

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Připravenost lůžkových zdravotnických zařízení Jihočeského kraje
a jejich zdravotnického personálu na řešení mimořádných událostí**

diplomová práce

Autor práce: Zuzana Táchová
Studijní program: Ochrana obyvatelstva
Studijní obor: Civilní nouzová připravenost
Vedoucí práce: MUDr. Štorek Josef Ph.D.

Datum odevzdání práce: 14.8.2013

Abstrakt

Připravenost lůžkových zdravotnických zařízení Jihočeského kraje a jejich zdravotnického personálu na řešení mimořádných událostí

V teoretické části své diplomové práce jsem se zaměřila zejména na roli zdravotnictví v rámci krizového managementu. V jednotlivých kapitolách jsem se snažila poskytnout jednoduchý a ucelený přehled o roli zdravotnictví v integrovaném záchranném systému, věnovala jsem se také funkci ministerstva zdravotnictví, hierarchii a posloupnosti zdravotnictví při řešení mimořádných událostí, platné legislativě a koncepci krizové připravenosti ve zdravotnictví. V části diplomové práce jsem zmínila rovněž důležitost ověřování odborné a praktické připravenosti složek integrovaného záchranného systému prováděním cvičení a popisu jejich jednotlivých druhů. Nemohla jsem samozřejmě vynechat krizové plánování a stručný popis vybraných typů plánů využívaných při mimořádných událostech.

Cílem mé práce bylo zmapovat připravenost lůžkových zdravotnických zařízení Jihočeského kraje na možný vznik mimořádných událostí v rámci zařízení či mimo něj a informovanost zdravotnického personálu o možných rizicích a o případném řešení mimořádné události v rámci zařízení. Také jsem chtěla zjistit, zda všechna zdravotnická zařízení mají své oddělení krizového řízení a mají zpracován a aktualizován evakuační plán, plán krizové připravenosti a další dokumenty týkající se dané problematiky. Také jsem se zabývala otázkou, zda ve zdravotnických zařízeních Jihočeského kraje probíhá praktický nácvik krizové připravenosti.

Zvolenou metodou v praktické části mé diplomové práce je kvantitativní výzkum. Technika tohoto výzkumu spočívá v dotazníkovém šetření s uzavřenými, polouzavřenými a otevřenými otázkami. Dotazník určený pro zdravotnický personál obsahuje 23 otázek. První tři otázky jsou zaměřeny na charakteristiku respondentů, zbývajících dvacet otázek má za úkol zjistit povědomí o problematice krizové připravenosti. Za každou správnou odpověď na vědomostní otázku získá respondent jeden bod. Tato část dotazníku je sepsána jako multiple-choice test a lze z něho získat

43 bodů. Otázky byly tvořeny pomocí vnitřních krizových plánů, které jsou platné v Nemocnici České Budějovice. Dotazník určený pro zdravotnická zařízení jsem po předchozí dohodě převzala od Mgr. Jolany Němečkové, která ve své diplomové práci zjišťovala krizovou připravenost zdravotnických zařízení Jihomoravského kraje. Rovněž způsob analýzy dotazníků jsem ponechala, aby bylo možné provést následné porovnání výsledků v Jihomoravském a Jihočeském kraji. Dotazník obsahuje 28 otázek. Za dichotomické otázky bylo možné získat jeden bod, za otázky výběrové body dva. Maximální počet činil 22 bodů.

Z výsledků dotazníkového šetření pro zdravotnický personál je patrné, že připravenost zdravotnického personálu Nemocnice České Budějovice je na velmi dobré úrovni. Průměr získaných bodů činil 37 ze 43, což odpovídalo klasifikaci 2. Při hodnocení vztahu mezi připraveností a nejvyšším dosaženým vzděláním nebo připraveností a délkou praxe byla potvrzena pozitivní korelace. To znamená, že čím vyšší bylo dosaženo vzdělání a čím delší byla praxe, tím lepší byla znalost dané problematiky. Výsledky z dotazníkového šetření určeného pro vedení lůžkových zdravotnických zařízení již tak pozitivně nedopadly. Průměr získaných bodů činil 12,3, což odpovídá téměř klasifikaci 4 neboli špatné připravenosti. Ve srovnání se zdravotnickými zařízeními Jihomoravského kraje je tato připravenost v Jihočeském kraji o stupeň horší. Pro účely diplomové práce jsem si stanovila čtyři hypotézy, které byly po následném statistickém vyhodnocení potvrzeny či vyvráceny. Hypotézy číslo 1 a 2 nebylo možné potvrdit. Hypotézy číslo 3 a 4 byly potvrzeny.

Výsledky mé diplomové práce poukazují na značné mezery v připravenosti lůžkových zdravotnických zařízení Jihočeského kraje. Hlavně se to týká praktické připravenosti a realizace cvičení. Návčik je dle mého názoru nejlepší způsob pro získání zkušeností a znalostí z dané problematiky. Proto je velká škoda, že se podobná cvičení nekonají. Také by dle mého názoru bylo vhodné, aby každé zařízení mělo proškoleného odborníka zabývajícího se krizovým managementem. Toho lze dosáhnout jedině tehdy, pokud tato podmínka bude zakotvena v legislativě.

KLÍČOVÁ SLOVA: krizová připravenost, mimořádná událost, zdravotnické zařízení,
krizový management, krizová situace

Abstract

Emergency readiness of the South-Bohemian Region inpatient healthcare facilities and their medical staff

In the theoretical section of my master thesis I focused especially on the role of the health services within the crisis management. In particular chapters I tried to write down a simple and comprehensive summary of the role of the healthcare within the integrated rescue system, I dealt with the function of the Ministry of Health, the hierarchy of the healthcare in solving the emergencies, the valid law and the crisis preparedness in the healthcare. In one part of my master thesis I also mentioned the importance of testing the professional and practical readiness of particular units of the integrated rescue system by emergency exercises and the characterization of their individual types. Of course I could not omit the crisis planning and a brief description of some chosen types of plans that are used during emergencies.

The goal of my thesis was to map the preparedness of the South-Bohemian Region inpatient healthcare facilities for possible emergencies in the respective facility or out of it and the medical staff's awareness of possible risks and of possible solving the emergencies in the respective facility. I also wanted to find out whether all healthcare facilities have a crisis department management and whether they have an updated evacuation plan, a plan of crisis preparedness and further documents related to the respective area. I also dealt with the question, whether a practical training of the crisis preparedness is performed in the South-Bohemian Region's healthcare facilities.

In the practical section of my master thesis I used the methods of quantitative research. The technique of this research is based on the questionnaire survey with bounded, half-bounded and open questions. The questionnaire designated for medical staff consists of 23 questions. The first three questions are focused on the characterization of the respondents; the remaining twenty questions are to find out the stock of knowledge related to the crisis preparedness. The respondent gets one point for each correct answer to a knowledge question. This part of the questionnaire is

composed as a multiple-choice test and one can get 43 points at most. The questions were created using the crisis plans that are valid in the České Budějovice Hospital. After our mutual agreement I took over the questionnaire designated for healthcare facilities from Mgr. Jolana Němečková, who analysed the crisis preparedness of the South-Moravian Region healthcare facilities in her master thesis. I did not change the method of questionnaire analysis either to enable a subsequent benchmarking of the results in the South-Moravian Region and the South-Bohemian Region. The questionnaire consists of 28 questions. One can get one point for a dichotomous question and two points for a closed-ended question. The highest possible score was 22 points.

The results of the questionnaire survey for medical staff show that the preparedness of the České Budějovice Hospital's medical staff is at a very good level. The average score was 37 out of 43 points and that complies with the classification 2. When analysing the relation of the preparedness with the highest achieved education level and the preparedness with the length of the practice, the positive correlation was confirmed. That means that the higher achieved education and the longer practice, the more was the knowledge of the respective area. The results of the questionnaire survey for the inpatient healthcare facilities management are not so positive. The average score was 12.3 and that complies almost with the classification 4, which means a bad preparedness. In comparison with the South-Moravian Region healthcare facilities, the preparedness in the South-Bohemian Region is one level worse. For the purposes of my master thesis I set four hypotheses that were proved or falsified during a follow-up statistical assessment. Hypotheses No. 1 and No. 2 cannot be accepted. Hypotheses No. 3 and No. 4 were accepted. The results of my master thesis point out that there are significant gaps in the preparedness of the South-Bohemian Region inpatient healthcare facilities. That concerns primarily the practical preparedness and the drill implementation. In my opinion, the drill is the best way to gain experience and knowledge in this area. Therefore it is a big pity that the emergency exercises are not performed. In my opinion, it would be appropriate, if every healthcare facility had a trained crisis management expert. That could be achieved only if this requirement will be enshrined in the legislature.

KEYWORDS: crisis preparedness, emergency, healthcare facility, crisis management, crisis situation

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala za odborné vedení diplomové práce panu MUDr. Josefovi Štorkovi, Ph.D. Děkuji hlavně za trpělivost a vstřícnost. Dále děkuji paní Mgr. Olze Dvořáčkové za pomoc a poskytnuté informace týkající se statistického zpracování dat.

Obsah

Úvod.....	- 12 -
1 Teoretická část	- 13 -
1.1 Základní terminologie	- 13 -
1.2 Krizové řízení ve zdravotnictví a úloha zdravotnictví v integrovaném záchranném systému.....	- 15 -
1.3 Legislativa krizového řízení ve zdravotnictví	- 19 -
1.4 Organizace a nástroje krizového řízení ve zdravotnictví	- 21 -
1.4.1 Čtyři úrovně řešení	- 23 -
1.4.2 Management rizik.....	- 23 -
1.4.3 Finanční zabezpečení	- 24 -
1.4.4 Cvičení	- 26 -
1.4.5 Koncepce krizové připravenosti.....	- 27 -
1.5 Podpora řízení mimořádných událostí ve zdravotnictví.....	- 30 -
1.5.1 Krizové plány (typové plány; plán krizové připravenosti).....	- 30 -
1.5.2 Havarijní plány (traumatologický plán; Plán hygienických a protiepidemických opatření)	- 35 -
1.5.3 Ostatní typy plánů (evakuační plán, pandemické plány)	- 39 -
1.6 Mimořádné události a zdravotnické zařízení	- 42 -
2 Hypotézy a metodika výzkumu.....	- 44 -
2.1 Hypotézy	- 44 -
2.2 Charakteristika sledovaného souboru respondentů	- 44 -
2.3 Použitá metoda.....	- 44 -
2.4 Metoda zpracování dat	- 45 -
3 Výsledky	- 46 -
3.1 Připravenost zdravotnického zařízení	- 46 -

3.2 Přípravenost zdravotnického personálu	- 65 -
3.3 Testování hypotéz	- 68 -
4 Diskuse.....	- 69 -
5 Závěr	- 69 -
6 Seznam informačních zdrojů.....	- 75 -
7 Přílohy.....	- 82 -

Úvod

Lidstvo čelí mimořádným událostem od počátku své existence. V průběhu vývoje ale mění svou podobu. V dobách dávno minulých byly hlavním činitelem živelné pohromy. V dnešní době tyto živelné pohromy nevytizely, pouze se k nim přiřadily mimořádné události způsobené rychlým rozvojem technologií v průmyslu a dopravě. Proto by se dnes, víc než kdy jindy, mělo dbát na krizovou připravenost. Lůžková zdravotnická zařízení jsou místem velké koncentrace více či méně handicapovaných osob, které při vzniku mimořádné události potřebují pomoc zdravotnického personálu. Ten však musí být kvalitně informován a proškolen.

Téma: „Připravenost lůžkových zdravotnických zařízení Jihočeského kraje a jejich zdravotnického personálu na řešení mimořádných událostí“ jsem si vybrala, protože mě výše uvedená problematika velice zajímá a také pracuji v jednom lůžkovém zdravotnickém zařízení, kde během mé praxe k mimořádné události došlo. V tu chvíli si člověk uvědomí, jak je připravenost na tyto události důležitá jednak k jejich rychlému řešení, tak ke zmírnění jejich následků.

Cílem mé práce bylo zmapovat připravenost lůžkových zdravotnických zařízení Jihočeského kraje na možný vznik mimořádných událostí v rámci zařízení či mimo něj a informovanost zdravotnického personálu o možných rizicích a o případném řešení mimořádné události v rámci zařízení. Také jsem chtěla zjistit, zda všechna zdravotnická zařízení mají své oddělení krizového řízení a mají zpracován a aktualizován evakuační plán, plán krizové připravenosti a další dokumenty týkající se dané problematiky. Také jsem se zabývala otázkou, zda ve zdravotnických zařízeních Jihočeského kraje probíhá praktický nácvik krizové připravenosti.

1 Teoretická část

1.1 Základní terminologie

Bezpečnost je charakterizována jako „stav, kdy je systém schopen odolávat známým a předvídatelným vnějším a vnitřním hrozbám, které mohou negativně působit proti jednotlivým prvkům (případně celému systému) tak, aby byla zachována struktura systému, jeho stabilita, spolehlivost a chování v souladu s cílovostí. Je to tedy míra stability systému a jeho primární a sekundární adaptace.“ (1)

Hromadné neštěstí „je mimořádná událost, v jejímž důsledku došlo k hromadnému poškození osob na zdraví takového rozsahu, že vyžaduje uplatnění zvláštních postupů k urychlenému zajištění dostatečné kapacity zdravotnických zařízení pro poskytnutí potřebného rozsahu zdravotní péče.“ (2)

Hrozba je „jakýkoli fenomén, který má potenciální schopnost poškodit zájmy a hodnoty chráněné státem. Míra hrozby je dána velikostí možné škody a časovou vzdáleností (vyjádřenou obvykle pravděpodobností čili rizikem) možného uplatnění této hrozby.“ (3)

Kritickou infrastrukturou jsou myšleny „výrobní a nevýrobní systémy a služby, jejichž nefunkčnost by měla závažný dopad na bezpečnost státu, ekonomiku, veřejnou správu a zabezpečení základních životních potřeb obyvatelstva.“ (4)

Mimo zdravotnictví zahrnuje dále systém dodávky energií, systém dodávky vody, systém odpadového hospodářství, přepravní síť, komunikační a informační systémy, bankovní a finanční sektor, nouzové služby (humanitární pomoc a zajištění přežití), veřejné služby (zásobování potravinami, sociální služby, pohřební služby), státní správa a samospráva. (2)

Krise je „situace, v níž je významným způsobem narušená rovnováha mezi základními charakteristikami systému (narušeno je poslání, filosofie, hodnoty, cíle, styl,

fungování základních struktur nebo disparita základních hodnot a standardů společenského systému) a postojem okolního prostředí k danému systému.“ (5)

Krizová (mimořádná) opatření jsou „opatření určená k řešení krizových situací a dále též činnosti ke zmírnění nebo odstranění následků způsobených krizovou situací. K jejich realizaci lze omezit některá práva a svobody a uložit konkrétní povinnosti.“ (6)

Krizová připravenost ve zdravotnictví je „schopnost poskytovatelů zdravotnických služeb (zdravotnických zařízení) zajistit poskytování nezbytné zdravotní péče obyvatelstvu místně příslušného správního celku za krizových stavů a za mimořádných událostí, v kontinuitě medicínských zásad pro poskytování zdravotní péče odborně způsobilými pracovníky.“ (2)

Krizová situace je „mimořádná událost, v jejímž důsledku se vyhláší stav nebezpečí, nouzový stav, stav ohrožení státu nebo válečný stav. Jsou při ní ohroženy důležité hodnoty, zájmy či statky státu a jeho občanů a hrozící nebezpečí nelze odvrátit a způsobené škody odstranit běžnou činností orgánů veřejné moci, ozbrojených sil a ozbrojených bezpečnostních sborů, záchranných sborů, havarijních a jiných služeb a právnických a fyzických osob.“ (7)

Krizový management ve zdravotnictví je „souhrn odborných, organizačních a metodických činností, zaměřených na zajištění krizové připravenosti zdravotnictví, realizovaných pracovníky zdravotnických zařízení a úřadů v rámci jejich působnosti.“ (2)

Krizový stav „vyhláší hejtman kraje nebo primátor hl. m. Prahy (stav nebezpečí), vláda ČR, popř. předseda vlády ČR (nouzový stav) nebo Parlament ČR (stav ohrožení státu a válečný stav) v případě hrozby nebo vzniku krizové situace a v přímé závislosti na jejím charakteru a rozsahu.“ (8)

Mimořádná situace je „mimořádná událost, při níž je vyhlášen stav nebezpečí, nouzový stav nebo stav ohrožení státu nebo válečný stav.“ (2)

Mimořádná událost je „škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy, také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací.“ (9)

Nezbytná zdravotní péče (v krizových stavech) je zdravotní péče takového rozsahu, který „zajistí obyvatelstvu přežití krizové situace bez vzniku těžké újmy na zdraví v důsledku redukce standardního rozsahu zdravotní péče vynucené krizovou situací, pokud objektivně lze takovéto újmě zabránit.“ (2)

Orgány krizového řízení jsou orgány (vláda ČR, ministerstva a ostatní správní úřady, Česká národní banka, orgány krajů, obcí a určené orgány s územní působností), které ve prospěch svého zřizovatele zabezpečují analýzu a vyhodnocení možných ohrožení jeho bezpečnosti, plánování, organizování, realizaci a kontrolu činností prováděných v souvislosti s přípravnými opatřeními a řešením krizových situací. (10)

Riziko je definováno jako „možnost vzniku ohrožení, mimořádné události nebo závažné havárie – jevu s odchylným výsledkem, následky od předpokládaného a chtěného cíle, které mohou s určitou objektivní pravděpodobností nastat během určitého období a za určitých okolností. Míra rizika je dána rozsahem možných odchylek a jejich četností vzniku v uvažovaném časovém období.“ (5)

Zdravotnická krizová infrastruktura je „soustava všech zdravotnických zařízení, poskytujících zdravotní péči a logistická základna zdravotnictví, jejichž činností je zabezpečována zdravotní péče a ochrana veřejného zdraví v souladu s potřebami obyvatelstva a Armády ČR na území státu.“ (2)

1.2 Krizové řízení ve zdravotnictví a úloha zdravotnictví v integrovaném záchranném systému

Krizové řízení (krizový management) je specifickou formou obecného řízení, k jejímuž uplatňování dochází ve dvou rovinách. V rovině základní, běžné (stav míru), se jedná o součást managementu daného celku. Zde se projevuje především v oblasti

prevence a korekce krizových situací. Ve druhé rovině jde o specifický postup managementu uplatňovaný při řízení za krizových situací, zejména po vyhlášení některého z krizových stavů. Jeho cílem je protikrizová intervence a redukce důsledků negativního působení krize. Měl by manažerům řešícím krizové situace poskytnout nové (zvýšené) kompetence a měl by umožnit použití doplňujících zdrojů a prostředků tak, aby v co nejkratším čase došlo ke zvládnutí krizové situace. (11)

Orgány krizového řízení ze zákona jsou:

- vláda (jako celek)
- správní úřady, ve smyslu ministerstva a jiné správní úřady (s vymezenou územní působností a vymezenými kompetencemi)
- Česká národní banka
- orgány krajů
- orgány obcí (zejména obcí s rozšířenou působností)

Zdravotnický systém se opírá o existenci samostatných poskytovatelů zdravotní péče. Jako celek má za úkol zajistit připravenost svého fungování i za podmínek navozených událostmi, které si vynutí vyhlášení některého krizového stavu. Pro pokrytí širokého spektra požadavků na poskytování zdravotní péče, za standardních i nestandardních podmínek, je nutné používat systémová a systematická řešení, která vychází z aktuálních a reálných možností poskytovatelů péče. „Připravenost systému poskytování zdravotní péče začíná nepřetržitou pohotovostí sítě středisek zdravotnické záchranné služby a na ně navazujících nemocničních zdravotnických zařízení v rámci integrovaného záchranného systému (IZS).“ (2)

Pojmem integrovaný záchranný systém se rozumí koordinovaný postup jeho složek při přípravě na mimořádné události a při provádění záchranných a likvidačních prací. (12) Hlavním koordinátorem IZS ČR je Hasičský záchranný sbor. (13) Jednotlivé složky IZS se rozdělují na dvě skupiny. Základní a ostatní složky IZS.

