou rozdílnost mezi jednotlivými odděleními. Nižší úroveň znalostí jsme zaznamenali u participantů z KCH-RES. Nejednalo se jen o teoretické znalosti, které se lišili od znalostí participantů z oddělení ARO-RES.

Participantů ARO-RES projevili lepší znalost základní problematiky o traumatologickém plánu. Ze získaných dat jsme zjistili, že jen malá hrstka participantů z oddělení KCH-RES dokázala charakterizovat traumatologický plán a uvést, kde lze tento plán nastudovat. Dále jsme zjišťovali odpověď na výzkumnou otázku: **Jaké jsou znalosti nelékařského zdravotnického personálu lůžkové části RES ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje v problematice řešení mimořádné události s hromadným postižením zdraví?** Ze získaných dat jsme zjistili, že se teoretické znalosti participantů značně liší. Participantů z oddělení ARO-RES převážně zodpověděli otázky týkající o problematiku mimořádné události a s uvedením evakuačního místa také neměli žádný problém. Na druhé straně participantů z oddělení KCH-RES nedokázali charakterizovat mimořádnou události, jen částečně věděli, jak se případně MU vyhlašuje a evakuační místo odpověděl správně jen jeden participant. Další kategorií, která byla součástí výzkumu bylo třídění pacientů. Ze získaných dat jsme se dozvěděli, že o problematice třídění pacientů a třídících a identifikačních karet mají mnohonásobně vyšší znalosti participantů, kteří vystudovali zdravotnického záchranáře a nyní slouží na oddělení RES. Na druhé straně jsme vyzkoumali, že odpovědi participantů z řad všeobecných sester byly spíše podprůměrné. V předposledním bloku otázek jsme zjišťovali odpověď na třetí výzkumnou otázku: **Jaký je postoj nelékařského zdravotnického personálu lůžkové části RES ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje k přípravě a vzdělávání v oblasti řešení mimořádných události s hromadným postižením zdraví?** Ze získaných dat jsme zjistili, že sestry či zdravotničtí záchranáři, kteří mají dlouholetou praxi z větší části absolvovali cvičení zaměřené na evakuaci osob, ale cvičení zaměřené na příjem pacientů s hromadným postižením osob absolvovali jen 3 participantů z oddělení KCH-RES z celkového počtu 16 participantů. Velkým problémem je tedy četnost a kvalita školení, které bohužel neprobíhá. Participantů z větší míry uvedli, že by o školení měli velký zájem a v odpovědích si uvědomovali, že v případě příjmu pacientů z místa mimořádné události to budou právě oni, kdo budou tento příjem a třídění řešit. V posledním okruhu otázek jsme získávali data, která nám pomohla zodpovědět druhou výzkumnou otázku: **Jak nelékařský zdravotnický personál lůžkové části RES ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje hodnotí mimořádné události s hromadným postižením zdraví, u kterých byl přítomni?** Ze získaných dat jsme zjistili, že jen 3 participantů mají osobní zkušenost s řešením příjmu pacientů do nemocničního zařízení, další dva participantů uvedli, že mají zkušenost s řešením MU s HPO, avšak z pozice zdravotnického záchranáře u jihočeské

záchranné služby. Participanti, kteří mimořádnou událost s hromadným postižením osob zažili v nemocničním zařízení často uvedli, že řešení celé mimořádné situace bylo chaotické, ale postup řešení následků mimořádné události s HPO se lišil jen minimálně od normálních příjmových postupů. Participanti dále podotýkali, že bylo dobré provádět nácvik příjmu většího množství pacientů z místa mimořádné události s hromadným postižením osob častěji za účelem sjednocení postupů příjmu a zdokonalením péče o pacienta.

6 ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zmapovat úroveň znalostí nelékařského zdravotnického personálu z RES oddělení u vybraných jihočeských nemocnic o problematice mimořádných událostí s hromadným postižením osob, zmapovat jejich připravenost v dané problematice a úroveň vzdělání a přípravy. Těchto cílů bylo dosaženo pomocí kvalitativního výzkumného šetření, konkrétně rozhovorů s náhodně vybranými účastníky.

Ze získaných dat lze vyčíst malou rozdílnost mezi jednotlivými odděleními. Účastníci z obou oddělení ukázali znalosti v problematice mimořádných událostí a traumatologického plánování. Ze získaných dat jsme zjistili, že lépe odpovídali účastníci s vysokoškolským vzděláním zdravotnický záchranář, kteří jsou v této problematice školeni a cvičeni. Velká část účastníků nezažila příjem pacientů s HPO do nemocničního zařízení. Dále jsme zjistili, že by všichni dotazovaní účastníci měli zájem o školení zaměřené na evakuaci osob z nemocničního zařízení a příjem pacientů s HPO do nemocničního zařízení. Z přepsaných rozhovorů jsme vyčetli, že četnost cvičení v nemocničních zařízeních je velice nízká a 63 % účastníků nevědělo, kde se evakuační místo nachází.

Diplomová práce by měla poukázat na teoretickou připravenost středního zdravotnického personálu na akutních lůžkových stanicích vybraných nemocnic Jihočeského kraje v problematice mimořádných událostí. Je nutné si uvědomit, že přesun pacienta z přednemocniční neodkladné péče do nemocniční neodkladné péče musí být vždy rychlý a kvalitní. V případě, že zdravotnický personál není proškolený v problematice příjmu pacientů s HPO nemůže být zaručeno, že bude pacientovi poskytnuta ta nejkvalitnější péče.

Výsledky diplomové práce mohou sloužit pracovištím krizové připravenosti daných nemocnic ke zvýšení četnosti prováděných školení a nácviků. Dále mohou sloužit ke zlepšení a doplnění nedostatků ve znalostech o problematice mimořádných událostí, a především třídění pacientů z PNP u pracovníků resuscitačních oddělení.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAMS, H. A. *Versorgungskonzepte im Großschadens-und Katastrophenfall*. Intensivmedizin.springer.de. Medizinische Klinik Intensivmedizin und Notfallmedizin. 2015, DOI 10.1007/s00063-014-0413-9

BERNATÍK, A. *Prevence závažných havárií II*. 1. vydání. Ostrava: Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství. 2006, ISBN 80-86634-90-6.

BERNATÍK, A. MALÉŘOVÁ, L., *Analýza rizik území*. Ostrava: Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství v Ostravě. 2010, ISBN 978-80-7385-082-1.

LAUWE P. *BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE*. 2012, 497 s. ISBN 978-3-939347-53-1.

BULÍKOVÁ, T., *Medicína katastrof*. 2011, 391 s. ISBN 978-80-8063-361-5

CVACHOVEC, K. Anesteziologie a intenzivní medicína současnosti. *Lékařské listy*. 2010, 4:255-260. ISSN 1214-2158

DOBIÁŠ, V. *Prednemocničná urgentná medicína*. Martin: Osveta. 2007, 740 s. ISBN 978-80-8063-387-5.

DOBIÁŠ, V. *Urgentná zdravotná starostlivosť*. 2. vyd. Martin: Osveta. 2007, 178 s. ISBN 80-8063-244-8.

EMERGENCY: Urgentní příjem. In: www.akutne.cz Masarykova nemocnice Ústí nad Labem: *vzdělávací obsah sítě lékařských fakult MEFANET*, 2011 [online]. Dostupné z: <http://www.akutne.cz/res/publikace/up-masarykovy-nemocnice-v-usti-nad-labem-bednarova-j.pdf>

FIŠER, V. Zastavení s traumatologickými plány. *Urgentní medicína, časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. 2011, ISSN 1212-1924.

FRANĚK, O. *Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska*. 8. vydání. Praha: Ondřej Franěk. 2016, 250 s. ISBN 978-80-905651-1-1.

FREIRE-TELLADO, M., et al. Does lying in the recovery position increase the likelihood of not delivering cardiopulmonary resuscitation? *Resuscitation*. 2017, 115: 173-177. ISSN 03009572.

FRICOVÁ L. *Redukce sítě nemocnic poskytujících neodkladnou (urgentní a akutní) zdravotní péči*, In.: Dáňa, Pergl a partneři. 2010. [online]. Dostupné z: https://pragueihs.eu/images/dokumenty/Zajisteni_dostupnosti_pece.pdf

GŘ HZS ČR. *Seznam metodik analýzy rizik*. Praha: Ministerstvo vnitra-generální ředitelství Hasičského záchranného sboru České republiky, 2004. [online]. Dostupné z: <https://www.hzscr.cz/clanek/dokumenty-ke-stazeni.aspx>

GŘ HZS ČR. STČ-09/IZS: *Typová činnost složek IZS při společném zásahu u mimořádné události s velkým počtem raněných a obětí*. Praha: Ministerstvo vnitra-generální ředitelství Hasičského záchranného sboru České republiky, 2008. ISBN 978-80-7385-028-9.