Základní složky, které jsou páteří celého systému, zajišťují nepřetržitou pohotovost pro příjem ohlášení mimořádné události (spustí se ohlášením mimořádné události na jedno z tísňových telefonních čísel – 150, 155, 158, 112), vyhodnocují mimořádné události (odhad ohrožení a odhad potřebných sil a prostředků) a především neodkladně zasahují v místě mimořádné události. Z těchto důvodů, má IZS své síly a prostředky rozmístěné po celém území ČR. (14)

Základními složkami IZS jsou:

- Hasičský záchranný sbor ČR
- jednotky požární ochrany zařazené v plošném pokrytí území kraje
- Policie ČR
- Zdravotnická záchranná služba (13)

V případě, že dojde k mimořádné události kde síly a prostředky základních složek IZS při záchranných a likvidačních pracích nestačí (kompetenčně, odborně, materiálově, či personálně), nastupují ostatní složky IZS. K těmto účelům jsou využívány:

- vyčleněné síly a prostředky ozbrojených sil (Armáda ČR)
- ozbrojené bezpečnostní sbory (mimo Policie ČR)
- ostatní záchranné sbory (mimo HZS ČR)
- orgány ochrany veřejného zdraví; v případě krizových stavů se ostatními složkami IZS stávají rovněž odborná zdravotnická zařízení na úrovni fakulturních nemocnic pro poskytování specializované péče obyvatelstvu
- havarijní, pohotovostní, odborné a jiné služby
- zařízení civilní ochrany

- neziskové organizace a sdružení občanů

Kromě základních a ostatních složek IZS existují ještě další subjekty, které se do IZS přímo neřadí. Jde o subjekty, které předem uzavřely dohodu o plánované pomoci na vyžádání, čímž jim v době mimořádné události vyvstává podle zákona o IZS povinnost poskytnout pomoc. Jedná se o:

- ministerstva, územní správní úřady, orgány krajů a obcí v mezích své působnosti
- právnické a fyzické osoby, které jsou vlastníkem nebo uživatelem stavby civilní ochrany nebo stavby dotčené požadavky civilní ochrany
- zdravotnická zařízení
- vojenské záchranné útvary
- ostatní osoby, které se k tomu smluvně zavázaly

Mezi základní složky IZS, jak bylo uvedeno výše, patří zdravotnická záchranná služba (ZZS). Jejím úkolem je zajistit přednemocniční neodkladnou péči (PNP) na místě vzniku náhlého ohrožení života nebo zdraví a následně přepravit ohroženého jedince do odborného zdravotnického zařízení, které je schopné danou poruchu zdraví zvládnout. Celý systém ZZS je nastaven tak, aby byl schopen poskytnout PNP každé na zdraví ohrožené osobě v ČR v co nejkratším časovém úseku, tj. do 15 min. ZZS je tvořena operačními středisky a výjezdovými skupinami. (14)

Následná péče je pak vykonávána zdravotnickými zařízeními lůžkového typu. Jedná se zejména o velké nemocnice, umístěné ve spádové oblasti dění mimořádné situace. Velmi důležitá je spolupráce jednotlivých zdravotnických zařízení uvnitř i vně spádové oblasti. Každá nemocnice se pak dále řídí podle vlastního traumatologického plánu.

Z oblasti zdravotnictví se na IZS dále podílejí rovněž orgány ochrany veřejného zdraví (OVZ), které vykonávají státní zdravotní dozor. Pod označením OVZ jsou

seskupeny krajské hygienické stanice (KHS), jejich územní pracoviště a zdravotní ústavy, Ministerstvo zdravotnictví (MZ) a ve svých působnostech i Ministerstvo vnitra a Ministerstvo obrany. (2)

„Hygienická služba je jedinou složkou státu výhradně specializovanou na odborné usměrňování primární prevence nemocí a na dohled nad dodržováním většiny zákonných ustanovení k ochraně zdraví. Svoje poslání realizuje represivní formou práce (vymáháním práva na ochranu zdraví) a aktivitami zaměřenými na zlepšování životního stylu, na posilování zdraví a předcházení vzniku nemocí (primární prevence nemocí a podpora zdraví).“ (15)

1.3 Legislativa krizového řízení ve zdravotnictví

Ochrana života a zdraví je nedílnou součástí Bezpečnostní strategie České republiky. Resortem zdravotnictví jsou proto uplatňována všechna opatření bezpečnostní politiky státu jako organická součást zdravotní politiky, a to za využití nástrojů krizové, obranné, havarijní a speciální legislativy v rámci legislativy resortu. Díky tomuto principu je bráněno navození stavu, v němž by byla zdravotní legislativa vnímána jako jediná prioritní, zcela vymezující zájmy resortu, zatímco krizová legislativa by stála mimo zájem resortu, úplně samostatně a nezávisle, jako působnost, případně agenda patřící někomu jinému. (16)

Právní předpisy krizového řízení ve zdravotnictví bychom mohli rozdělit do několika skupin.

- Do první skupiny řadíme krizovou legislativu upravující působnost orgánů krizového řízení při přípravě a řešení krizových situací a základní pravidla IZS. Jde zejména o zákony určené pro řešení mimořádných událostí a krizových situací v důsledku jiného než vnějšího vojenského ohrožení a o HOPKS.
 - ústavní zákon č. 110/1998 Sb., o bezpečnosti České republiky (17)

- zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému (18)
- zákon č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení - v platném znění (12)
- zákon č. 241/2000 Sb., o hospodářských opatřeních pro krizové stavy (19)
- zákon č. 222/1999 Sb., o zajištění obrany České republiky (20)
- Druhou skupinu tvoří správní legislativa. Ta upravuje obecné správní působnosti úřadů. Netýká se krizového řízení a obrany.
 - zákon č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy (tzv. kompetenční zákon) (21)
 - zákon č. 131/2000 Sb. o hlavním městě Praze (22)
 - zákon č. 129/2000 Sb., o krajích (23)
 - zákon č. 128/2000 Sb., o obcích (24)
 - zákon č. 97/1993 Sb., o působnosti Správy státních hmotných rezerv (25)
 - zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví (26)
- Třetí skupinou jsou zdravotnické předpisy:
 - zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (27)
 - zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a jeho prováděcí vyhlášky (26)
 - zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních (28)
 - zákon č. 245/2006 Sb. o veřejných neziskových Ústavních zdravotnických zařízeních (29)

- vyhláška MZ ČR č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě (30)
- vyhláška č. 242/1991 Sb. o soustavě zdravotnických zařízení (31)
- a další
- Čtvrtá skupina zahrnuje odvětvovou a speciální legislativu - obsahující zákony a předpisy pro jiné oblasti činností než přímo krizové řízení, zejména se jedná o:
 - zákon č. 238/2000 Sb., o Hasičském záchranném sboru ČR (32)
 - zákon č. 283/1991 Sb., o Policii ČR (33)
 - zákon č. 59/2006 Sb., o prevenci závažných havárií způsobených vybranými nebezpečnými chemickými látkami nebo chemickými přípravky (34)
 - vyhláška č. 103/2006 Sb., o stanovení zásad pro vymezení zóny havarijního plánování a o rozsahu a způsobu vypracování vnějšího havarijního plánu (35)
 - vyhláška č. 237/2000 Sb., o požární ochraně (36)

1.4 Organizace a nástroje krizového řízení ve zdravotnictví

Hlavním orgánem pro řízení zdravotnictví je Ministerstvo zdravotnictví. To je dle krizového zákona určeným orgánem krizového řízení. V oblasti krizového řízení je na ministerstvu zřízen Odbor bezpečnosti a krizového řízení. Ten zajišťuje zpracování agendy z jednání Bezpečnostní rady státu (BRS), kdy jsou úkoly zabezpečovány především v oblasti civilního nouzového plánování. Dále pak záležitosti zdravotnických záchranných systémů, kdy dochází k zajišťování dodávky nezbytné zdravotní péče za mimořádných událostí. Tento odbor vyřizuje také dokumenty ve spolupráci s Ministerstvem obrany ČR v oblasti vojenského obranného plánování, armádního

zdravotnictví a ochrany obyvatelstva v působnosti resortu zdravotnictví a plní další úkoly požadované resortem. (37)

MZ se při plánování a přípravě řídí usneseními vlády a Bezpečnostní rady státu, jejich pracovních výborů a zastoupením v Ústředním krizovém štábu. (38)

„Ministerstvo zdravotnictví (MZ) jako orgán krizového řízení zajišťuje v oblasti své působnosti (§ 10 zákona č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky) připravenost na řešení krizových situací. Pro tyto účely má MZ zřízeno pracoviště krizového řízení, krizový štáb jako pracovní orgán k přípravě na krizové situace a k jejich řešení a zpracování krizový plán (souhrn krizových opatření a postupů k řešení krizových situací).

MZ je v době krizového stavu oprávněno zajistit nákup a distribuci potřebných léčivých přípravků; koordinovat na vyžádání kraje činnost zdravotnických záchranných služeb a zdravotnických zařízení, která mají urgentní příjem anebo statut specializovaného centra, při poskytování neodkladné zdravotní péče a rozhodnout o rozsahu poskytované zdravotní péče v lůžkových zdravotnických zařízeních v případě zavádění regulačních opatření.

Součástí krizového plánu je mimo jiné plán nezbytných dodávek zpracovaný podle zákona č. 241/2000 Sb., o hospodářských opatřeních pro krizové stavy a změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.“ (39)

Určitou systémovou anomálií je absence přímé řídicí vazby na nižší stupně krizového řízení v linii zdravotnictví. Při odpovědnosti územního správního úřadu za zabezpečení krizové připravenosti ve zdravotnictví ve své působnosti jsou zřizovány odborné pracovní skupiny Bezpečnostní rady kraje.

Stav krizové připravenosti je přímo úměrný úrovni odborné způsobilosti pracovníků pro obor krizového managementu. Úlohou Ministerstva zdravotnictví je tedy rovněž zabezpečit potřebnou úroveň odborné přípravy pracovníků. (2)

1.4.1 Čtyři úrovně řešení

Lze vymezit čtyři upravené úrovně krizového řízení ve zdravotnictví:

- standardní funkce systému zdravotnictví, která ale již musí být nastavena na zvládání mimořádných událostí do 2. stupně poplachu integrovaného záchranného systému;
 - bez použití havarijních plánů, ale již s použitím plánů traumatologických;
- připravenosti na mimořádné události rozměru hromadného neštěstí řešené v rámci integrovaného záchranného systému bez vyhlášení krizového stavu;
 - v rámci havarijních plánů, bez uplatnění krizových opatření;
- připravenosti na situace krizové;
 - s vyhlášením krizových stavů a uplatněním krizových opatření podle krizových plánů, včetně systému nouzového hospodářství;
- připravenosti na situaci ohrožení státu v souvislosti s vojenským ohrožením;
 - s uplatněním plánů k obraně a systémem hospodářské mobilizace. (2)

1.4.2 Management rizik

Management rizik můžeme chápat jako systematickou aplikaci cíleně plánovaných aktivit a praktik zaměřených na identifikaci, analýzu, zhodnocení, monitorování a ovlivňování rizika. V podstatě se jedná o specifickou aktivitu s cílem minimalizovat možnost vzniku krize (minimalizovat společenské ztráty, plynoucí z existujícího nebo potenciálního rizika). (11)

Celý proces obecně probíhá v následujících fázích:

- identifikace nebezpečí (analýza zdrojů ohrožení)

- hodnocení rizika (pravděpodobnost vzniku nežádoucí události)
- opatření na odstranění (snížení) rizika

Převedeme-li celý proces na oblast zdravotnictví, vypadají jednotlivé fáze takto:

- analýza zdravotnického ohrožení (převod na počet postižených)
- hodnocení zdravotního rizika (dopad na regionální zdravotní systém)
- návrh na zdravotnická opatření (zajištění schopnosti systému poskytnout adekvátní zdravotní péči postiženým)

Na základě takto aplikovaného managementu rizik se vypracovávají havarijní a krizové plány. Ty jsou pro danou úroveň řízení v podstatě institucionalizovanou podobou použitých metod řešení. Převážná část metod řešení využívá určitého matematického aparátu. Většinou se jedná o metody vyvinuté pro jiné oblasti, například ekonomické vědy či logistiku. Pro účely zdravotnictví jsou často využívány například SWOT analýzy, metody kritické cesty a metody síťových grafů. (2)

1.4.3 Finanční zabezpečení

Problematika zajištění finančního krytí nákladů na různá krizová opatření spadá pod kompetenci orgánů krizového řízení ve všech úrovních. Náklady na krizová opatření bychom mohli pro přehlednost rozdělit do skupin na:

- opatření prováděná preventivně za účelem snížení různých rizik
- opatření prováděných v souvislosti s řešením nastalých situací (2)

Podle zákona č 241/2000 Sb. je nejvíce prostředků vázáno na oblast hospodářských opatření pro krizové stavy (HOPKS). Ze systému orgánů krizového řízení (OKŘ) jsou konkrétními povinnostmi k plánování HOPKS dotčeny především

jednotlivé resorty jako ústřední správní úřady a pak kraje. Obce se starají především o realizaci dílčích úkolů.

Největší finanční zátěž pro OKŘ je spojena zvláště s civilními HOPKS. Jedná se zejména o systém nouzového hospodářství (plán nezbytných dodávek, zásoby pro humanitární pomoc, pohotovostní zásoby), použití regulačních opatření, výstavba a údržba infrastruktury. „Velmi často, se přitom na krajích při zajištění financování opatření, která vychází z krizových plánů pro krizové situace (ale také z plánů havarijních pro mimořádné události řešené „jen“ v úrovni IZS) spoléhá na pokrytí nákladů z úrovně ústředních úřadů. Do vytváření rozpočtů však musí být započítávány nejen přímé náklady na vyžádané nezbytné dodávky a pořízení vlastních zásob nebo údržba kritické infrastruktury v působnosti územního OKŘ, ale také realizace nařízených prací např. při záchranných o likvidačních pracích a při regulačních opatřeních.“ (2)

Zajištění finančního krytí nákladů lze celkem jednoznačně nalézt ve skupině finančních právních předpisů a v krizovém zákoně. Zejména z § 25 krizového zákona vyplývá, že

- (všechny) správní úřady vyčleňují v návrhu rozpočtu své kapitoly na příslušný rok objem finančních prostředků potřebný k zajištění přípravy na krizové situace
- Ministerstvo financí rozepíše objem finančních prostředků potřebných k zajištění přípravy na krizové situace jako dílčí specifický ukazatel rozpočtových kapitol správních úřadů

Dále je financování konkrétně limitováno právními předpisy:

- zákon č. 218/2000 Sb., rozpočtová pravidla
- zákon č. 243/2000 Sb., o rozpočtovém určení daní
- zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů,

Pouze v zákonem zvlášť vymezených případech lze použít pro financování provedení krizových opatření a úhradu škod vzniklých v přímé souvislosti s krizovou situací vládní rozpočtovou rezervu a rozpočtovou kapitolu Všeobecná pokladní správa.
(40)

1.4.4 Cvičení

Cvičení složek IZS jsou velmi významným článkem v řetězci přípravy na zvládnání následků mimořádných událostí. Mají zajistit efektivní akceschopnost jednotlivých složek IZS. Slouží především pro ověřování jejich odborné a praktické připravenosti. Příprava a výcvik speciálních záchranných týmů a specialistů pro připravenost na provádění záchranných a likvidačních prací probíhají v několika úrovních jako:

- odborná příprava jednotlivců (teorie i praxe)
- praktický výcvik záchranných týmů a specialistů na speciálních metodických cvičištích a dále na cvičištích v terénu
- velitelsko-štábní cvičení jednotlivých složek systému
- prakticko-koordinační cvičení všech (několika) složek systému

Jednotlivá cvičení se dají rozdělit na prověřovací a taktická. Prověřovací cvičení ověřují připravenost složek IZS na provádění záchranných a likvidačních prací. Taktická cvičení se provádí pro zdokonalení složek IZS i orgánů podílejících se na provádění koordinace záchranných a likvidačních prací při mimořádné události.

Po každém provedeném cvičení se provádí jeho vyhodnocení a na jeho základě se přijímají opatření k odstranění nedostatků a k zaměření další přípravy IZS. Provedená cvičení umožňují praktické ověřování kvality dokumentace IZS.

K nařízením provádění cvičení jsou oprávněni:

- ministr vnitra
- generální ředitel HZS ČR
- hejtman kraje
- ředitel HZSK

Velká cvičení IZS probíhají často v mezinárodní spolupráci. V těchto případech je schvaluje Bezpečnostní rada státu. (41)

1.4.5 Koncepce krizové připravenosti

„Koncepce krizové připravenosti zdravotnictví ČR schválená usnesením Bezpečnostní rady státu č. 9/2007 (dále jen „Koncepce“) se zabývá analýzou krizové připravenosti resortu zdravotnictví a současně navrhuje opatření k jejímu zlepšení.“ (42)

Koncepce je formulována v osmi základních tezích, v nichž je rozvíjena především povinnost MZ rozvíjet podmínky k plnění úkolů zdravotnictví v bezpečnosti státu.

1. Směr a obsah koncepce musí být dlouhodobě kompatibilní s rezortní koncepcí rozvoje zdravotnictví
 - koncepce musí být dostatečně obecná, aby byla dlouhodobě platná
 - významný je rozvoj mediální politiky a medializace činností resortu ve vztahu ke krizové připravenosti (2)
2. Závaznost aktuálně platného právního řádu ČR
 - Výkon činností v krizovém řízení má charakter výkonu státní správy. Je vykonáván úřady s povinností postupovat přesně v souladu

s legislativou. Nevyhovující předpisy musí být novelizovány, což znamená především novelizovat zákon o IZS a krizový zákon:

- současné znění zákona o IZS vyhovuje řešení mimořádných událostí, které nejsou hromadným neštěstím z pohledu urgentní medicíny, avšak nereflektuje ani různé působnosti zdravotnických zařízení ve zdravotnickém záchranném řetězci, ani rozdílnost parametrů stupňů „poplachu“
 - základní složkou IZS by měla být všechna zdravotnická zařízení schopná poskytovat neodkladnou péči
 - současná právní úprava ZZS včetně LZS je dlouhodobě neudržitelná, je třeba srovnat podmínky sociálního zajištění pracovníků ZZS adekvátně ostatním složkám, přitom není nutné přijetí nového samostatného zákona pro ZZS; je možné toho docílit také prostřednictvím zákonů o zdravotnickém zařízení a o zdravotní péči
 - krizový zákon je svou dikcí orientován jednoznačně na ochranu veřejného zdraví (biologický terorismus)
 - v krizovém zákoně ale není zmocnění MZ k řízení krizové připravenosti v celé působnosti MZ prostřednictvím vlastních zvláštních předpisů (součástí je také naplňování usnesení vlády) (43)
3. Systém součinnosti orgánů krizového řízení a uplatňování krizových opatření musí vycházet z akceptování principu přiměřenosti a územní odpovědnosti
- zásada vstupu vyšší úrovně řízení po vyčerpání všech možností teritoria a kompetencí

- požadavek na uplatnění krizových opatření jen pro nezbytně nutnou dobu
4. Poskytování zdravotní péče za krizových stavů a mimořádných událostí musí být poskytováno vždy pouze „lege artis“ (v souladu se všemi schválenými medicínskými zásadami) (2)
 5. Proces krizového řízení ve zdravotnictví musí sledovat návaznou připravenost systému ve čtyřech úrovních:
 - standardní situace
 - koordinovaná spolupráce v IZS
 - příprava na krize „nevojenské“ v úrovni regionální a celostátní
 - obrana státu
 6. Zajištění věcných potřeb zdravotnictví musí být prováděno v celém komplexu HPOKS logistickým systémem alokace disponibilních zdrojů na území.
 - Logistika není jen sklad a pohotovostní zásoby, ale ekonomická disciplína o zásobování.
 - Plánování zdrojů musí být provázáno transparentním systémem financování. (43)
 7. Předpokladem krizové připravenosti je plnění úkolů krizového řízení odborně připravenými pracovníky.
 8. Nutnou součástí systému připravenosti je soustavná metodická podpora a kontrola, která je také součástí výkonu státní správy:
 - porady a semináře pořádané pro pracovníky správních úřadů
 - kontrola by měla být i nástrojem motivace, nejen restrikce (2)