HEJDOVÁ, J. *Traumatologické plány krajů jako základ pro zpracování traumatologických plánů poskytovatelů zdravotních služeb*. „VIII. Kongres MEKA“ Brno. 2013, 9. [online]. Dostupné z: http://www.unbr.cz/Data/files/Konf%20MEKA%202013/16_hejdovaPREZ.pdf

HLAVÁČKOVÁ, D., ŠTOREK, J., FIŠER, V., NEKLAPILOVÁ, V., VRASPIROVÁ H. *Krizová připravenost zdravotnictví*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2007., 198 s. ISBN 978-80-7013-452-8.

HO, A. M., S. WAN a D. C. CHUNG. Adding the head-tilt-chin-lift technique to adult compression-only CPR by untrained bystanders. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2014, 186(18):-1347-8. ISSN 14882329

HODOSY, J., IZAKOVIČ. M. Manažment urgentního pacienta v USA a na Slovensku. *Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. 2008, 1;-13-19. ISSN 1212-1924

Hromadné postižení zdraví/osob – postup řešení zdravotnickou záchrannou službou v terénu. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, *Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof*. 2018, Dostupné z: https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2019/03/2018_hn.pdf.

HUBÁČEK, P. Urgentní příjmy, vstupní brána do nemocnice. *Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky*. 2014, [online]. Dostupné z: <http://www.azzs.cz/uploads/doc/ostatni/05%20-%20hubacek.pdf>

HUSOVÁ I. Přípravenost zdravotnického zařízení na vznik mimořádných událostí zdravotnického charakteru. *Jihočeská univerzita*. České Budějovice. 2018, [online]. Dostupné z: https://theses.cz/id/zau9e5/Diplomov_prce_Iva_Husov.pdf

ISERSON, K., MOSKOP, J. Triage in Medicine, Part I: Concept, History, and Types. *Annals of Emergency Medicine*. 2007, 49 (3); 275-281. ISSN 0196-0644.

ISERSON, K., MOSKOP, J. Triage in Medicine, Part II: Underlying Values and Principles. *Annals of Emergency Medicine*, 2007, 49 (3); 282-287. ISSN 0196-0644.

KAFKA, Z., ŠANDEROVÁ, L. Směrnice SM01.06 Mimořádná událost, *Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje*. 2016, [online]. 30 s. Dostupné z: https://www.zzsck.cz/data/web/documents/zzsck_historie_LZS_Ceske_Budejovice_1991-2011.pdf

KONCEPCE OBORU „URGENTNÍ MEDICÍNA“. *Urgentní medicína*. Výbor ČSUM a MK, 2004, [online]. 9. Dostupné z: https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2019/03/koncepce_um.pdf

KONEČNÁ, J. *Financování zdravotní péče v České republice s ukázkou modelů financování zdravotní péče ve vybraných zemích a judikaturou z této oblasti*. 2010, [online]. Dostupné z: https://theses.cz/id/sfbk1d/?lang=en;zoomy_is=1

KNOR, J., MÁLEK, J. *Farmakoterapie urgentních stavů*. 1. vydání. Praha: Maxdorf. 2014. ISBN 978-80-7345-386-2.

KRAGH, F., DUBICK, A. Bleeding Control With Limb Tourniquet Use in the Wilderness Setting: Review of Science. *Elsevier Inc*. 2016. ISSN 1080-6032.

KRAGH, F., et al. Historical review of emergency tourniquet use to stop bleeding. *Elsevier Inc*. 2012. ISSN 0002-9610.

KRÖMER, A., MUSIAL, P., FOLWARCZNY, L. *Mapování rizik*. 1. vydání. Ostrava: Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství. 2010. ISBN 978-80-7385-086-9.

MARTÍNEK, TVRDEK. *Základy integrovaného záchranného systému*. Praha: PA ČR, 2010. ISBN 978-80-7251-338-3.

MARTÍNEK, B., TVRDEK, J. *Ochrana obyvatelstva II*. Praha: Policejní akademie České republiky v Praze. 2010. ISBN 978-80-7251-323-9.