1.5 Podpora řízení mimořádných událostí ve zdravotnictví

1.5.1 Krizové plány (typové plány; plán krizové připravenosti)

Krizové plány jsou základními strategickými dokumenty pro krizové řízení. Je v nich zakotven způsob, kterým stát, resorty, právnické a fyzické osoby i občané společně zajišťují naplnění cílů krizového řízení. Kodifikují, jak se provádí prevence, připravenost, zásah i obnova, aby ztráty a náklady byly pro společnost přijatelné. Ukládají povinnost, jak provádět:

- prevenci neboli předcházení pohromám či některým dopadům pohrom, případně jejich zmírnění (aktivní a pasivní ochrana životů, majetku, životního prostředí a lidské společnosti)
- připravenost na zvládnutí dopadů pohrom, které se mohou vyskytnout
- zvládnutí dopadů pohrom s přiměřenými ztrátami a přiměřenými zdroji
- zajištění obnovy, návratu do stabilizovaného stavu a nastartování dalšího rozvoje

Každý krizový plán vychází z ověřených dat o území, která jsou zpracována relevantními metodami. Krizové plány obsahují scénáře relevantních pohrom, scénáře odezvy na specifické a kritické pohromy a scénáře řízení za všech možných podmínek. Krizový scénář vždy obsahuje:

- seznam použitých právních předpisů
- charakteristiku území
- seznam specifických pohrom
- scénáře specifických pohrom
- scénáře odezvy na specifické pohromy
- soubor havarijních plánů pro dané území

- seznam kritických pohrom
- scénáře odezvy na kritické pohromy
- scénáře krizového řízení

Krizový plán má dvě části. První, základní část, obsahuje veřejně přístupné informace:

- vymezení působnosti, odpovědnosti a úkolů správních úřadů, jiných státních orgánů a orgánů samosprávy, jimž zákon ukládá povinnost zpracovat krizový plán (zpracovatel krizového plánu)
- charakteristiku organizace krizového řízení;
- výčet a hodnocení možných krizových rizik, jejich dopad na území a činnost orgánů a organizačních složek státu, jejich organizačních celků, právnických nebo podnikajících fyzických osob podílejících se na zajištění krizových opatření v rámci krizového plánování (subjekt krizového plánování);
- další podklady a zásady potřebné pro používání přílohové části krizového plánu (44)

Druhá, přílohová část, obsahuje konkrétní data. (45) Tvoří ji:

- přehled sil a prostředků včetně jejich počtu a využitelnosti
- katalog krizových opatření, obsahující zásady a postup realizace krizových opatření
- typové plány, kterými ústřední správní úřad podle své působnosti stanoví pro jednotlivé druhy krizových situací doporučené typové postupy, zásady a opatření pro jejich řešení

- povodňové a havarijní plány zpracované podle zvláštních právních předpisů a další operační plány, které pro konkrétní druh krizové situace na daném území stanoví postupy, zásady, opatření, síly a prostředky pro její řešení, plány jejich nasazení a zabezpečení
- plán nezbytných dodávek zpracovaný podle zvláštního právního předpisu (zákon č. 241/2000 Sb., o hospodářských opatřeních pro krizové stavy)
- plán hospodářské mobilizace zpracovaný podle zvláštního právního předpisu
- plán akceschopnosti zpracovatele krizového plánu, který stanoví postupy a termíny zabezpečení připravenosti k plnění úkolů při krizových situacích a opatření k zajištění vlastní ochrany před následky krizových situací
- plány spojení, materiálně technického a zdravotnického zabezpečení, topografické mapy s vyznačenými riziky a řešením ohrožení (44)

Typové plány jsou dokumenty, jimiž zpracovatel ve své působnosti stanovuje jednotlivé postupy, zásady a opatření pro řešení daných typů krizových situací. Zpracování typových plánů je v kompetenci jednotlivých ústředních správních úřadů podle jejich působnosti. Se zpracováním typových plánů souvisí aplikace standardních krizových opatření, která jsou sestavena do katalogu krizových opatření. Katalog krizových opatření je vlastně jednoduchým přehledem a stručným popisem jednotlivých krizových opatření, která lze výběrovým způsobem podle druhu, charakteru a rozsahu konkrétní krizové situace použít ke snížení jejích dopadů, pro předcházení jejímu bezprostřednímu vzniku nebo k jejímu řešení. Seznam je upraven tak, aby bylo možné použít ho při řešení vojenských i nevojenských krizových situací. Na základě typových plánů jsou zpracovávány operační plány. Každý typový plán obsahuje tři oblasti problémů. Hodnocení krizové situace, záměry řešení krizové situace a údaje o zpracovateli typového plánu. Podrobnější přehled jednotlivých částí uvádím zde:

- Hodnocení krizové situace
 - popis konkrétní KS – typ KS, původce nebo příčiny vzniku KS, cíle původců KS, scénář vývoje KS
 - dopady KS
 - podmínky (předpoklady) a překážky (omezení) při řešení KS
 - příslušné vazby na zachování nezbytného rozsahu základních funkcí státu při KS a tzv. kritickou infrastrukturu
- Záměry řešení krizové situace
 - doporučené typové postupy
 - zásady a opatření pro řešení KS v oblastech krizového řízení
 - zajištění ochrany obyvatelstva
 - zajištění vnitřní a vnější bezpečnosti
 - zajištění ochrany ekonomiky v jednotlivých etapách KS (hrozba vzniku, bezprostřední hrozba vzniku, vznik KS, řešení KS, likvidace následků KS)
- Údaje o zpracovateli typového plánu
 - údaje o osobách odpovědných za zpracování nebo rozpracování a aktualizaci typového plánu (46)

Usnesením Bezpečnostní rady státu ze dne 14. května 2002 č. 290 byly pro potřeby zdravotnictví vytipovány tyto typové situace:

- epidemie
- narušení dodávek léčiv

- hromadné postižení osob kromě epidemií (2)

Plány krizové připravenosti (PKP) slouží určeným subjektům (právníckým a podnikajícím fyzickým osobám, orgánům veřejné správy a školským zařízením) k zabezpečení vlastního fungování za krizových situací a k zabezpečení plnění úkolů vyplývajících z krizového plánu kraje. Mají přímou návaznost na krizový plán kraje a krizový plán obce s rozšířenou působností. Určenými subjekty jsou ty subjekty, které jsou o povinnosti zpracovat PKP informovány (tj. určeny) dopisem hasičského záchranného sboru kraje, krajského úřadu nebo příslušného úřadu obce s rozšířenou působností. (47) I tyto plány se skládají ze základní a přílohové části. Základní část obsahuje:

- vymezení předmětu činnosti právnické nebo podnikající fyzické osoby (kompetence, působnost a identifikační údaje), úkolů a opatření, které byly důvodem zpracování plánu krizové připravenosti
- charakteristiku krizového řízení
- přehled a hodnocení možných zdrojů rizik (závěry z analýzy a hodnocení možných dopadů na činnost zpracovatele při vzniku MU/KS
- analýzy ohrožení a jejich možný dopad na činnost právnické nebo podnikající fyzické osoby
- zásady pro používání plánu krizové připravenosti

Přílohovou část tvoří zejména dokumenty nezbytné ke zvládnutí krizové situace. Především se jedná o tyto:

- výpis z krizového plánu s uvedením požadavků zpracovatele krizového plánu příslušného orgánu krizového řízení na účast dotčené právnické osoby při zabezpečení konkrétních krizových opatření

- plán akceschopnosti právnické osoby pro zajištění pohotovosti a připravenosti k plnění krizových opatření a ochrany před účinky krizových situací
- plán krizových opatření k řešení krizových stavů v rámci působnosti právnické nebo podnikající fyzické osoby
- vnitřní havarijní plán, pokud jej právnická osoba zpracovává dle zvláštních právních předpisů
- plán opatření hospodářské mobilizace pokud je právnická osoba subjektem hospodářské mobilizace
- plány spojení
- topografické mapy s vyznačenými riziky a řešením krizových situací
- přehled uzavřených smluv a dalších dokumentů mezi právnickou osobou a příslušným orgánem krizového řízení nebo zpracovatelem krizového plánu
- další dokumentace potřebná pro řešení krizových stavů, zejména statuty a jednací řády, vzory hlášení, předpisy, dohody o spolupráci (46)

1.5.2 Havarijní plány (traumatologický plán, plán hygienických a protiepidemických opatření)

Havarijní plány jsou účelové dokumenty shrnující opatření k provádění záchranných prací při mimořádných událostech. Základní rozdělení havarijních plánů je na vnitřní (dokumenty provozovatelů rizikových činností) a vnější (dokumenty územních správních úřadů). Konkrétní způsob zpracování havarijních plánů upravuje vyhláška MZ ČR č. 328/2001 Sb., o některých podrobnostech zabezpečení IZS. (48)

Havarijní plány jsou výsledkem havarijního plánování. Rozdělit je lze rovněž i následujícím způsobem:

- havarijní plány objektové, např.:
 - vnitřní havarijní plány
 - havarijní plány vodního hospodářství a ochrany vod před závadnými látkami
 - havarijní plány ochrany ovzduší pro případy poruch a nehod u technických zařízení
 - havarijní plány k předcházení vzniku a k řešení stavů nouze v energetickém sektoru
- havarijní plány územní, které jsou přílohou krizového plánu kraje:
 - havarijní plán kraje
 - vnější havarijní plány (49)

Havarijní plán kraje se skládá z následujících částí:

Informační část:

1. Charakteristika kraje

- geografické, demografické, klimatické a hydrologické informace o kraji
- popis infrastruktury kraje

2. Jednotlivé druhy mimořádných událostí

- analýza rizik

Operativní část:

- a) Pomoc poskytovaná sousedním krajům
- b) Pomoc, která může být poskytnuta ze sousedních krajů
- c) Pomoc, která může být poskytnuta z ústřední úrovně
- d) Způsob vyrozumění o mimořádné události a spojení

Plány konkrétních činností:

- 1. Plán vyrozumění
- 2. Plán traumatologický
- 3. Plán varování obyvatelstva
- 4. Plán ukrytí obyvatelstva
- 5. Plán individuální ochrany obyvatelstva
- 6. Plán evakuace obyvatelstva
- 7. Plán nouzového přežití obyvatelstva
- 8. Plán monitorování
- 9. Pohotovostní plán veterinárních opatření
- 10. Plán veřejného pořádku a bezpečnosti
- 11. Plán ochrany kulturních památek
- 12. Plán hygienických a protiepidemických opatření
- 13. Plán komunikace s veřejností a hromadnými informačními prostředky
- 14. Plán odstranění odpadů (50)

Z hlediska zájmu zdravotnictví se nyní zaměříme na popis traumatologického plánu a následně na popis plánu hygienických a protiepidemických opatření.

Traumatologické plány jsou důležitou součástí havarijních plánů k poskytování nezbytné zdravotní péče při výskytu hromadného postižení osob na zdraví v důsledku mimořádné události. Termín traumatologický plán je v obecně závazných právních předpisech vázán na havarijní plánování (havarijní plány zpracovává Hasičský záchranný sbor) a zvládání mimořádných situací, jejich zpracování patří do působnosti rezortu zdravotnictví, a tím také do působnosti útvarů zdravotnictví krajských úřadů a jimi spravované části agendy krizového řízení kraje.

K úspěšnému zvládnutí situací a stavů ohrožujících lidské životy je nutná dokonalá návaznost zdravotnické záchranné služby na cílová zdravotnická zařízení schopná zajistit komplexní neodkladnou nemocniční péči odpovídající typu postižení a naléhavosti stavu postižených. Tato zařízení jsou povinná na výzvu zdravotnické záchranné služby postižené přijmout. Vzhledem k rozdílnosti typu prvků systému k zajištění zdravotnické pomoci je traumatologický plán vnitřně diferencován:

- Traumatologický plán zdravotnické záchranné služby - zajištění přednemocniční neodkladné péče v místě mimořádné události s výskytem hromadného postižení osob a předání do cílových zdravotnických zařízení (i mimo region).
- Traumatologický plán zdravotnického zařízení - zajištění urgentního i neurgentního příjmu postižených osob z prostoru mimořádné události a zajištění následné odborné zdravotní péče podle charakteru postižení zdraví.
- Traumatologický plán správního úřadu - organizace využití okamžité kapacity všech dosud nevyužitých zdravotnických zařízení na správním území k zajištění zdravotní péče o ostatní postižené a ukryté či evakuované zdravotně nepostižené obyvatele v součinnosti s ostatními kraji při

poskytnutí výpomoci v rámci krizové připravenosti zdravotnictví daného správního celku v souladu s platnými právními předpisy.

Plány hygienických a protiepidemických opatření tvoří specifickou oblast zdravotnického plánování na úrovni havarijního plánu v ochraně veřejného zdraví. Tyto plány jsou současně považovány i za základ operačních plánů krajských hygienických stanic. (51)

Plán hygienických a protiepidemických opatření obsahuje:

- přehled připravených hygienicko-epidemiologických opatření, způsob jejich provádění, síly a prostředky k jejich zabezpečení, pohotovostní plán pro případ výskytu nebezpečných infekčních nemocí a rozdělení odpovědnosti za provedení plánovaných hygienických a protiepidemických opatření. (52)

1.5.3 Ostatní typy plánů (evakuační plán, pandemické plány)

Dalšími plány, které řeší připravenost zdravotnictví na krizové situace, jsou například evakuační či pandemické plány.

Pandemické plány vypracovávají jednotlivé země zvláště v závislosti na místních podmínkách. Vycházejí přitom z doporučení Světové zdravotnické organizace. Ta dělí průběh pandemie na jednotlivé fáze a přiřazuje návody, co během které z nich dělat. Pět hlavních cílů pandemického plánu je stanoveno následovně:

1. snížit počet příležitostí k nakažení jednotlivců
2. posílit systém včasného varování
3. zvládnout či alespoň zpomalit šíření v místě, kde již infekce propukla
4. snížit všemi dostupnými prostředky počet případů, procento obětí a společenský dopad

5. vést výzkum za účelem objevení opatření vedoucích ke zvládnutí infekce (53)

Pandemický plán České republiky je dokumentem stanovujícím postupy a základní systém reakce České republiky na chřipkovou pandemii způsobenou novým typem chřipkového viru. Hlavním cílem plánu v případě vzniku pandemie chřipky je zmírnit její očekávané zdravotní, sociální a ekonomické následky. Mezi hlavní cíle PP ČR patří:

- posílení národního systému rychlého varování pro včasné zachycení možného onemocnění způsobeného pandemickým kmenem
- rychlá identifikace nové varianty chřipkového viru u drůbeže, ptáků či jiných zvířat
- rychlé zachycení vzniku nového subtypu viru chřipky v populaci
- minimalizování rozšíření nového viru a předejití vzniku pandemie, pokud je to možné
- průběžné vyhodnocování epidemiologické situace, analýza výskytu, přijímání okamžitých protiepidemických opatření
- zabezpečení léčby nemocných a léčba komplikací zabezpečení pohřbívání mrtvých zabezpečení informovanosti zdravotnických pracovníků a veřejnosti kontrola dodržování doporučených opatření
- redukování dopadu pandemie chřipky na společnost
- minimalizování ekonomických ztrát (54)

Pandemické plány se zpracovávají i na úrovni jednotlivých krajů (projednává je a posuzuje Bezpečnostní rada kraje) (55), nebo například pro jednotlivá lůžková zařízení zdravotní péče.

Součástí pandemických plánů lůžkových zařízení zdravotní péče je zejména zajištění objektivní informovanosti personálu nemocnice a jeho příprava na případnou

pandemickou situaci. Dále určení nezbytné akutní péče, která musí být za všech okolností zachována a její personální zajištění, určení strategie vakcinace personálu, stanovení postupu při léčbě virostatiky, zajištění a způsob distribuce ochranných prostředků a také vymezení spolupráce se státními orgány ochrany veřejného zdraví a ostatními zdravotnickými zařízeními. (56)

Evakuační plány

Evakuace patří mezi nejdůležitější opatření v rámci tzv. kolektivní ochrany obyvatelstva. Evakuací se zabezpečuje přemístění osob, zvířat, předmětů kulturní hodnoty, technického zařízení, strojů a materiálu k zachování nutné výroby a nebezpečných látek z míst ohrožených mimořádnou událostí. Provádí se z míst ohrožených mimořádnou událostí do míst, kde je pro evakuované obyvatelstvo zajištěno náhradní (i provizorní) ubytování a stravování, pro zvířata vhodné ustájení a pro věci dočasné uskladnění.

Evakuaci nařizuje:

- velitel zásahu při provádění záchranných a likvidačních prací
- zaměstnavatel v rámci své působnosti
- starosta obce v rámci území obce
- starosta obce s rozšířenou působností v rámci správního obvodu
- hejtman kraje

Z hlediska rozsahu dělíme evakuaci na evakuaci objektovou (evakuace malého počtu budov) a plošnou. Plošná evakuace může být všeobecná (živelné pohromy, průmyslové havárie; týká se všech osob) nebo částečná (týká se vybraných skupin obyvatelstva).

Dále můžeme evakuaci dělit podle doby trvání na krátkodobou a dlouhodobou (více než 24 h) nebo podle zvolené varianty řešení ohrožení na evakuaci přímou, bez

předchozího ukrytí evakuovaných osob, nebo evakuaci s ukrytím, kdy jsou ohrožené osoby ukryty před největším ohrožením a po snížení stupně ohrožení je prováděna druhá část evakuace. (57)

Důvodů k provedení evakuace může být celá řada – požár, povodeň, teroristický útok, porucha technologického zařízení, vliv mimořádné události, ke které došlo u jiného právního subjektu atd. Vždy se jedná o velmi zásadní zásah do řízení chodu firmy, a to včetně případu provádění cvičné evakuace, kterou je vhodné občas provést. Zákoník práce v § 102 po každém zaměstnavateli požaduje přijmout opatření pro případ zdolávání mimořádných událostí (havárie, požáry, povodně), jiných nebezpečí a evakuace zaměstnanců. Tedy každý zaměstnavatel by měl mít zpracován jakýsi plán pro případnou evakuaci zaměstnanců, jiných osob, zvířat a materiálu. Většinou má tuto povinnost splněnu zpracováním požárního evakuačního plánu. Ten však nemusí být zpracován v každé firmě (o tom více dále), a proto v souladu se zákoníkem práce by měl být jakýsi plán evakuace zpracován i ve firmě, kde to zákon o požární ochraně nepožaduje. (58)

1.6 Mimořádné události a zdravotnické zařízení

Zařízení lůžkové péče jsou posledními články záchranného řetězce. Každá nemocnice má vypracován vlastní zásahový plán, díky němuž dokáže zvládnout různé typy mimořádných událostí.

V podstatě může dojít ke dvěma základním typům mimořádné události. V prvním případě vzniká mimořádná událost uvnitř zdravotnického zařízení (interní katastrofa), ve druhém mimo něj (externí katastrofa).

Interní katastrofa

Může jít například o požár, únik škodlivin, havárie přívodu vody, hrozba bombou a podobně. Při postižení části nemocnice můžeme pacienty přeložit na jiná oddělení téže nemocnice. Současně je možné propustit vhodné pacienty do domáčího

ošetřování. Je-li to možné, přesouváme pacienty ve stejné stavební úrovni kvůli problémům s výtahy. Může dojít dokonce k přerušení provozu celé nemocnice. Někdy je nutné využít pro překlád pacientů do jiných nemocnic, kromě záchranné služby, rovněž taxislužbu či autobusovou dopravu. Jsou-li k dispozici vhodné, předem naplánované prostory, samozřejmě je lze využít. Dále se dají podobným způsobem využít také tělocvičny, sportovní haly, koncertní sály a tak dále.

Externí katastrofa

Externí katastrofou je myšlena událost, která se stane mimo areál nemocnice, ale svými následky může ovlivnit běžný chod zdravotnického zařízení. Jedná se zejména o velké dopravní katastrofy, velké požáry, exploze, zřícení budov, epidemie hromadné otravy (únik škodlivin, chemické bojové látky) atd. Zde nastává problém v rychlém znásobení léčebných kapacit bez omezení kvality péče.

V přípravách na mimořádné události je nejdůležitějším nástrojem traumatologický plán. Při hromadném příjmu pacientů se pak využívá metody třídění podle závažnosti poranění. (59)

2 Hypotézy a metodika výzkumu

2.1 Hypotézy

Hypotéza 1: Lůžková zdravotnická zařízení Jihočeského kraje mají pracovníka krizového řízení, zpracovány aktualizované základní plány pro řešení mimořádných událostí a svůj krizový štáb

Hypotéza 2: Žádná lůžková zdravotnická zařízení Jihočeského kraje neprovádí praktický nácvik krizové připravenosti

Hypotéza 3: Mezi informovaností zdravotnického personálu o dané problematice a délkou jejich praxe existuje pozitivní korelace

Hypotéza 4: Mezi informovaností zdravotnického personálu o dané problematice a jejich nejvyšším dosaženým vzděláním existuje pozitivní korelace

2.2 Charakteristika sledovaného souboru respondentů

K tomu, aby mohly být splněny cíle diplomové práce a potvrzeny či nepotvrzeny stanovené hypotézy, byly zvoleny dvě skupiny respondentů. První z nich tvořil zdravotnický personál Nemocnice České Budějovice a.s.. Respondenti byli zvoleni vícestupňovým náhodným výběrem. Celkem bylo rozdáno 300 dotazníků s 56% návratností. Druhý sledovaný soubor tvořila lůžková zdravotnická zařízení, respektive jejich vedení. Dle informací získaných z Ústavu zdravotnických informací a statistiky bylo zjištěno odpovídajících 13 zařízení, kterým byl zaslán dotazník s návratností 69 %.

2.3 Použitá metoda

Zvolenou metodou v diplomové práci je kvantitativní výzkum. Technika tohoto výzkumu spočívá v dotazníkovém šetření s uzavřenými, polouzavřenými a otevřenými otázkami.

Dotazník určený pro zdravotnický personál (uvedený v příloze č. 1) obsahuje 23 otázek. První tři otázky jsou zaměřeny na charakteristiku respondentů, zbývajících dvacet otázek má za úkol zjistit povědomí o problematice krizové připravenosti. Za každou správnou odpověď na vědomostní otázku získá respondent jeden bod. Tato část dotazníku je sepsána jako multiple-choice test a lze z něho získat 43 bodů.

Dotazník určen pro zdravotnická zařízení jsem po předchozí dohodě převzala od Mgr. Jolany Němečkové (dotazník a potřebné výsledky výzkumu jsou uvedeny v příloze č. 2 a č. 3), která ve své diplomové práci zjišťovala krizovou připravenost zdravotnických zařízení Jihomoravského kraje. Rovněž způsob analýzy dotazníků jsem ponechala, aby bylo možné následné porovnání výsledků v Jihomoravském a Jihočeském kraji. Dotazník obsahuje 28 otázek. Pro zhodnocení připravenosti lůžkových zdravotnických zařízení Jihočeského kraje na mimořádné události byly stanoveny tři pracovní ukazatele (teoretická, organizační a praktická připravenost). Ke každému ukazateli je přiřazena skupina otázek, které jsem následně obodovala. Za dichotomické otázky bylo možné získat jeden bod a za otázky výběrové body dva. Maximální počet činil 22 bodů.

2.4 Metoda zpracování dat

Získaná data byla zpracována pomocí programu Microsoft Office Excel do podoby grafů a tabulek. Dále byla zjišťována korelace. Korelace znamená vztah dvou proměnných. Ačkoliv počet získaných bodů by se mohl označit jako spojitá proměnná, vzdělání a délka praxe, tak jak je uvádím, jsou ordinální, takže se musí použít "nižší" typ testu tj. neparametrický. Pro ověření byl proveden i test normality a ani počet bodů nemá normální rozdělení. Proto jsem k testování hypotéz použila spearmanův korelační koeficient.

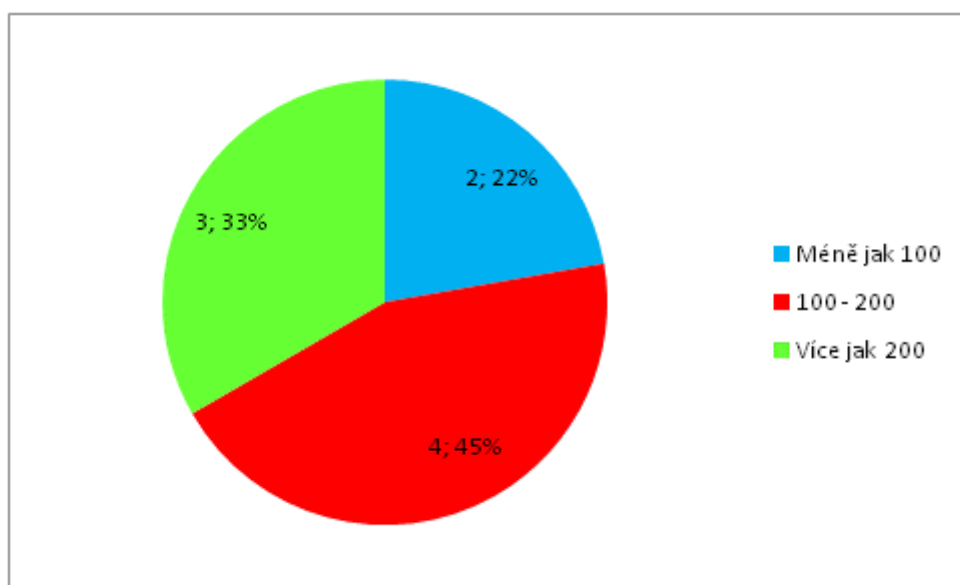
3 Výsledky

3.1 Připravenost zdravotnického zařízení

Dotazník pro zdravotnická zařízení.

Otázka č. 1 Jaká je kapacita vašeho zdravotnického zařízení?

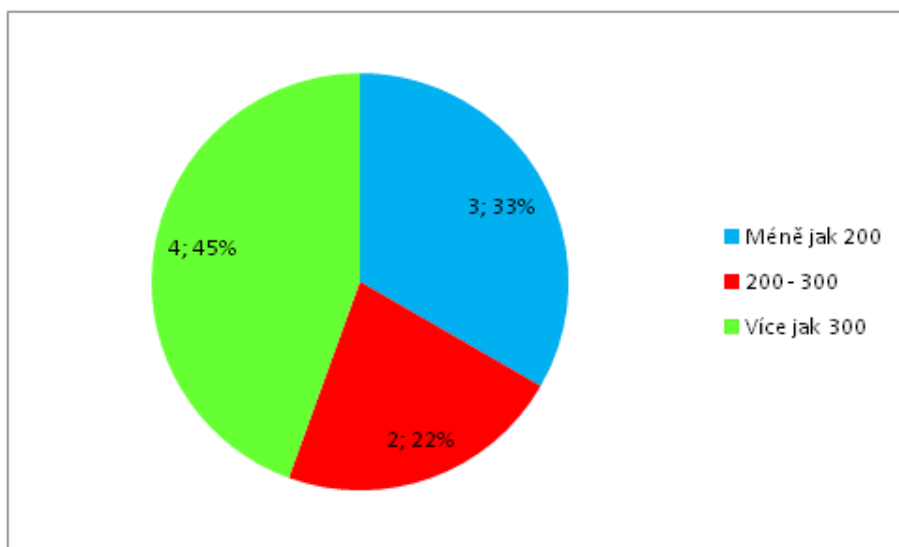
Graf č. 1 Lůžková kapacita



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 2 Jaký je nezbytný počet pracovníků k zajištění chodu vaší nemocnice?

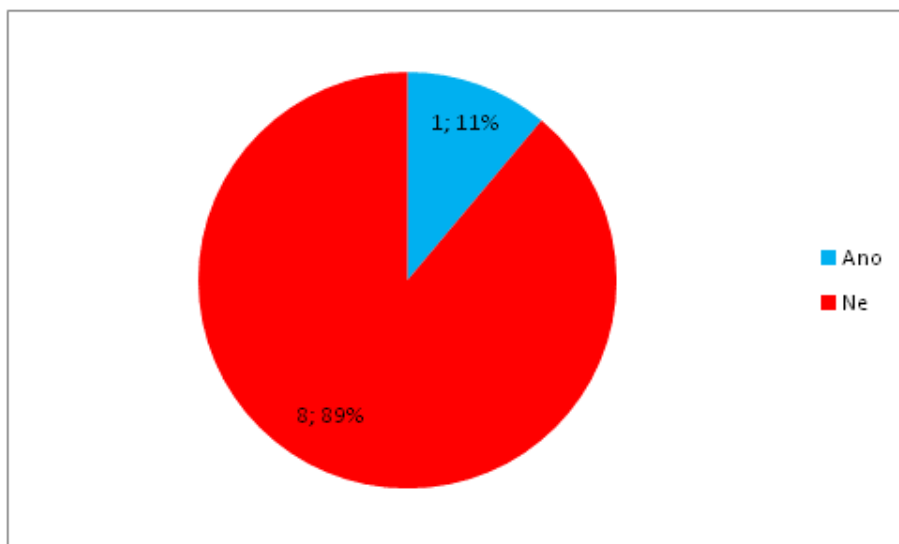
Graf č. 2 Personál k zajištění chodu zdravotnického zařízení



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 3 Je ve vašem zařízení pracovník pověřený krizovým řízením?

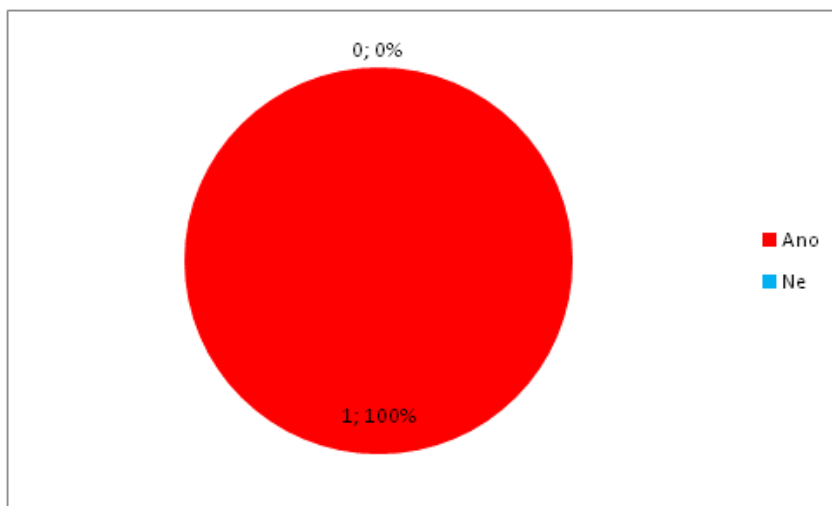
Graf č. 3 Pracovník krizového řízení



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 4 Pokud ANO- Je tento pracovník proškolen? Např. kurz krizové připravenosti

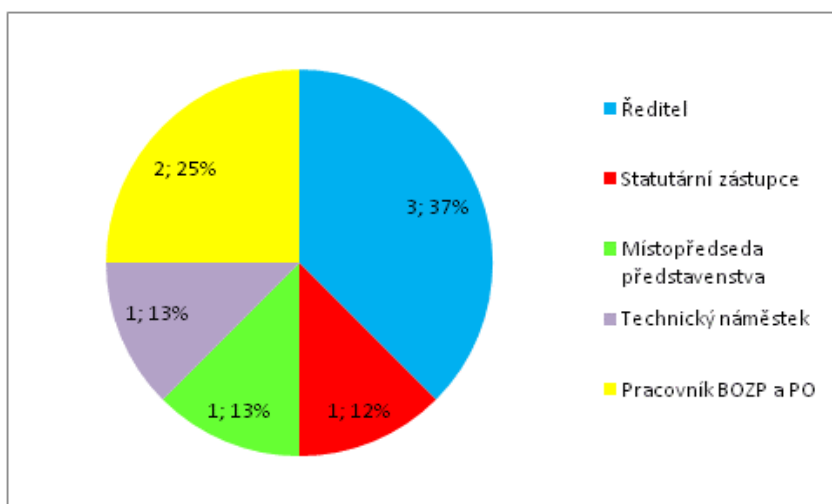
Graf č. 4 Proškolení pracovníka krizového řízení



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 5 Pokud Ne- Kdo je zodpovědný za činnost spojenou s vedením agendy krizové připravenosti?

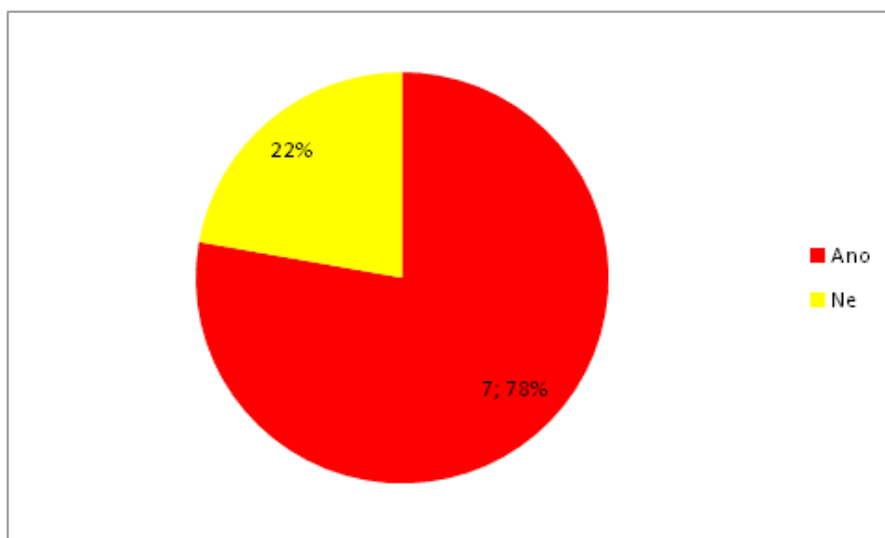
Graf č. 5 Pracovník odpovědný za krizovou připravenost



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 6 Je ve vašem zdravotnickém zařízení zřízen krizový štáb?

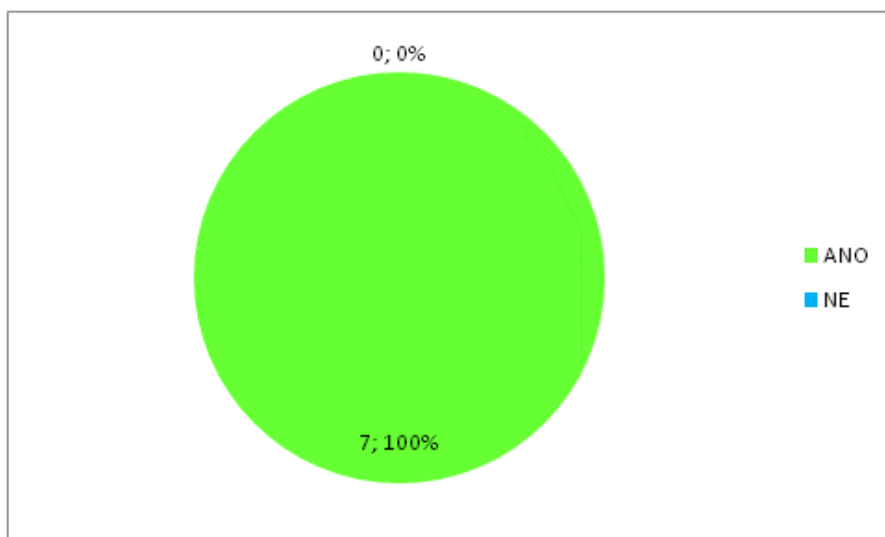
Graf č. 6 Krizový štáb



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 7 Pokud ANO- Je stanovena činnost krizového štábu vnitřním předpisem?

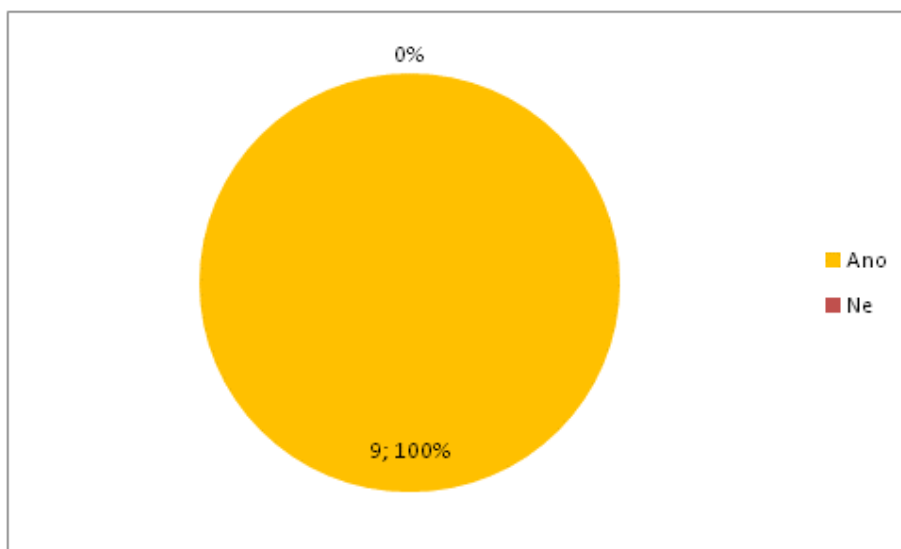
Graf č. 7 Vnitřní předpis upravující činnost krizového štábu



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 8 Je ve vašem zařízení zpracován traumatologický plán?

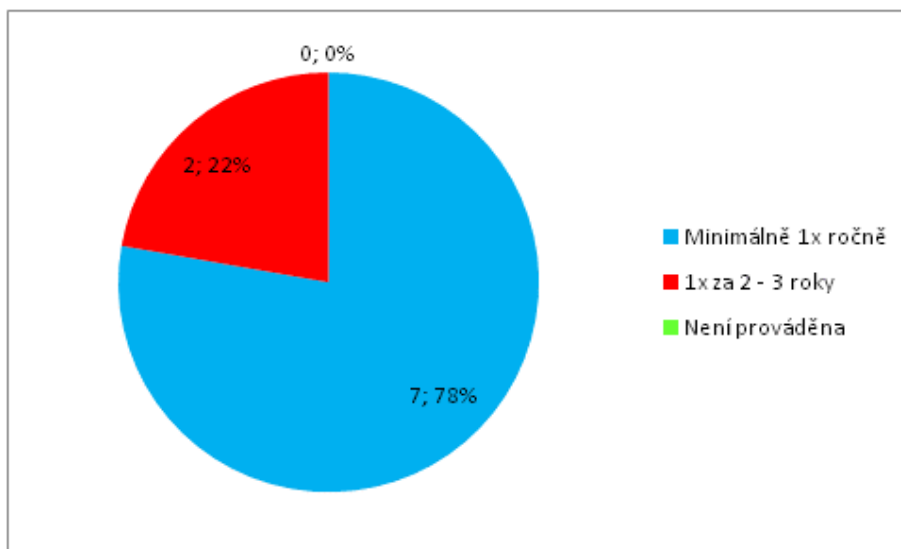
Graf č. 8 Traumatologický plán



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 9 Jak často je prováděna aktualizace traumatologického plánu?

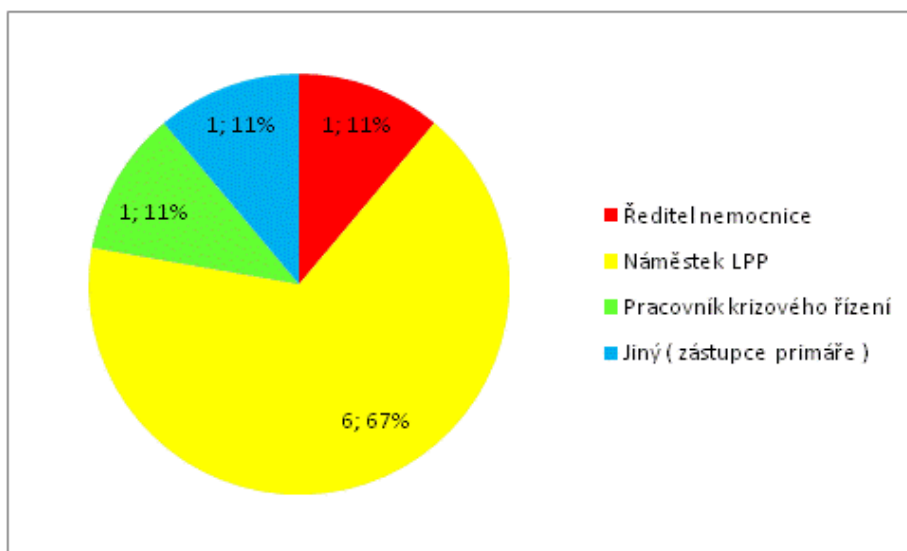
Graf č. 9 Aktualizace traumatologického plánu



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 10 Kdo je zodpovědný za aktualizaci údajů v traumatologickém plánu?