Konečná J. Financování zdravotní péče v České republice s ukázkou modelů financování zdravotní péče ve vybraných zemích a judikaturou v této oblasti. *Masarykova univerzita*, Brno, 2010. [online]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/bvb3y/?lang=de>

MV ČR Metodická pomůcka ministerstva vnitra, zásady pro jednotné rozlišování a vymezení preventivních, záchranných, likvidačních a obnovovacích (asanačních) prací spojených s předcházením, řešením a odstraněním následků mimořádných událostí. 2003 [online]. Dostupné z: https://www.zlin.eu/data/dataupload/okr/krizove_situace/40__zasady_rozlisovani_cinnosti_pri_zalp_mp.pdf

MIKA, J.O. Evakuační plány velkých administrativních objektů. 2004, [online]. Dostupné z: http://www.egozlin.cz/upload.c/b/b/5ea3244_0_mika_isatech_brno_2004_a.pdf

Ministerstvo vnitra. Generální ředitelství HZS České republiky. Třídění velkého počtu raněných metodou START. In: *Bojový řád jednotek požární ochrany – taktické postupy zásahu*. 2007, [online]. metodický list č. S 11. Dostupné z: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:YdXG-f30m48J:https://www.hzscr.cz/soubor/5-s-s-ml11-r-hromadna-nestesti-trideni-ranenyh-pdf.aspx+%&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz>

NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a. s. Nemocniční zpravodaj. č. 2/2011 ZIMA 2011/2012. [online]. Dostupné z: <http://www.nemcb.cz/upload/files/zpravodaj/Zpravodaj-zima-2011.pdf>

PAUROVÁ A. Způsoby zástavy krvácení a jejich využití v záchranných složkách. Bakalářská práce. České Budějovice. 2015. *Jihočeská univerzita*. Dostupné z: https://theses.cz/id/fqgvex/BP_Paurov.pdf

PEJŠOVÁ, A. Traumatologická připravenost nemocnic a zdravotnické záchranné služby kraje. Diplomová práce. 2016, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ocpc5r/19287462>

PERKINS, G., et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 2. Adult basic life support and automated external defibrillation. *Resuscitation*. 2015, 95: 81-99. ISSN 0300-9572.

POKORNÝ, J., et al. *Urgentní medicína*. Praha: Galén. 2004, 547 s. ISBN 80-7262-259-5.

POKORNÝ, J., et al. *Lékařská první pomoc*. 2. vyd. Praha: Galén. 2010, 474 s. ISBN 978-80-7262-322-8.

PRACOVISŤĚ KRIZOVÉ PŘIPRAVENOSTI ZZS KHK. *Traumatologický plán*. 2015, [online]. ZZS KHK. Dostupné z: <http://in.zzskhk.cz/Zdravotnick%20sek/Forms/AllItems.aspx>

REMEŠ, R., TRNOVSKÁ S. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. 1. vydání. Praha: Grada. 2013, 240 s. ISBN 978-80-247-4530-5.

SMETANA, M., KRATOCHVÍLOVÁ, D., KRATOCHVÍLOVÁ D. ml. *Havarijní plánování: varování, evakuace, poplachové plány, povodňové plány*. 1. vydání. Brno: Computer Press. 2010, 166 s. ISBN 978-80-251-2989-0.

SUMMK. Třídící a identifikační karta pro lékařské třídění při hromadném postižení zdraví na území ČR. Praha: *Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP*. 2009, [online]. Dostupné z: http://urgmed.cz/postupy/2009_visacka.pdf

SUMMK. Doporučený postup č. 18: Hromadné postižení zdraví – postup řešení zdravotnickou záchrannou službou v terénu. Praha: *Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP*. 2011, [online]. Dostupné z: https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2019/03/2018_hn.pdf

ŠEBLOVÁ, J., ZEMANOVÁ V., KLIK., L. Metodiky postupů a logistika při mimořádné události a jejich uplatnění v praxi. 2008, [online]. Dostupné z: http://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2008_01.pdf

ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 1. vydání. Praha: Grada. 2013, 416 s. ISBN 978-80-247-4434-6.

ŠENOVSKÝ, M., ADAMEC, V., ŠENOVSKÝ, P. *Ochrana kritické infrastruktury*. 1. vydání. Ostrava: Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství. 2007, ISBN 978-80-7385-025-8.

ŠTĚTINA, J. a kol. *Medicína katastrof a hromadných neštěstí*. Praha: Grada. 2000, 436 s. ISBN 80-7169-688-9.

ŠÍN, R. *Medicína katastrof*. Praha: Galén. 2017. ISBN 9788074922954.

ŠTĚTINA, J. et al. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. Praha: Grada. 2014, 584 s. ISBN 978-80-247-4578-7.

ŠTĚTINA, J. et al. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. 1 vyd. Praha: Grada. 2014, 557s. ISBN 978-80-247- 4578-7 2.

ŠTOREK, J. Koncept rozvoje oboru medicína katastrof. *Kladno*. 2010. [online]. Dostupné z: <http://zsf.sirdik.org/kapitola4/4-3-5-napojeni-prednemocnicni-neodkladne-pece-na-nemocnicni-neodkladnou-peci>

URBÁNEK, P. Doporučený postup Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof. *URGMED.cz*. 2007, [online]. ČLS JEP, OS UM a MK. Dostupné z: http://www.urgmed.cz/postupy/2011_HPZ.pdf

URBÁNEK, P. Hromadné postižení zdraví či velká nehoda-jak zasahovat v situacích s vyšším počtem pacientů. 2007, [online]. Dostupné z: http://urgentnimedica.cz/casopisy/UM_2007_02.pdf

URBÁNEK, P. Hromadné postižení zdraví – postup řešení zdravotnickou záchrannou službou v terénu. 2011, [online]. Dostupné z: http://www.urgmed.cz/postupy/2011_HPZ.pdf

VAVREČKOVÁ, A. Stanovení a vyhledání pracovních rizik včetně opatření k jejich eliminaci u organizace-Územní středisko záchranné služby Moravskoslezského kraje. Ostrava. 2008, Bakalářská práce. *Vysoká škola báňská-Technická univerzita Ostrava*.

VEVERKA, I. *Vybrané kapitoly krizového řízení pro záchranářství*. 1. vydání. Praha: Vydavatelství PA ČR, 2003, 175 s. ISBN 80-725-1126-2.

Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, 2015. In: *Sbírka zákonů ČR*, částka 5, s. 188-344.

VILÁŠEK, J., FIALA, M., VONDRÁŠEK, D. *Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 2014, ISBN 978-80-246-2477-8.

Vyhláška č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi. 1991. In: *Sbírka zákonů ČR*, částka 47, s. 25-27.

Vyhláška c. 328/2001 Ministerstva vnitra o některých podrobnostech zabezpečení integrovaného záchranného systému. 2001. In: *Sbírka zákonů ČR*, částka 127, s. 7447-7465.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 240/2012 Sb., ze dne 26. června 2012, kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě, 2012. In: *Sbírka zákonů ČR*. 2012, částka 82, s. 3226-3231.

Vyhláška č. 240 ze dne 26. června 2012, kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě (2012a). In: *Sbírka zákonů ČR*, částka 82, s. 3226–3231. ISSN 1211-1244.

WEIDRINGER, W. J. *Katastrophenmedizin. Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall*. 2010, 1. vyd. Bonn: BUNDESAMT FÜR. ISBN 9783000079672.

Zákon č. 20/1996 Sb. Zákon České národní rady o správních poplatcích v platném znění. In: *Sbírka zákonů ČR*. 1996, částka 6, s. 20-35. ISSN 1802-8012.

Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, 2000. In: *Sbírka zákonů ČR*. 2000, částka 73, s. 3461-3474, ISSN 1211–1244.

Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, 2011. In: *Sbírka zákonů ČR*, částka 131, s. 4839-4848. ISSN 1211-1214.

Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) In *Sbírka zákonů ČR*, je částka 131. 3–42 s. ISSN 1211-1244.

Zásah složek IZS u mimořádné události s velkým počtem zraněných osob. STČ 09/IZS. 2016, [online]. *Praha*. Dostupné z:

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:SLVKmYvSyTUJ:https://www.hzscr.cz/soubor/stc-09-zasah-slozek-izs-u-mimoradne-udalosti-s-velkym-poctem-zranenych-osob-pdf.aspx+&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz>

ZEMAN, M., MIKA. O. J. *Ochrana Obyvatelstva*. 1. vydání. Brno. 2007, ISBN 978-80-214-3449-3.