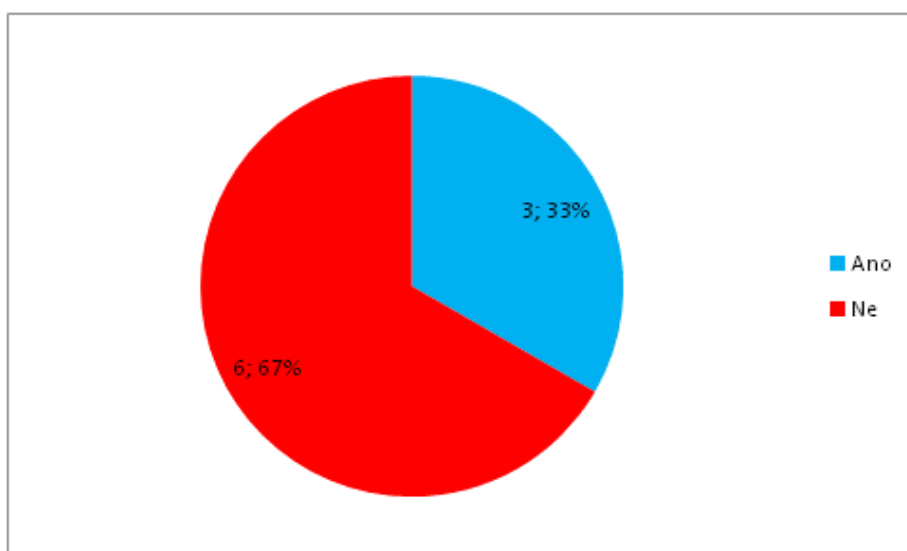
Graf č. 10 Osoba odpovědná za aktualizaci traumatologického plánu



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 11 Je prověřována funkčnost traumatologického plánu praktickým nácvikem?

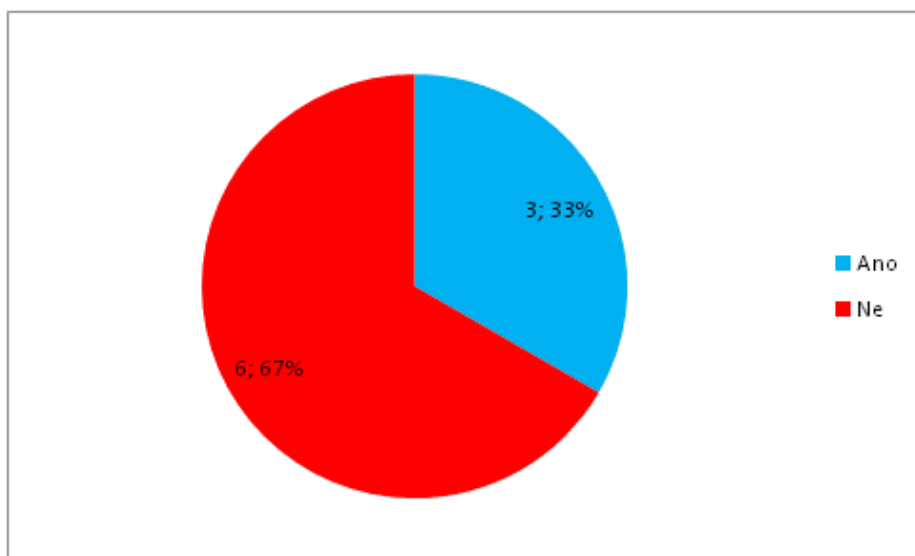
Graf č. 11 Praktický nácvik traumatologického plánu



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 12 Jak často je cvičení realizováno?

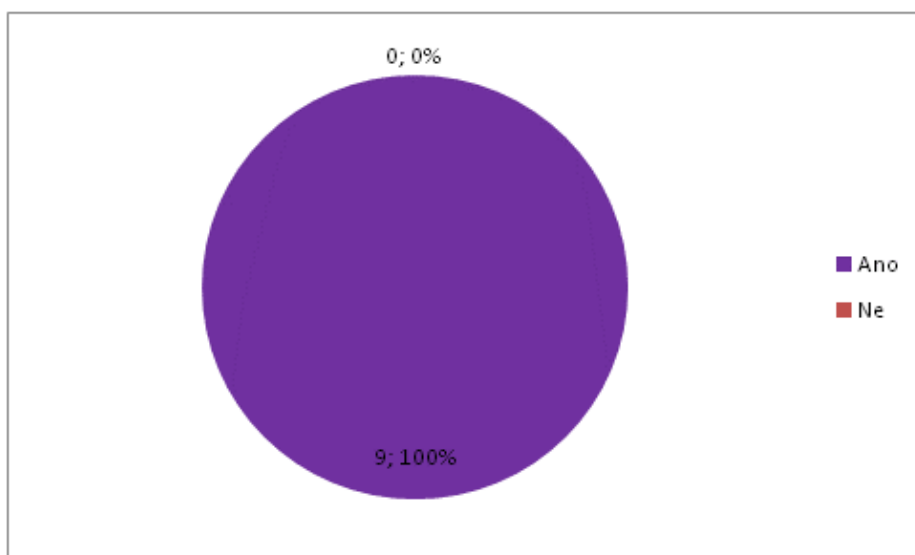
Graf č. 12 Četnost cvičení na prověření traumatologického plánu



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 13 Je ve vašem zařízení zpracován evakuační plán?

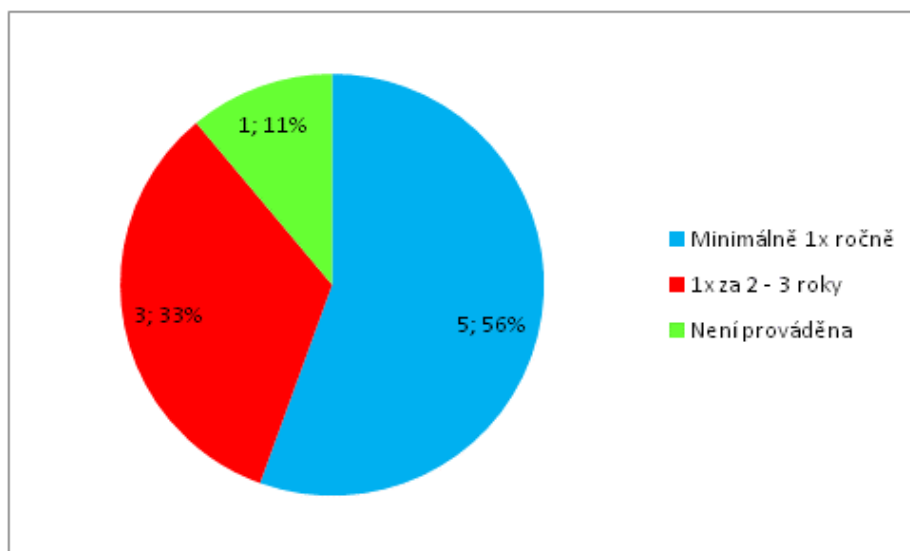
Graf č. 13 Evakuační plán



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 14 Jak často je prováděna aktualizace evakuačního plánu?

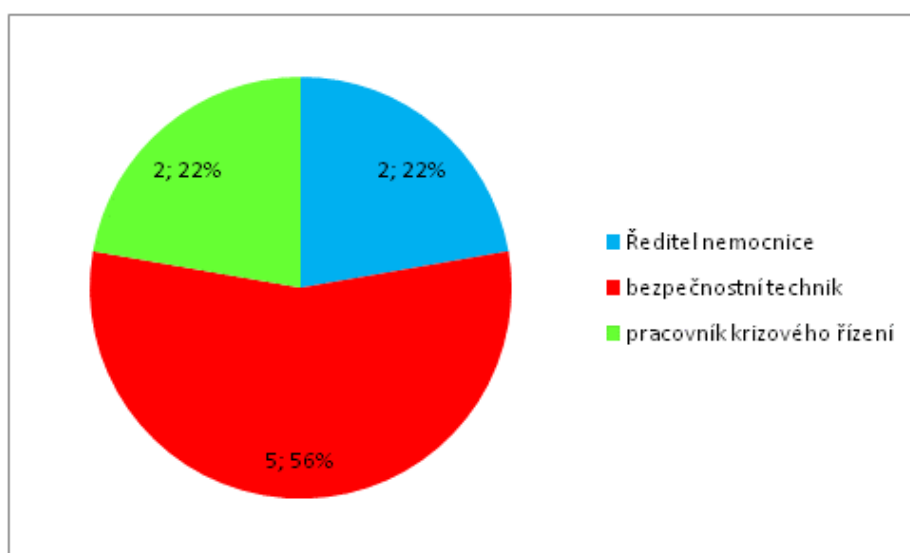
Graf č. 14 Aktualizace evakuačního plánu



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 15 Kdo je zodpovědný za aktualizaci údajů v evakuačním plánu?

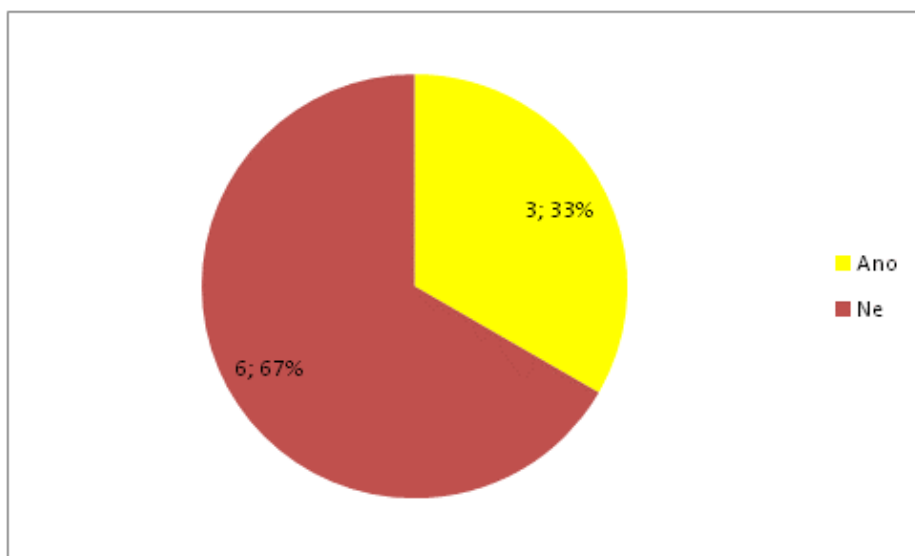
Graf č. 15 Osoba odpovědná za aktualizaci evakuačního plánu



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 16 Je prověřována funkčnost evakuačního plánu praktickým nácvikem?

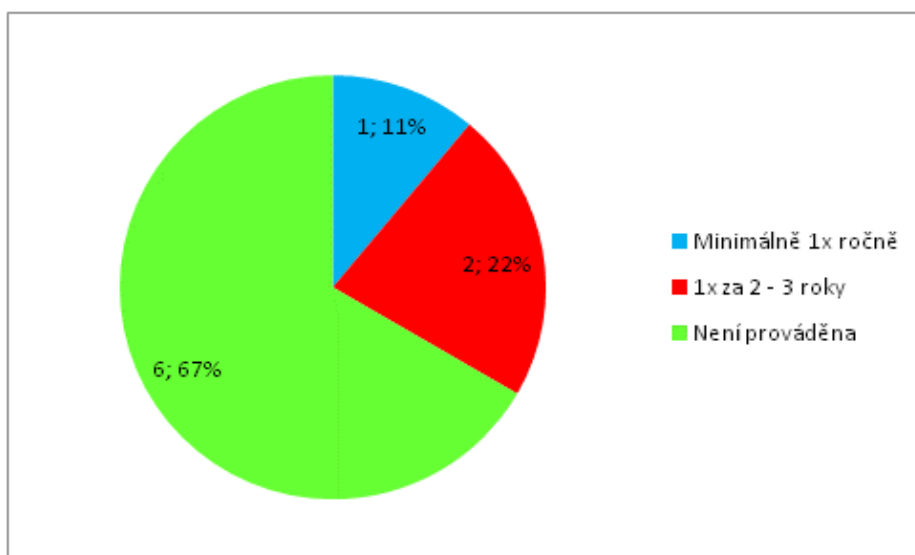
Graf č. 16 Praktický nácvik evakuačního plánu



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 17 Jak často je cvičení realizováno?

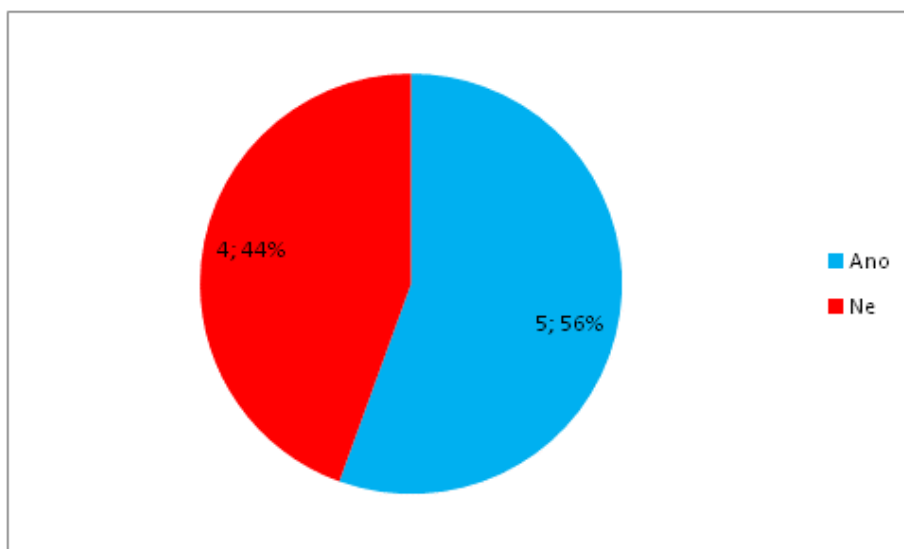
Graf č. 17 Četnost cvičení na prověření evakuačního plánu



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 18 Je ve vašem zařízení zpracován plán krizové připravenosti?

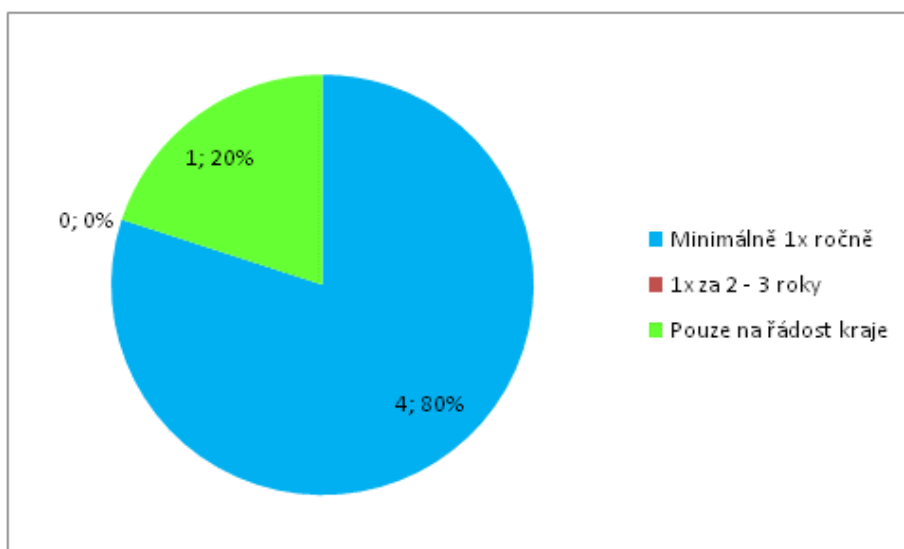
Graf č. 18 Plán krizové připravenosti



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 19 Jak často je prováděna jeho aktualizace?

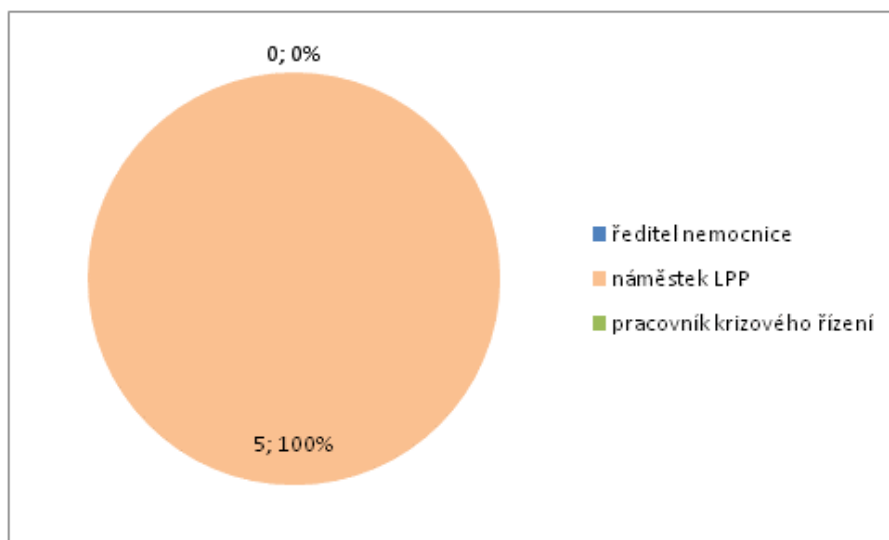
Graf č. 19 Aktualizace plánu krizové připravenosti



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 20 Kdo je zodpovědný na aktualizaci údajů v plánu krizové připravenosti?

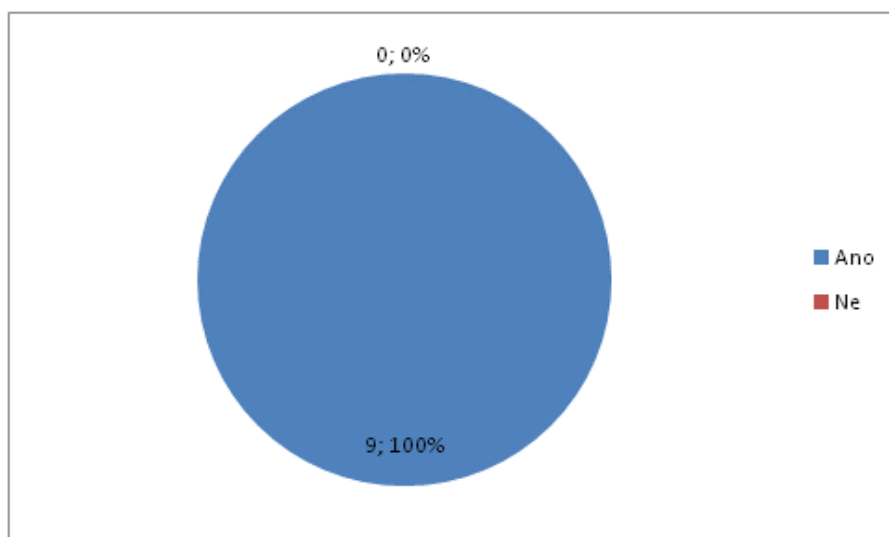
Graf č. 20 Osoba odpovědná za aktualizaci plánu krizové připravenosti



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 21 Je ve vašem zařízení zpracován plán hygienických a protiepidemických opatření?

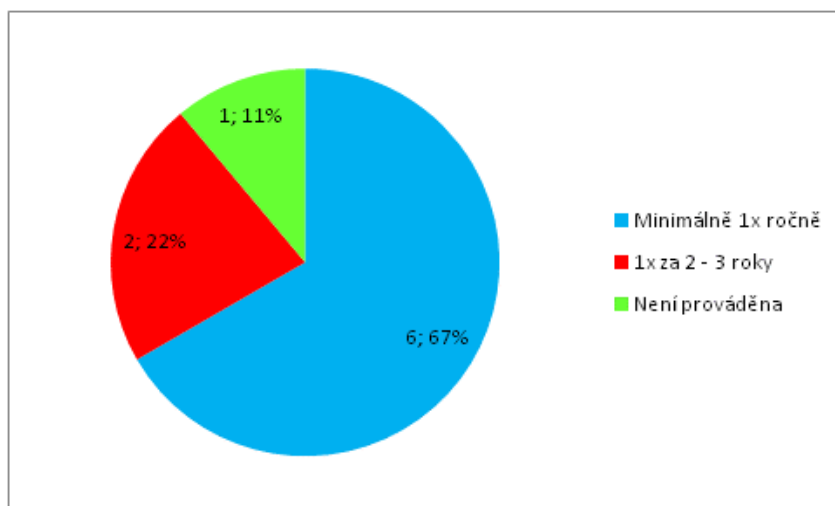
Graf č. 21 Plán hygienických a protiepidemických opatření



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 22 Jak často je prováděna aktualizace tohoto plánu?