ZZSHMP, Historie ZOS. 2018 [online]. Dostupné z: <https://www.zzshmp.cz/o-zzs-hmp/historie-zos/>

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- MU – Mimořádná událost
- ZZS – Zdravotnická záchranná služba
- ZOS – Zdravotnické operační středisko
- IZS – Integrovaný záchranný systém
- ZZ – Zdravotnické zařízení
- PNP – Přednemocniční neodkladná péče
- RZP – Rychlá zdravotnická pomoc
- RLP – Rychlá lékařská pomoc
- RV – Rendez-vous
- LZS – Letecká záchranná služba
- HPO – Hromadné postižení osob
- TP – Traumatologický plán
- TaIK – Třídící a identifikační karty
- NNP – Nemocniční neodkladná péče
- UP – Urgentní příjem
- ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení
- ARIP – Sestra pro intenzivní péči dnes SIP
- RES – Resuscitační oddělení
- KCH – Kardiochirurgie

9 SEZNAM OBRÁZKU A TABULEK

Obrázek 1 Třídící a identifikační karta

Tabulka 1 – Aktivační stupně při MU dle ZZS

Tabulka 2 Souhrn kategorií

Tabulka 3 a) Identifikační údaje ARO-RES

Tabulka 3 b) Identifikační údaje KCH-RES

Tabulka 4 a) Problematika traumatologického plánu ARO-RES

Tabulka 4 b) Problematika traumatologického plánu KCH-RES

Tabulka 5 a) Problematika mimořádné události ARO-RES

Tabulka 5 b) Problematika mimořádné události KCH-RES

Tabulka 6 a) Příjem a třídění pacienta ARO-RES

Tabulka 6 b) Příjem a třídění pacienta KCH-RES

Tabulka 7 a) Edukace a nácvik dané problematiky ARO-RES

Tabulka 7 b) Edukace a nácvik dané problematiky KCH-RES

Tabulka 8 a): Zkušenosti s příjmem pacientů při HPO ARO-RES

Tabulka 8 b): Zkušenosti s příjmem pacientů při HPO KCH-RES

10 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Záklon hlavy

Příloha B Zástava masivního zevního krvácení škrtidlem

Příloha C Zotavovací poloha

Příloha D Schéma pro třídění raněných metodou START

Příloha E Identifikační a třídící karta

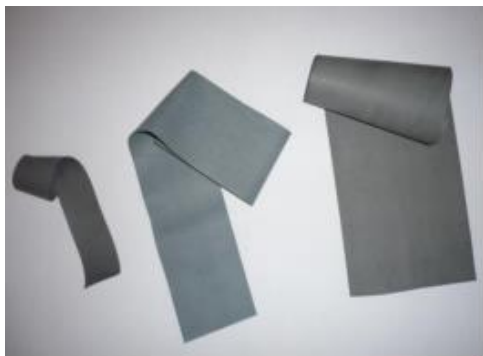
Příloha F Seznam otázek užitých v rozhovorech

Příloha A Záklon hlavy



Zdroj: Zdroj: PERKINS, Gavin et. al., 2015.

Příloha B Zástava masivního zevního krvácení škrtdlem



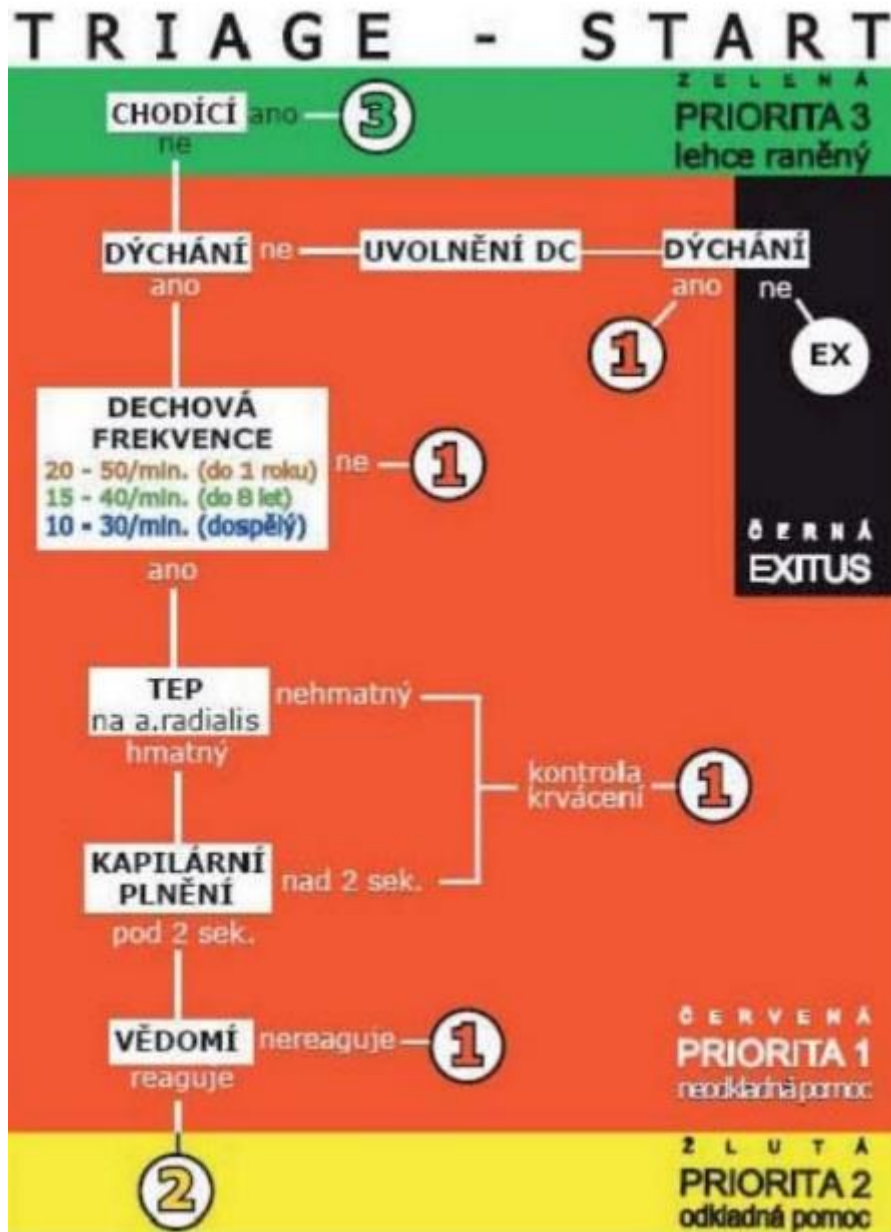
Zdroj: Paurová, 2015.

Příloha C Zotavovací poloha



Zdroj: PERKINS, Gavin et. al., 2015.