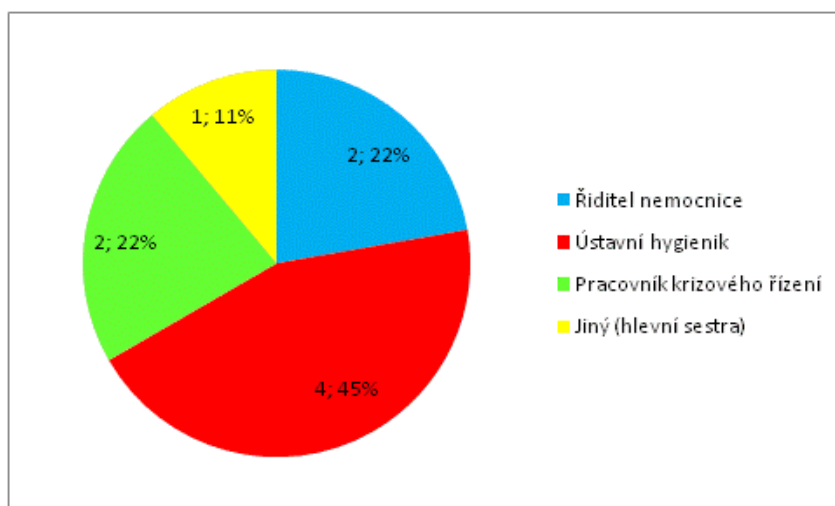
Graf č. 22 Aktualizace plánu hygienických a protiepidemických opatření



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 23 Kdo je zodpovědný za aktualizaci údajů v plánu hygienických a protiepidemických opatření?

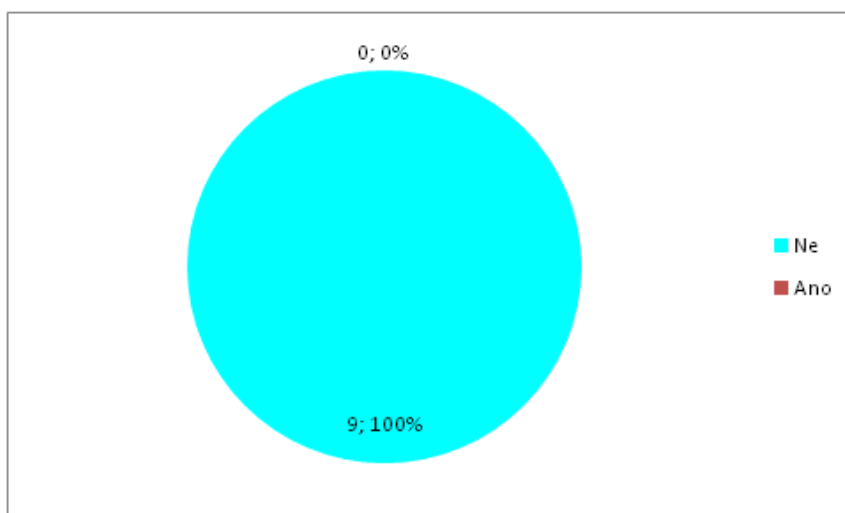
Graf č. 23 Osoba odpovědná za aktualizaci plánu hygienických a protiepidemických opatření



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 24 Jsou ve vašem zařízení zpracovány další typy plánů k řešení mimořádných událostí?

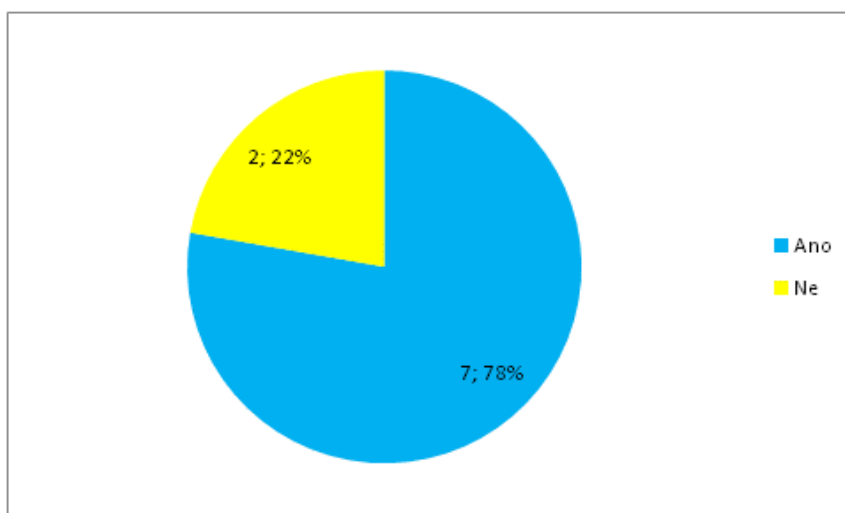
Graf č. 24 Další typy plánů



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 25 Uvítali byste možnost spolupráce s ostatními zdravotnickými zařízeními v kraji při přípravě a realizaci cvičení?

Graf č. 25 Možnost spolupráce s ostatními zdravotnickými zařízeními



Zdroj: Vlastní výzkum

Analýza dotazníku pro zdravotnická zařízení

Teoretická připravenost

Teoretická připravenost byla hodnocena pomocí 8 otázek se zaměřením na zpracování „základních“ typů plánů a jejich aktualizaci.

Na otázky č. 8, 13, 18 a 21 bylo možné odpovědět ano či ne. K odpovědi ano byl přidělen 1 bod, k odpovědi ne 0 bodů.

Na otázky č. 9, 14, 19 a 22 bylo možné zvolit z variant: minimálně 1x ročně (2body), 1x za 2 – 3 roky (1 bod) a není prováděna (0 bodů)

Maximálně bylo možné získat 12 bodů.

- Otázka č. 8 Je ve vašem zařízení zpracován traumatologický plán?
- Otázka č. 9 Jak často je prováděna jeho aktualizace?
- Otázka č. 13 Je ve vašem zařízení zpracován evakuační plán?
- Otázka č. 14 Jak často je prováděna jeho aktualizace?
- Otázka č. 18 Je ve vašem zařízení zpracován plán krizové připravenosti?
- Otázka č. 19 Jak často je prováděna jeho aktualizace?
- Otázka č. 21 Je ve vašem zařízení zpracován plán hygienických a protiepidemických opatření ?
- Otázka č. 22 Jak často je prováděna jeho aktualizace?

Tabulka č. 1 Teoretická připravenost

MAX. 12 bodů MIN. 0 bodů		Body za odpovědi na otázku								Celkem
Otázka		8.	9.	13.	14.	18.	19.	21.	22.	
Respondenti	1.	1	2	1	2	1	2	1	2	12
	2.	1	2	1	2	1	2	1	2	12
	3.	1	1	1	1	0	0	1	0	5
	4.	1	2	1	0	0	0	1	1	6
	5.	1	2	1	2	1	2	1	2	12
	6.	1	2	1	2	1	2	1	2	12
	7.	1	2	1	1	1	1	0	0	7
	8.	1	2	1	1	1	0	1	2	9
	9.	1	1	1	2	0	0	1	1	7

Zdroj: Vlastní výzkum

Průměr získaných bodů u všech respondentů činil 9,1 bodu.

Organizační připravenost

Organizační připravenost byla hodnocena pomocí čtyř otázek, které byly zaměřeny na pracovníka krizového řízení a krizový štáb. Na všechny vybrané otázky byla možná odpověď ano či ne. K odpovědi ano byl přiřazen 1 bod k odpovědi ne 0 bodů.

Maximálně bylo možné získat 4 body

- Otázka č. 3 Je ve vašem zařízení pracovník pověřený krizovým řízením?
- Otázka č. 4 Pokud ANO, je tento pracovník proškolen?
- Otázka č. 6 Je ve vašem zdravotnickém zařízení zřízen krizový štáb?
- Otázka č. 7 Pokud ANO, je stanovena činnost krizového štábu vnitřním předpisem?

Tabulka č. 2 Organizační připravenost

MAX. 4 bodů MIN. 0 bodů		Body za odpovědi na otázku				Celkem
Otázka		3.	4.	6.	7.	
Respondenti	1.	1	1	1	1	4
	2.	0	0	1	1	2
	3.	0	0	0	0	0
	4.	0	0	1	1	2
	5.	0	0	1	1	2
	6.	0	0	1	1	2
	7.	0	0	1	1	2
	8.	0	0	1	1	2
	9.	0	0	0	0	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrný počet získaných bodů u všech respondentů činil 1,8 bodu.

Praktická připravenost

Praktická připravenost byla zjišťována pomocí čtyř otázek, týkajících se na realizaci a četnost cvičení.

Na otázku č. 11 a 16 bylo možné odpovědět ano či ne. Za odpověď ano získal respondent 1 bod, za odpověď ne 0 bodů.

Na otázku č. 12 a 17 bylo možné odpovědět minimálně 1x za rok (2 body), 1x za 2 – 3 roky (1 bod) a není prováděno (0 bodů).

Maximálně bylo možné získat 6 bodů.

- Otázka č. 11 Je prověřována funkčnost traumatologického plánu praktickým nácvikem?
- Otázka č. 12 Jak často je cvičení realizováno? (TP)
- Otázka č. 16 Je prověřována funkčnost evakuačního plánu praktickým nácvikem?
- Otázka č. 17 Jak často je cvičení realizováno? (EP)

Tabulka č. 3 Praktická připravenost

MAX. 6 bodů MIN. 0 bodů		Body za odpovědi na otázku				Celkem
Otázka		11.	12.	16.	17.	
Respondenti	1.	1	1	0	0	2
	2.	0	0	1	2	3
	3.	0	0	1	1	2
	4.	0	0	0	0	0
	5.	1	1	0	0	2
	6.	1	1	0	0	2
	7.	0	0	1	1	2
	8.	0	0	0	0	0
	9.	0	0	0	0	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Průměr získaných bodů u všech respondentů činil 1,4 bodu.

Celková připravenost

Celková připravenost byla hodnocena jakou součet všech získaných bodů z předchozích ukazatelů.

Maximálně bylo možné získat 22 bodů.

Tabulka č. 4 Celková připravenost

MAX. 22 bodů MIN. 0 bodů		Body za odpověď na otázku			Celkem
Připravenost		Teoretická	Organizační	Praktická	
Respondenti	1.	12	4	2	18
	2.	12	2	3	17
	3.	5	0	2	7
	4.	6	2	0	8
	5.	12	2	2	16
	6.	12	2	2	16
	7.	7	2	2	11
	8.	9	2	0	11
	9.	7	0	0	7

Zdroj: Vlastní výzkum

Průměr celkově získaných bodů činil 12,3 bodu.

K ohodnocení celkové připravenosti bylo využito klasické školní známkování od 1 do 5 dle následující tabulky.

Tabulka č. 5 Hodnocení úrovně dle počtu bodů

Počet bodů	Hodnocení úrovně připravenosti
21 – 22 bodů	1 – výborná
19 – 20 bodů	2 – velmi dobrá
16 – 18 bodů	3 – dobrá
10 – 15 bodů	4 – špatná
Méně jak 10 bodů	5 – nedostačující

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle výše uvedeného hodnocení je průměrná, celková připravenost lůžkových zdravotnických zařízení Jihočeského kraje špatná (známka 3,9).

Individuální hodnocení ukázalo, že mají 4 zdravotnická zařízení celkovou připravenost dobrou, 2 zdravotnická zařízení špatnou a 3 zdravotnická zařízení dokonce nedostačující.

Tabulka č. 6 Srovnání připravenosti lůžkových zdravotnických zařízení Jihočeského kraje a Jihomoravského kraje

	ZZ Jihočeského kraje	ZZ Jihomoravského kraje
Teoretická připravenost*	9,1	9,9
Organizační připravenost*	1,8	2,8
Praktická připravenost*	1,4	4,4
Celková připravenost*	12,3	17,1
Hodnocení úrovně dle počtu bodů*	3,9	2,8

* Průměr získaných bodů

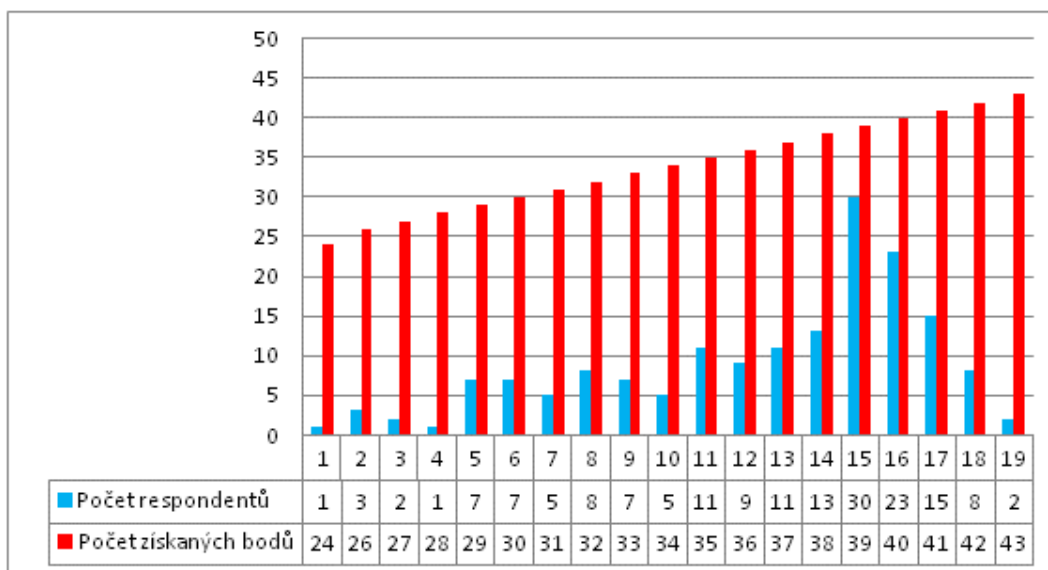
Zdroj: 1. Vlastní výzkum

2. NĚMEČKOVÁ, J. *Připravenost lůžkových zdravotnických zařízení Jihomoravského kraje nefakultního typu na mimořádné události*. Diplomová práce, JČU v Č.B. 2011.

3.2 Přípravenost zdravotnického personálu

Dotazník určený pro zdravotnický personál obsahuje 23 otázek. První tři otázky jsou zaměřeny na charakteristiku respondentů, zbývajících dvacet otázek má za úkol zjistit povědomí o problematice krizové připravenosti. Za každou správnou odpověď na vědomostní otázku získá respondent jeden bod. Tato část dotazníku je sepsána jako multiple-choice test a lze z něho získat 43 bodů.

Graf č. 26 Počet respondentů a získaných bodů



Zdroj: Vlastní výzkum

Přípravenost zdravotnického personálu jsem hodnotila klasickou školní klasifikací od 1 do 5. Výsledky jsou uvedeny v následující tabulce

Tabulka č. 7 Hodnocení připravenosti zdravotnického personálu NCB

Minimální počet získaných bodů	Klasifikace	Počet respondentů
39 bodů (90%)	1 – výborná	78
34 bodů (80%)	2 – velmi dobrá	49
30 bodů (70%)	3 – dobrá	27
26 bodů (60%)	4 – špatná	13
22 bodů (50%)	5 – nedostačující	1

Zdroj Vlastní výzkum

Průměrný počet získaných bodů činil 37, což odpovídá velmi dobré připravenosti (známka: 2).

Tabulka č. 8 Připravenost dle nejvyššího dosaženého vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Počet respondentů	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka	Aritmetický průměr získaných bodů
Střední škola s maturitou	36	41	24	5,1	33,9
Vyšší odborné (dis.)	35	42	29	3,9	35,9
Nižší vysokoškolské (Bc.)	44	42	29	3,1	38,1
Vysokoškolské (Mgr.,Ing.)	32	41	28	3,7	35,7
Vysokoškolské (PhD., Dr.)	21	43	38	1,5	40,6

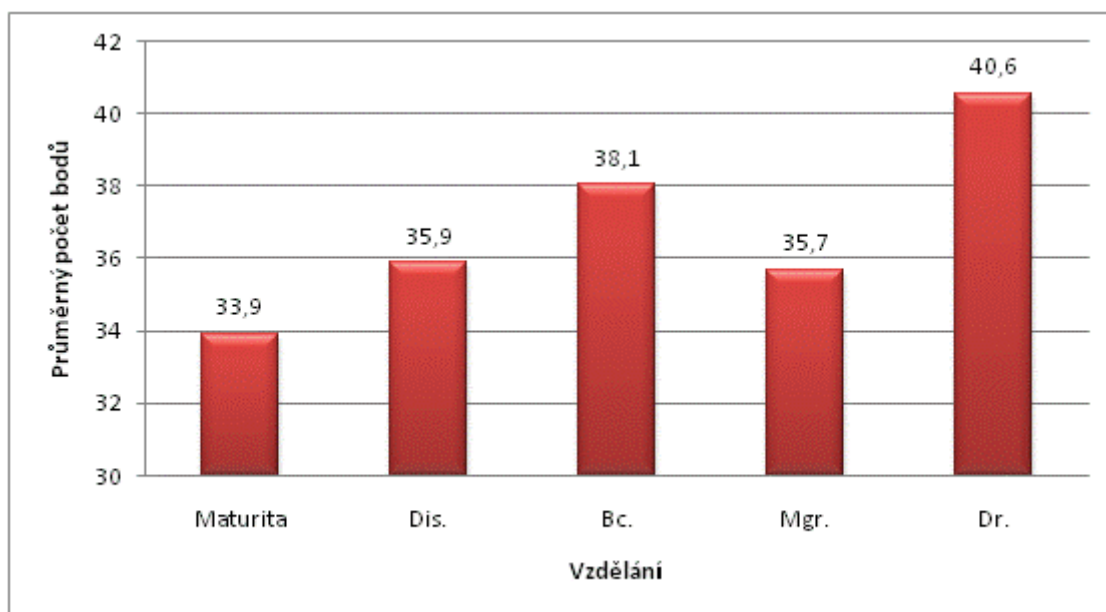
Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 9 Připravenost dle délky praxe

Délka zaměstnání v NCB	Počet respondentů	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka	Aritmetický průměr získaných bodů
Méně než rok	43	41	24	4,3	32,3
1 - 3 roky	68	43	29	2,9	38,1
Více než 3 roky	57	43	29	3,3	38,0

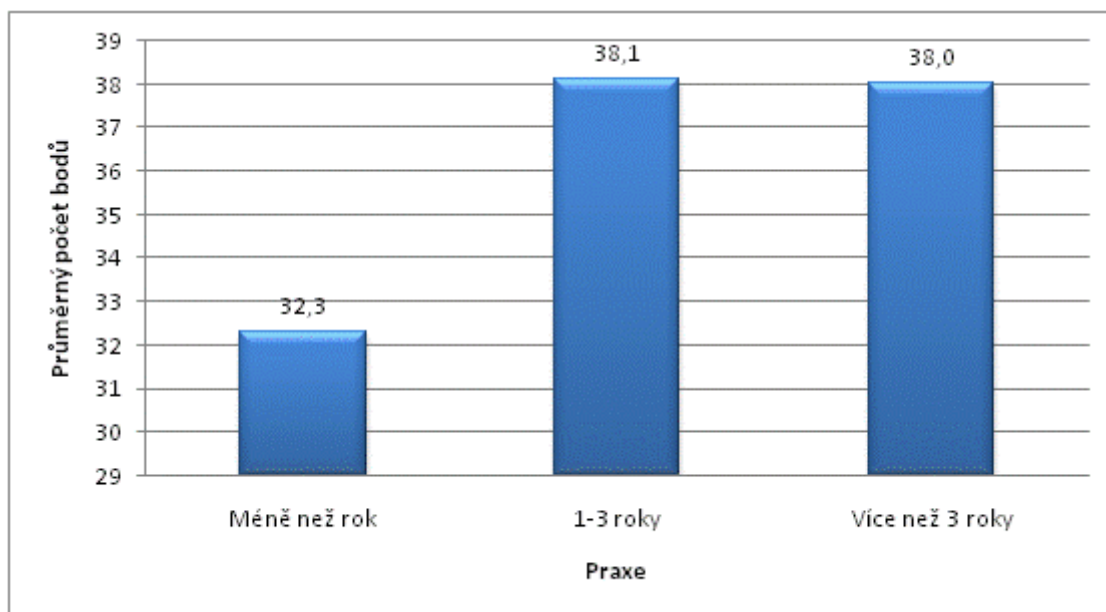
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf. č. 27 Průměrný počet bodů x nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 28 Průměrný počet bodů x délka praxe v Nemocnici Č.B.



Zdroj: Vlastní výzkum

3.3 Testování hypotéz

Test normality (Shapiro – Wilk)

Tabulka č. 10 Test normality

	Signifikance (p)
Nejvyšší dosažené vzdělání	<0,001
Délka praxe v NCB	<0,001
Informovanost personálu	<0,001

Zdroj: Vlastní výzkum

Ani jedna z proměnných nemá normální rozdělení ($p < 5\%$). V tomto případě nelze použít Pearsonův korelační koeficient, proto je využit Spearmanův korelační koeficient.

Neparametrická korelace – Spearmanův korelační koeficient

Tabulka č. 11 Neparametrická korelace

Neparametrická korelace				
		body		
		Korelační koeficient	Dosažená hladina významnosti	Počet pozorování
Spearmanovo ρ	praxe	0,428	<0,001	168
	vzdělání	0,363	<0,001	168

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabelovaná hodnota Spearmanova korelačního koeficientu pro hladinu významnosti $p = 5\%$ a počet pozorování $n = 168$ je v obou případech překročena, což ukazuje na existující korelaci. Navíc dosažená hladina významnosti p je $<0,001$ ($p < 5\%$), což potvrzuje stejný závěr – korelováno.

4 Diskuse

Připravenost resortu zdravotnictví je důležitým faktorem úspěšného a rychlého zvládnutí mimořádných událostí a krizových stavů. Tato připravenost je nejdůležitější u zařízení jako jsou fakultní nemocnice zřizované ministerstvem zdravotnictví, protože jsou zařazeny mezi ostatní složky IZS. Tato zařízení se však v Jihočeském kraji nevyskytují. Lůžkových zdravotnických zařízení je v Jihočeském kraji minimum. Dle dat získaných z Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR je celkem 13 zřizovatelů zařízení. Proto jsem nemohla ve své práci specifikovat podmínky výběru respondentů a zařazena byla všechna lůžková zdravotnická zařízení. Všechna tato zařízení se také podílí na připravenosti zdravotnictví jako celku.

V druhé polovině empirické části diplomové práce byla hodnocena připravenost zdravotnického personálu lůžkových zdravotnických zařízení. Každé toto zařízení má své vnitřní předpisy, traumatologický, evakuační plán a jiné krizové plány, ale taky svá specifická rizika, proto nebylo možné vytvořit jednotný dotazník. Z tohoto důvodu jsem vybrala Nemocnici České Budějovice jakožto krajskou nemocnici s největším počtem lůžek a zaměstnanců. Dotazník byl tvořen pouze z jejích vnitřních předpisů a zároveň rozdán pouze v tomto zařízení.

Analýza dotazníků pro lůžková zdravotnická zařízení byla členěna do čtyř částí a to na teoretickou, praktickou, organizační připravenost a celkovou připravenost.

Zhodnocení teoretické připravenosti přinesla nejlepší výsledky z uvedených částí. Průměrný počet získaných bodů činil 9,1, kdy maximálně bylo možné získat 12 bodů. Pokud toto srovnáme s průměrným počtem získaných bodů v Jihomoravském kraji, který činil 9,9, je rozdíl zanedbatelný. To předčilo mé očekávání, vzhledem k tomu, že ve výzkumu Mgr. Němečkové byla oslovena pouze zařízení uvedena v traumatologickém plánu kraje. Všechna zdravotnická zařízení měla zpracován traumatologický a evakuační plán. Mezery byly v jejich aktualizaci, za což dle mého názoru může absence legislativy, která by určovala přesný interval. Tři zařízení neměly

vůbec zpravován plán krizové připravenosti. V Jihomoravském kraji je přímo určená firma zpracovávající základní formu plánu krizové připravenosti pro všechna zdravotnická zařízení. V Jihočeském kraji nic takového dle výsledků není, což má za následek horší připravenost. Jedna z otázek byla také zaměřena na plán hygienických a protiepidemických opatření, který by měl být dle mého názoru povinností každého zdravotnického zařízení. Tento plán však v jednom případě chybí. Doplnující otázka z oblasti plánů se týkala osoby, která je zodpovědná za jejich aktualizaci. Za aktualizaci traumatologického plánu zodpovídá nejčastěji náměstek LPP (67%), ale také byl uveden ředitel nemocnice, pracovník krizového řízení a zástupce primáře. Za evakuační plán zodpovídá bezpečnostní technik (56%), ředitel nemocnice (22%) a pracovník krizového řízení (22%). Za aktualizaci plánu krizové připravenosti je zodpovědný pouze náměstek LPP (100%). Za aktualizaci plánu Hygienických a protiepidemických opatření je logicky zodpovědný nejčastěji ústavní hygienik (45%), v ostatních případech, kde dle mého názoru vlastního ústavního hygienika nemají, tuto funkci převzal ředitel zařízení (22%), pracovník krizového řízení (22%) a hlavní sestra (11%). Překvapující bylo, že ředitel zařízení se jako odpověď objevil pouze pomálu. Také mě velmi překvapilo, že nejmenované zařízení na otázku, zda mají pracovníka krizového řízení, odpovědělo, že ne, ale tento neexistující pracovník je zároveň zodpovědný za aktualizaci evakuačního plánu i plánu hygienických a protiepidemických zařízení.

Dalším zjišťovaným ukazatelem je připravenost organizační, která se zabývá pracovníkem krizového řízení a krizovým štábem. V tomto případě Jihočeský kraj značně pokulhává oproti kraji Jihomoravskému. Průměrný počet získaných bodů je 1,8 ze 4, které bylo možné získat. V Jihomoravském kraji byl průměrný počet získaných bodů 2,8. Dle mého názoru je nepřijatelné, aby pouze jedno zdravotnické zařízení mělo svého proškoleného pracovníka krizového řízení. Pokud není přítomný erudovaný odborník, zabývající se hlavně krizovým managementem, nemůže být krizová připravenost na vysoké úrovni. Ostatní zařízení uvedla, že tuto činnost vykonává ředitel nemocnice (37%), statutární zástupce (13%), místopředseda představenstva (13%), technický náměstek (13%), pracovník BOZP a PO (25%). Ke každé této funkci připadá i mnoho jiných úkolů a činností. Proto krizovou připravenost řeší pouze povrchově a né

tak kvalitně na rozdíl od pracovníka, který to má jako hlavní náplň práce. Jako pozitivní a neočekávaný výsledek shledávám, že většina zařízení má svůj krizový štáb a stanovenou jeho činnost vnitřním předpisem (78%).

Dalším pracovním ukazatelem byla praktická připravenost, zabývající se realizací cvičení. V této části dopadl Jihočeský kraj nejhůře. Průměrný počet získaných bodů činil 1.4 z šesti, které bylo možné získat. Pouze tři zdravotnická zařízení provádí praktický nácvik, kterým je prověřována funkčnost evakuačního a traumatologického plánu. Toto cvičení je realizováno 1x za 2 až 3 roky. Jedno zařízení realizuje cvičení k evakuačnímu plánu každý rok. Jihomoravský kraj je na tom podstatně lépe. Průměrný počet získaných bodů činil 4,4.

Celková připravenost byla hodnocena pomocí klasifikace, která se používá ve školním známkování od 1 do 5. Průměrný počet získaných bodů činil 12.3 z 22 možných bodů, což odpovídá při zaokrouhlení známce 4, tedy špatné připravenosti. Individuální hodnocení ukázalo, že mají 4 zdravotnická zařízení celkovou připravenost dobrou, 2 zdravotnická zařízení špatnou a 3 zdravotnická zařízení dokonce nedostačující. Výsledky výzkumu ukazují, že připravenost zdravotnických zařízení Jihomoravského kraje je o stupeň lepší než v kraji Jihočeském.

Tento rozdíl může dle mého názoru být tím, že ve výzkumu Mgr. Němečkové byly osloveny pouze větší zařízení uvedené v traumatologickém plánu kraje. Také to může být častějším výskytem živelných pohrom či jiných mimořádných událostí. Nebo větším zájmem a apelací na zdravotnická zařízení ze strany hejtmana či ostatních orgánů kraje.

Připravenost zdravotnického personálu byla prověřována v Nemocnici České Budějovice a. Dotazník byl tvořen z traumatologického plánu, evakuačního plánu, plánu požární ochrany a dalších vnitřních předpisů. Všechny informace jsou zaměstnancům nemocnice přístupné a je jejich povinností je znát. Probíhá také pravidelné školení dané problematiky. Dotazník byl rozdan zdravotním sestřám či asistentům a lékařům.

Šetření dopadlo nad mé očekávání. Výsledky byly hodnoceny klasickou školní klasifikací od 1 do 5 podle počtu získaných bodů. 78 respondentů prokázalo výbornou znalost problematiky, 49 velmi dobrou, 27 dobrou, 13 špatnou a pouze jeden respondent získal počet bodů odpovídající připravenosti nedostatečné. Na dotazníku tohoto respondenta bylo znát, že mu nevěnoval dostatek času a pozornosti. Průměrný počet získaných bodů činil 37, což odpovídá velmi dobré připravenosti (známka 2).

Rozdíly v připravenosti jsem přisuzovala odlišnému vzdělání a délce praxe. Obě tyto teorie se mi potvrdily. Co se týče nejvyššího dosaženého vzdělání, byl rozdíl v průměrném počtu získaných bodů velmi znatelný. Absolventi střední školy s maturitou průměrně získali 33,9 bodů, sestry s vyšším odborným vzděláním získaly průměrně 35,9 bodů, vysokoškoláci s titulem Bc. získaly průměrně 38,1 bodů a ti s titulem Mgr. či Ing. 35,7. Zde je vidět menší odchylka od potvrzené teorie. Je to tím, že většina zdravotních sester s úplným vysokoškolským vzděláním má zase naopak malou praxi v zařízení, což byl druhý potvrzený faktor. Nejlépe ve výzkumu dopadli doktoři, jejichž průměrný počet získaných bodů je 40,6. Také měli nejstabilnější výsledky, které se pohybovaly mezi 38 a 43 body. Dle mého názoru je tento trend způsoben vyšší odpovědností při mimořádné události, ale i ochotou se vzdělávat a získávat nové znalosti a zkušenosti.

Dalším potvrzeným faktorem ovlivňujícím znalosti zdravotnického personálu nemocnice je délka praxe v daném zařízení. Po zaokrouhlení získali zdravotníci s praxí méně než rok průměrných 32 bodů. Oproti tomu ti, kteří měli praxi 1 – 3 roky nebo více než 3 roky, získali shodný průměr 38 bodů. To je dle mého názoru tím, že první skupina absolvovala pouze vstupní školení, naproti tomu druhá a třetí skupina byla již školená několikrát. Také probíhalo v zařízení zjišťování znalostí v podobě zkušebního testu a další aktivity prohlubující s délkou praxe i znalosti a dovednosti.

Na závěr lze souhrnně říci, že připravenost lůžkových zdravotnických zařízení Jihočeského kraje je na špatné úrovni, což je třeba změnit hlavně zpřísněním legislativy. Naproti tomu připravenost zdravotnického personálu Nemocnice České Budějovice je na úrovni velmi dobré.

5 Závěr

Ze stanoveného tématu „Připravenost lůžkových zdravotnických zařízení Jihočeského kraje a jejich zdravotnického personálu na řešení mimořádných událostí“ vyplívá, že popisovanou problematikou je krizová připravenost zdravotnického personálu a lůžkových zdravotnických zařízení.

Cílem mé práce bylo zmapovat připravenost lůžkových zdravotnických zařízení Jihočeského kraje na možný vznik mimořádných událostí v rámci zařízení či mimo něj a informovanost zdravotnického personálu o možných rizicích a o případném řešení mimořádné události v rámci zařízení. Také jsem chtěla zjistit, zda všechna zdravotnická zařízení mají své oddělení krizového řízení a mají zpracován a aktualizován evakuační plán, plán krizové připravenosti a další dokumenty, týkající se dané problematiky. Také zda probíhá ve zdravotnických zařízeních Jihočeského kraje praktický nácvik krizové připravenosti.

Pro účely diplomové práce jsem si stanovila čtyři hypotézy, které byly po následném statistickém vyhodnocení potvrzeny či vyvráceny.

Hypotéza 1: Lůžková zdravotnická zařízení Jihočeského kraje mají pracovníka krizového řízení, zpracovány aktualizované základní plány pro řešení mimořádných událostí a svůj krizový štáb

- Na základě výsledků získaných dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že pracovníka krizového řízení má pouze jedno zdravotnické zařízení, že některá zdravotnická zařízení nemají zpracovány základní plány krizové připravenosti a dvě zdravotnická zařízení nemají krizový štáb.
- Hypotéza nepotvrzena

Hypotéza 2: Žádná lůžková zdravotnická zařízení Jihočeského kraje neprovádí praktický nácvik krizové připravenosti

- Na základě výsledků získaných dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že tři zdravotnická zařízení organizují praktický nácvik pro ověření funkčnosti traumatologického plánu a tři zdravotnická zařízení provádí praktické cvičení pro ověření funkčnosti plánu evakuačního.
- Hypotéza nepotvrzena

Hypotéza 3: Mezi informovaností zdravotnického personálu o dané problematice a délkou jejich praxe existuje pozitivní korelace

- Na základě statistického zhodnocení dat získaných dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že existuje závislost mezi informovaností zdravotnického personálu o dané problematice a jejich délkou praxe.
- Hypotéza potvrzena

Hypotéza 4: Mezi informovaností zdravotnického personálu o dané problematice a jejich nejvyšším dosaženým vzděláním existuje pozitivní korelace

- Na základě statistického zhodnocení dat získaných dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že existuje závislost mezi informovaností zdravotnického personálu o dané problematice a jejich nejvyšším dosaženým vzděláním.
- Hypotéza potvrzena

Uvedená diplomová práce upozorňuje na důležitost připravenosti lůžkových zdravotnických zařízení na mimořádnou událost. Současně může být využita jako studijní materiál nebo jako podklad pro další výzkum.

Závěrem je také nutné říci, že je zbytečné doporučovat cvičení, školení či jiné potřebné aktivity ke zlepšení krizové připravenosti, protože jediný způsob jak něco změnit či vylepšit je zakotvení v legislativě. A ani to není vše. Důležité je, aby také byly uvedeny sankce za nedodržení povinnosti a způsob jejich vymáhání či realizace. Do té doby se nic nezmění.

6 Seznam informačních zdrojů

1. **MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY.** Pojmy: Bezpečnost. *Ministerstvo vnitra České republiky: Efektivní veřejná správa.* [Online] © 2010. [Citace: 28. 7 2013.] Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/pojmy-bezpecnost.aspx>.
2. **HLAVÁČKOVÁ D., ŠTOREK J., FIŠER V.** *Krizová připravenost zdravotnictví.* Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. ISBN 978-80-7013-452-8.
3. **MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY.** Pojmy: Hrozba. *Ministerstvo vnitra České republiky.* [Online] © 2010 . [Citace: 1. 8 2013.] <http://www.mvcr.cz/clanek/hrozba.aspx>.
4. **MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY.** Pojmy: Kritická infrastruktura. *Ministerstvo vnitra České republiky: Efektivní veřejná správa.* [Online] © 2010 . [Citace: 8. 7 2013.] <http://www.mvcr.cz/clanek/kriticka-infrastruktura.aspx>.
5. **HORÁK, R., KRČ, M. a ONDRUŠ, R.** *Průvodce krizovým řízením pro veřejnou správu.* Praha : Linde Praha, a.s., 2004. ISBN 80-720-1471-4.
6. **MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY.** Pojmy: Krizová opatření. *Ministerstvo vnitra České republiky: eGovernment.* [Online] © 2010 . [Citace: 8. 7 2013.] <http://www.mvcr.cz/clanek/krizova-opatreni.aspx>.
7. **MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY.** Pojmy: Krizová situace. *Ministerstvo vnitra České republiky.* [Online] © 2010 . [Citace: 8. 7 2013.] <http://www.mvcr.cz/clanek/pojmy-krizova-situace.aspx>.
8. **MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY.** Pojmy: Krizový stav. *Ministerstvo vnitra České republiky: Efektivní veřejná správa.* [Online] © 2010 . [Citace: 8. 7 2013.] <http://www.mvcr.cz/clanek/krizovy-stav.aspx>.
9. **MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY: Odbor bezpečnosti politiky.** *Terminologický slovník pojmů z oblasti krizového řízení a plánování obrany*

státu. [Online] Praha © 2009 . [Citace: 20. 7 2013.]. Dostupné z: <http://www.kr-stredocesky.cz/portal/instituce/krizove-rizeni/terminologicky-slovník/>.

10. **MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY**. Pojmy: Orgány krizového řízení. *Ministerstvo vnitra České republiky: eGovernment*. [Online] © 2010 . [Citace: 5. 7 2013.] <http://www.mvcr.cz/clanek/organy-krizoveho-rizeni.aspx>.

11. **ANTUŠÁK, E. a KOPECKÝ, Z.** *Krizový management: úvod do teorie*. Praha : Oeconomica, 2006. ISBN 80-245-0951-2.

12. *Zákon č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení a o změně některých zákonů (krizový zákon)*. v platném znění.

13. **ŠPAČEK, F.** Integrovaný záchranný systém. *Hasičský záchranný sbor České republiky*. [Online] 26. 6 2009. [Citace: 4. 8 2013.] <http://www.hzscr.cz/clanek/integrovaný-zachranny-system.aspx>.

14. **ŠENOVSÝ, M., V., ADAMEC a Z., HANUŠKA.** *Integrovaný záchranný systém*. Ostrava : Spektrum , 2007. ISBN 978-80-7385-007-4.

15. **MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY.** *Koncepce hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví*. [Online] © 2013 . [Citace: 20. 7 2013.]. Dostupné z: http://www.hygpaha.cz/files/18183%20Koncepce_hygienicke_sluzby_2013.pdf.

16. **NAVRÁTIL, L.; et kol.** Některé závěry z ustanovení základních předpisů. *Základy medicíny katastrof*. [Online] [Citace: 16. 7 2013.] <http://zsf.sirdik.org/kapitola1/1-4-1-nejktere-zavery-z-ustanoveni-zakladnich-predpisu>.

17. *Ústavní zákon č. 110/1998 Sb., o bezpečnosti České republiky v platném znění*.

18. *Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému v platném znění*.