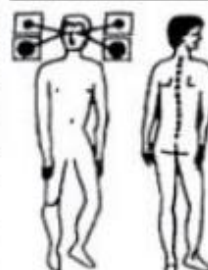






Příloha D Schéma pro třídění raněných metodou START



Zdroj: Zásah složek IZS u mimořádné události s velkým počtem zraněných osob STČ

09/IZS 2016

Příloha E Identifikační a třídící karta

1		2																																																																				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-weight: bold;">DIAGNOZA</div> <div style="width: 80%;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">Vědomí</td> <td style="width: 100px;"></td> <td style="width: 100px;">Pac. č.</td> </tr> <tr> <td>D. K.</td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dýchání</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D. K.</td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Oběh</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D. K.</td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td></td> </tr> </table> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-weight: bold;">TRÍDENÍ</div> <div style="width: 80%;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20%;">Terapie</td> <td style="width: 20%;">Priorita transp.</td> <td style="width: 20%;">Čekání</td> </tr> <tr> <td>I</td> <td>IIa IIb</td> <td>III IV</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Lékař</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 20%;">Terapie</td> <td style="width: 20%;">Priorita transp.</td> <td style="width: 20%;">Čekání</td> </tr> <tr> <td>I</td> <td>IIa IIb</td> <td>III IV</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Lékař</td> </tr> </table> </div> </div>	Vědomí		Pac. č.	D. K.	↓		Dýchání			D. K.	↓		Oběh			D. K.	↓		Terapie	Priorita transp.	Čekání	I	IIa IIb	III IV	Lékař			Terapie	Priorita transp.	Čekání	I	IIa IIb	III IV	Lékař			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-weight: bold;">TERAPIE</div> <div style="width: 80%;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"><input type="checkbox"/></td> <td>O₂</td> <td style="width: 100px;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Intubace</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Ventilace</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Pleurální drenáž</td> <td style="text-align: center;">vpravo vlevo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Zástava krvácení</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Infuze</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Léky</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Znehybnění</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Dekontaminace</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </div> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-weight: bold;">POTVRZENÍ PROVEDENÍ</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> Odd. _____ Transp. prostředek _____ </div>	<input type="checkbox"/>	O ₂		<input type="checkbox"/>	Intubace		<input type="checkbox"/>	Ventilace		<input type="checkbox"/>	Pleurální drenáž	vpravo vlevo	<input type="checkbox"/>	Zástava krvácení		<input type="checkbox"/>	Infuze		Léky			<input type="checkbox"/>	Znehybnění		<input type="checkbox"/>	Dekontaminace		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Vědomí		Pac. č.																																																																				
D. K.	↓																																																																					
Dýchání																																																																						
D. K.	↓																																																																					
Oběh																																																																						
D. K.	↓																																																																					
Terapie	Priorita transp.	Čekání																																																																				
I	IIa IIb	III IV																																																																				
Lékař																																																																						
Terapie	Priorita transp.	Čekání																																																																				
I	IIa IIb	III IV																																																																				
Lékař																																																																						
<input type="checkbox"/>	O ₂																																																																					
<input type="checkbox"/>	Intubace																																																																					
<input type="checkbox"/>	Ventilace																																																																					
<input type="checkbox"/>	Pleurální drenáž	vpravo vlevo																																																																				
<input type="checkbox"/>	Zástava krvácení																																																																					
<input type="checkbox"/>	Infuze																																																																					
Léky																																																																						
<input type="checkbox"/>	Znehybnění																																																																					
<input type="checkbox"/>	Dekontaminace																																																																					
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																				
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-weight: bold;">DOPRAVCE</div> <div style="width: 80%;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">Pac. č.</td> <td style="width: 100px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">↓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Odd.</td> <td></td> </tr> </table> </div> </div>	Pac. č.		↓		Odd.		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-weight: bold;">Útržek pro dopravce</div> <div style="width: 80%;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">Pac. č.</td> <td style="width: 100px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">↓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Odd.</td> <td></td> </tr> </table> </div> </div>	Pac. č.		↓		Odd.																																																										
Pac. č.																																																																						
↓																																																																						
Odd.																																																																						
Pac. č.																																																																						
↓																																																																						
Odd.																																																																						
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-weight: bold;">ZZS</div> <div style="width: 80%;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">Pac. č.</td> <td style="width: 100px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">↓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vůz č.</td> <td></td> </tr> </table> </div> </div>	Pac. č.		↓		Vůz č.		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-weight: bold;">Útržek pro ZZS</div> <div style="width: 80%;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">Pac. č.</td> <td style="width: 100px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">↓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vůz č.</td> <td></td> </tr> </table> </div> </div>	Pac. č.		↓		Vůz č.																																																										
Pac. č.																																																																						
↓																																																																						
Vůz č.																																																																						
Pac. č.																																																																						
↓																																																																						
Vůz č.																																																																						

Zdroj: Zásah složek IZS u mimořádné události s velkým počtem zraněných osob STČ,

Příloha F Seznam otázek užitých v rozhovorech

Otázka č. 1: Jaké je vaše pohlaví?

Otázka č. 2: Jaká je vaše pracovní pozice?

Otázka č. 3: Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Otázka č. 4: Jaká je vaše délka praxe ve zdravotnictví?

Otázka č. 5: Můžete charakterizovat traumatologický plán?

Otázka č. 6: Máte povědomí, kde se traumatologický plán nachází?

Otázka č. 7: Seznámili jste s traumatologickým plánem?

Otázka č. 8: Můžete charakterizovat mimořádnou událost?

Otázka č. 9: Máte povědomí o tom, jak se vyhláší mimořádná událost?

Otázka č. 10: Víte, kde se nachází evakuační místo vašeho oddělení?

Otázka č. 10: Víte, kde se nachází třídící místo pro příjem pacientů z PNP při MU s HPO?

Otázka č. 11: Máte povědomí o možnostech označení pacienta, který přijede z přednemocniční neodkladné péče při mimořádné události s hromadným postižením osob?

Otázka č. 12: Víte, co je třídící a identifikační karta?

Otázka č. 13: Víte, jak se pacient označuje dle TaIK?

Otázka č. 14: Měli jste tu možnost účastnit se cvičení zaměřeného na evakuaci osob?

Otázka č. 15: Myslíte si, že by se četnost cvičení měla zvýšit?

Otázka č. 16: Měli jste možnost účastnit se cvičení zaměřeného na příjem pacientů z MU s HPO?

Otázka č. 17: Máte možnost ve vašem nemocničním zařízení přetřídit pacienta za pomoci vašich TaIK?

Otázka č. 18: Zažili jste příjem pacientů z místa MU s HPO?

Otázka č. 19: Co považujete za největší úskalí při přijímání většího množství pacientů?

Otázka č. 20: Jaký je postup přijímání pacienta s neznámou totožností?