19. *Zákon č. 241/2000 Sb., o hospodářských opatřeních pro krizové stavy a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 320/2002 Sb.*

20. *Zákon č. 222/1999 Sb., o zajištění obrany České republiky, ve znění pozdějších předpisů.*
21. *Zákon České národní rady č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky, ve znění pozdějších předpisů.*
22. *Zákon č. 131/2000 Sb., o hlavním městě Praze, ve znění pozdějších předpisů.*
23. *Zákon č. 129/2000 Sb., o krajích (krajské zřízení), ve znění pozdějších předpisů.*
24. *Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích (obecní zřízení), ve znění pozdějších předpisů.*
25. *Zákon č. 97/1993 Sb., o působnosti Správy státních hmotných rezerv, ve znění pozdějších předpisů.*
26. *Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.*
27. *Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.*
28. *Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.*
29. *Zákon č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních a o změně některých zákonů, v platném znění.*
30. *Vyhláška MZ ČR č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě ve znění pozdějších předpisů.*
31. *Vyhláška č. 242/1991 Sb. o soustavě zdravotnických zařízení okresními úřady a obcemi, v platném znění.*
32. *Zákon č. 238/2000 Sb., o Hasičském záchranném sboru ČR a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.*
33. *Zákon č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, ve znění dle pozdějších změn a doplňků, v platném znění.*

34. *Zákon č. 59/2006 Sb., o prevenci závažných havárií způsobených vybranými nebezpečnými chemickými látkami nebo chemickými přípravky, v platném znění.*
35. *Vyhláška č. 103/2006 Sb., o stanovení zásad pro vymezení zóny havarijního plánování a o rozsahu a způsobu vypracování vnějšího havarijního plánu, v platném znění.*
36. *Vyhláška č. 237/2000 Sb., o požární ochraně, v platném znění.*
37. **URBAN, R., BAKOŠ, E. a KUDÁK, A.** *Ekonomika a logistika krizových situací v ochraně obyvatelstva II.* Brno : Univerzita obrany, 2012. ISBN 978-80-7231-912-1.
38. **NAVRÁTIL, L. et kol.** *Organizace krizového řízení ve zdravotnictví. Základy medicíny katastrof.* [Online] [Citace: 24. 7 2013.] Dostupné z: <http://zsf.sirdik.org/kapitola1/1-3-2-organizace-krizoveho-rizeni-ve-zdravotnictvi> .
39. **MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY.** *Krizové řízení. Ministerstvo zdravotnictví České republiky.* [Online] 21. 11 2011. [Citace: 25. 7 2013.] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/krizove-rizeni_1016_3.html.
40. **JIHOČESKÁ UNIVERZITA (ZSF).** *Organizace krizového řízení a působnost orgánů krizového řízení ve zdravotnictví: doplňkové texty pro posluchače kombinované formy studia studijního programu „Ochrana obyvatelstva“.* [Online] České Budějovice © 2007 . [Citace: 20. 7 2013.]. Dostupé z: http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=3&ved=0CDwQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.zsf.jcu.cz%2Fcs%2Fkatedra%2Fkatedra-radiologie-toxikologie-a-ochrany-obyvatelstva%2Fkra%2Finformace-pro-studenty%2Fucebni_texty%2Fochrana-oby.
41. **ZEMAN, M. a MIKA, O.** *Integrovaný záchranný systém.* Brno : Vysoké učení technické v Brně, Fakulta chemická, 2007. ISBN 978-80-214-3448-6.
42. **MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY.** *Psychologická intervence. Ministerstvo zdravotnictví České republiky.* [Online] 18. 10 2011. [Citace:

20. 7 2013.] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/psychologicka-intervence_1637_3.html.

43. **FIŠER, V.** *Krizové řízení v oblasti zdravotnictví: učební text pro kurs zvláštní odborné způsobilosti*. [Online] Praha © 2006 . [Citace: 20. 7 2013.]. Dostupné z: [https://www.google.cz/#bav=on.2,or.r_cp.r_qf.&fp=4cf3e91acf8ccbb&q=Krizov%C3%A9%99%C3%ADzen%C3%AD+v+oblasti+zdravotnictv%C3%AD+-+u%C4%8Debn%C3%AD+text+pro+kurs+zvl%C3%A1tn%C3%AD+odborn%C3%A9+zp%C5%AFsobilosti+\(Fi%C5%A1er\)%2C+2006](https://www.google.cz/#bav=on.2,or.r_cp.r_qf.&fp=4cf3e91acf8ccbb&q=Krizov%C3%A9%99%C3%ADzen%C3%AD+v+oblasti+zdravotnictv%C3%AD+-+u%C4%8Debn%C3%AD+text+pro+kurs+zvl%C3%A1tn%C3%AD+odborn%C3%A9+zp%C5%AFsobilosti+(Fi%C5%A1er)%2C+2006).

44. **KÖNIGOVÁ, M.** *Právní rámec krizového plánování v České republice*. [Online]. [Citace: 20. 7 2013.] Dostupné z: http://www.agris.cz/Content/files/main_files/72/150781/73Konigova.pdf.

45. **HRABÁNKOVÁ, M. a PROCHÁZKOVÁ, D.** *Krizový management*. České Budějovice : Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta, 2004. ISBN 80-7040-678-X.

46. **ŠENOVSKÝ, M., ADAMEC, V. a VANĚK, M.** *Bezpečnostní plánování*. Ostrava : Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství, 2006. ISBN 80-86634-52-3.

47. **GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ HASIČSKÉHO ZÁCHRANNÉHO SBORU ČR.** *Plán krizové připravenosti. Liberecký kraj: Hasičský záchranný sbor České republiky*. [Online] © 2010 . [Citace: 13. 7 2013.] Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/clanek/plan-krizove-pripravenosti.aspx>.

48. **HORÁK, R. et al.** *Průvodce krizovým plánováním pro veřejnou správu: [prevence řešení mimořádných krizových situací]*. Praha : Linde , 2011. ISBN 978-80-7201-827-7.

49. **GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ HASIČSKÉHO ZÁCHRANNÉHO SBORU ČR.** *Havarijní plánování. Olomoucký kraj: Hasičský záchranný sbor České republiky*. [Online] © 2010 . [Citace: 20. 7 2013.] Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/clanek/menu-krizove-rizeni-a-cnp-krizove-a-havarijni-planovani-krizove-a-havarijni-planovani.aspx>.

50. **GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ HASIČSKÉHO ZÁCHRANNÉHO SBOR ČR.** Havarijní plánování. *Plzeňský kraj: Hasičský záchranná sbor České republiky.* [Online] © 2010 . [Citace: 20. 7 2013.] Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/clanek/havarijni-planovani.aspx>.
51. **NAVRÁTIL V. et al.** Havarijní plán. *Základy medicíny katastrof.* [Online]. [Citace: 21. 7 2013.] Dostupné z: <http://zsf.sirdik.org/kapitola4/4-1-2-havarijni-plan>.
52. **HEJDOVÁ, J.** Místo a úloha zdravotnictví v systému krizového řízení ČR: Školení starostu obcí s rozšířenou působností – 2011. Praha : Ministerstvo zdravotnictví: Odbor bezpečnosti a krizového řízení, [Online] © 2011 . [Citace: 20. 7 2013.] . Dostupné z: <http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=3&ved=0CDkQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.hzscr.cz%2Fsoubor%2Fjh-skoleni-orp-2011-s-txt-k-prip-final3-rezim-kompatibility-pdf.aspx&ei=BpPuUZzNFsnKswammYDYBg&usg=AFQjCNHO9MhBDQkTqbhJ7>.
53. **MeDitorial.** Pandemické plány. *Pandemie.cz.* [Online] © 2011 . [Citace: 30. 7 2013.] <http://www.pandemie.cz/pandemicke-plany>. ISSN 1802-1883.
54. **MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY.** *Pandemický plán České republiky.* [Online] Praha © 2011 . [Citace: 20. 7 2013.]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/obsah/pandemicky-plan-cr_1093_5.html.
55. **BEZPEČNOSTNÍ RADA JIHOČESKÉHO KRAJE.** Statut Bezpečnostní rady Jihočeského kraje. *Jihočeský kraj: oficiální internetové stránky.* [Online] (c) 2011. [Citace: 21. 7 2013.] Dostupné z: http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par%5Bid_v%5D=328&par%5Blang%5D=.
56. **MEDICAL TRIBUNE .** Pandemický plán v NNH. *Medical Tribune CZ: Tribuna lékařů a zdravotníků.* [Online] 29. 9 2009. [Citace: 15. 7 2013.] Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/15079>.
57. **REKTOŘÍK, J. a kol.** *Krizový management ve veřejné správě: Teorie a praxe.* Praha : Ekopress, 2004. ISBN 80-86119-83-1.

58. **NEUGEBAUER, T.** Evakuace a požární evakuační plán. *Útvar BOZP a PO Všeobecné fakultní nemocnice v Praze*. [Online] 20. 5 2011. [Citace: 17. 7 2013.] Dostupné z: <http://bozppo.vfn.cz/evakuace.htm>.

59. **STRAUSS, H.; SCHÜTTLER, J.** Katastrophenmedizin – Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Krankenhaus. [Online] Berlin 2003, překlad Informační středisko MEKA, Úrazová nemocnice v Brně. [Citace: 1. 8 2013.] Dostupné z: <http://www.unbr.cz/Data/files/pdf/reseni>.

7 Přílohy

Příloha č. 1 Dotazník pro zdravotnický personál

Připravenost lůžkových zdravotnických zařízení Jihočeského kraje a jejich zdravotnického personálu na řešení mimořádných událostí

Dobrý den,
jmenuji se Zuzana Táchová a studuji Zdravotně sociální fakultu Jihočeské univerzity. Ráda bych Vás tímto požádala o vyplnění dotazníku. Dotazník je anonymní a obsahuje 23 otázek. Získané údaje použiji pouze v rámci své diplomové práce. Předem děkuji za ochotu při jeho vyplňování.

Otázku si vždy pečlivě přečtete a zaškrtněte (zvýrazněte), nebo dopište vhodnou odpověď či odpovědi. Dotazník je sepsána jako multiple-choice test, takže u některých otázek je možné zaškrtnout i všechny odpovědi nebo naopak žádnou.

- 1) Jak dlouho pracujete v Nemocnici České Budějovice a.s.(dále jen NCB)?
 - a) Méně než rok
 - b) 1 - 3 roky
 - c) Více než 3 roky

- 2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) Základní
 - b) Střední bez maturity
 - c) Střední s maturitou
 - d) odborné (dis.)
 - e) Nižší vysokoškolské (Bc.)
 - f) Vysokoškolské (Mgr., Ing.)
 - g) Vysokoškolské (PhD., Dr.)
 - h) Jiné.....

- 3) Účastnil(a) jste se v NCB praktického nácviku krizové připravenosti či teoretického školení v podobě seminářů nebo jiného kontaktu s odborníky?
 - a) Ano - jakého.....
 - b) Ne

- 4) Jaké jsou povinnosti zaměstnanců NCB v rámci požární ochrany?
 - a) Počínat si tak, aby nedošlo ke vzniku požáru
 - b) Účastnit se školení požární ochrany
 - c) Pravidelně zkoušet funkčnost hasících přístrojů, jejich používáním
 - d) Oznamovat nedostatky a závady na pracovišti svému nadřízenému
 - e) Používat vlastní tepelné a elektrické spotřebiče
 - f) 1x měsíčně kontrolovat funkčnost požárního hlásiče jeho zpuštění

- 5) Jaké jsou možné zdroje zapálení v objektech NCB?
- Blesk
 - Samovznícení
 - Přenosné kyslíkové zařízení
 - Kouření a neopatrné zacházení s otevřeným ohněm
 - Úmyslné zapálení
 - Topidla
 - Závada na elektroinstalaci
 - Odpařování desinfekcí a jiných chemických látek
- 6) V případě vzniku požáru prvotně.....
- Volám ohlašovnu požárů a technickou službu
 - Zahájím hasební práce pomocí ručních hasících přístrojů
 - Nahlásím požár nadřízenému a provedu osobní evakuaci
 - Volám Hasičský záchranný sbor
- 7) Je nutné oznámit jakýkoli požár Hasičskému záchrannému sboru?
- Ano, oznamuje se i požár, při kterém nevznikla žádná škoda nebo došlo k jeho samouhašení
 - Ne, oznamuje se pouze požár, který se svépomocí nepodaří uhasit
 - Ne, oznamuje se pouze požár, při kterém vznikla škoda na majetku, a potřebujeme jejich vyjádření pro pojišťovnu
- 8) Spojte druh hasícího přístroje s možnostmi jeho použití.
- Vodní
 - Práškový
 - Sněhový
- A. Hasí elektřinu, nábytek, papír, plasty, hořlavé kapaliny, tuky
B. Hasí elektřinu, hořlavé kapaliny, tuky, oleje, přístroje jemné mechaniky
C. Hasí pevné látky, dřevo, papír, plast, lín
- 9) Na jaká telefonní čísla se ohlašuje požár?
- 2666
 - 6222
 - 6124
 - 2461
 - 9000
 - 0150

10) Napište 5 či více důvodů k evakuaci objektů NCB.

.....
.....
.....
.....

11) Uveďte 3 Evakuační místa pro NCB

.....
.....
.....

12) Jaká jsou v horním areálu nemocnice shromaždiště propuštěných nemocných?

- a) Zaměstnanecká jídelna
- b) Terminál nemocnice
- c) Budova vedení nemocnice
- d) Parčík nemocnice
- e) Informační a vzdělávací centrum

13) Kde jsou uloženy klíče od evakuačních míst a shromaždišť nemocných?

.....

14) Kdo oznamuje jednotlivým oddělením vznik hromadného neštěstí?

- a) ZZS
- b) Ředitel nemocnice
- c) Vedoucí útvaru krizového managementu nemocnice
- d) Centrální dispečink

15) Sestra ve službě, která přijala oznámení o hromadném neštěstí ihned vyrozumí:

- a) V pracovní době.....
- b) Mimo pracovní dobu.....

16) NCB poskytuje zdravotnickou pomoc při radiačních událostech

- a) Všem postiženým osobám
- b) Jen osobám s život ohrožujícím poraněním
- c) Žádné kontaminované osobě zdravotnickou pomoc neposkytuje

17) Jaká radiační kontaminace osob je pro ošetřující personál nebezpečnější?

- a) Vnitřní kontaminace
- b) Vnější kontaminace

18) V případě kontaktu s kontaminovaným pacientem a materiálem

- a) Je nutná okamžitá karanténa pracovníka
- b) Je nutná dozimetrická kontrola
- c) Se provádí očista a dekontaminace
- d) Pracovník musí opustit areál nemocnice

19) Popište stručný postup dekontaminace

a) Dutiny ústní

.....
.....
.....

b) Kůže

.....
.....
.....

c) Oči

.....
.....
.....

20) Kdy je dekontaminace osob přerušena?

- a) Při náznaku přerušení kůže
- b) Je-li dosaženo neměřitelných hodnot radiace
- c) Jestliže dekontaminace nevede ke snižování naměřených hodnot

21) Jaký se sbírá biologický materiál pro posouzení vnitřní kontaminace?

- a) Žádný
- b) Moč
- c) Stolice
- d) Moč i stolice

22) Co rozumíme pojmem vysoce nebezpečná nákaza?

- a) Onemocnění s vysokou smrtností
- b) Onemocnění s vysokou nakažlivostí
- c) Onemocnění s vysokou smrtností i nakažlivostí

23) Jsou v NCB zřízena lůžka pro léčbu pacientů s vysoce nebezpečnou nákazou?

- a) Ano
- b) Ne

Děkuji za Vaše odpovědi a čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku.

Příloha č. 2

Připravenost lůžkových zdravotnických zařízení Jihočeského kraje a jejich zdravotnického personálu na řešení mimořádných událostí

Vážená paní ředitelko, Vážený pane řediteli,

jmenuji se Zuzana Táchová a studuji obor Civilní nouzová připravenost na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Tento dotazník je určen pro ředitele lůžkových zdravotnických zařízení a je prioritním podkladem pro zpracování mé diplomové práce na téma:

„Připravenost lůžkových zdravotnických zařízení Jihočeského kraje a jejich zdravotnického personálu na řešení mimořádných událostí“

Cílem mé diplomové práce je zmapovat situaci na úseku připravenosti lůžkových zdravotnických zařízení Jihočeského kraje na vznik mimořádné události pomocí souboru pracovních ukazatelů. Cílem v žádném případě není hodnotit nebo porovnávat úroveň připravenosti mezi jednotlivými nemocnicemi. Veškeré údaje, které zde uvedete, budou použity pouze pro účely této práce a jsou zcela anonymní. Vaše odpovědi zakřížkujte nebo jiným způsobem označte, případně doplňte. Mnohokrát Vám děkuji za cennou spolupráci

Zuzana Táchová

1. Jaká je kapacita vašeho zdravotnického zařízení?

- méně jak 100
- 100 - 200
- více jak 200

2. Jaký je nezbytný počet pracovníků k zajištění chodu vaší nemocnice

- méně jak 200
- 200 - 300
- více jak 300

3. Je ve vašem zařízení pracovník pověřený krizovým řízením?

- ANO
- NE

4. Pokud ANO - Je tento pracovník proškolen? (např. kurz krizové připravenosti ve zdravotnictví apod.)

- ANO
- NE

5. Pokud NE - Kdo (pracovní zařazení) je zodpovědný za činnost spojenou s vedením agendy krizové připravenosti?

6. Je ve vašem zdravotnickém zařízení zřízen krizový štáb?
- ANO
 - NE
7. Pokud ANO - Je stanovena činnost krizového štábu vnitřním předpisem?
- ANO
 - NE
8. Je ve vašem zařízení zpracován TRAUMATOLOGICKÝ PLÁN?
- ANO
 - NE
9. Jak často je prováděna aktualizace traumatologického plánu?
- minimálně 1x ročně
 - 1x za 2 - 3 roky
 - není prováděna
10. Kdo je zodpovědný za aktualizaci údajů v traumatologickém plánu?
- ředitel nemocnice
 - náměstek LPP
 - pracovník krizového řízení
 - Jiný pracovník (prosím uveďte)
11. Je prověřována funkčnost traumatologického plánu praktickým nácvikem?
- ANO
 - NE
12. Jak často je cvičení realizováno?
- minimálně 1x ročně
 - 1x za 2-3 roky
 - není prováděno

13. Je ve vašem zařízení zpracován EVAKUAČNÍ PLÁN?
- ANO
 - NE
14. Jak často je prováděna aktualizace evakuačního plánu?
- minimálně 1x ročně
 - 1x za 2-3 roky
 - není prováděna
15. Kdo je zodpovědný za aktualizaci údajů v evakuačním plánu?
- ředitel nemocnice
 - bezpečnostní technik
 - pracovník krizového řízení
 - jiný pracovník (prosím uveďte)
16. Je prověřována funkčnost evakuačního plánu praktickým nácvikem?
- ANO
 - NE
17. Jak často je cvičení realizováno?
- minimálně 1x ročně
 - 1x za 2-3 roky
 - není prováděno
18. Je ve vašem zařízení zpracován PLÁN KRIZOVÉ PŘIPRAVENOSTI?
- ANO
 - NE
19. Jak často je prováděna jeho aktualizace?
- minimálně 1x ročně
 - 1x za 2-3 roky
 - pouze na žádost kraje

20. Kdo je zodpovědný za aktualizaci údajů v plánu krizové připravenosti?

- ředitel nemocnice
- náměstek LPP
- pracovník krizového řízení
- jiný pracovník (prosím uveďte)

21. Je ve vašem zařízení zpracován PLÁN HYGIENICKÝCH A PROTIEPIDEMICKÝCH OPATŘENÍ

- ANO
- NE

22. Jak často je prováděna aktualizace tohoto plánu?

- minimálně 1x ročně
- 1x za 2-3 roky
- není prováděna

23. Kdo je zodpovědný za aktualizaci údajů v plánu hygienických a protiepidemiologických opatření?

- ředitel nemocnice
- ústavní hygienik
- pracovník krizového řízení
- jiný pracovník (prosím uveďte)

24. Jsou ve vašem zdravotnickém zařízení zpracovány další typy (výše neuvedené) plánů k řešení mimořádných událostí?

- NE
- ANO (prosím uveďte jaké)

25. Pokud ANO - Je prověřována funkčnost těchto plánů praktickým nácvikem?

- ANO
- NE

26. Jak často je cvičení realizováno?

- minimálně 1x ročně
- 1x za 2-3 roky
- není prováděno

27. Uvítali byste možnost spolupráce s ostatními zdravotnickými zařízeními v kraji při přípravě a realizaci cvičení?

ANO

NE

28. Zde můžete uvést vaše návrhy na zlepšení připravenosti zdravotnických zařízení na mimořádné události:

Děkuji za Vaše odpovědi a čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku.

Zdroj: NĚMEČKOVÁ, J. Přípravenost lůžkových zdravotnických zařízení Jihomoravského kraje nefakultního typu na mimořádné události. Diplomová práce, JČU v Č.B. 2011.

Příloha č. 3 Výsledky potřebné ke srovnání Jihočeského a Jihomoravského kraje

Analýza dotazníků

Soubor tvořilo 10 respondentů, zástupců zdravotnických zařízení nefakultního typu Jihomoravského kraje, kteří odpověděli a vyplnili dotazník zaměřený na zmapování připravenosti zdravotnických zařízení na mimořádné události.

Cílem praktické části bylo zmapovat situaci na úseku připravenosti vybraných lůžkových zdravotnických zařízení nefakultního typu Jihomoravského kraje na vznik mimořádných událostí pomocí souboru pracovních ukazatelů.

Prvním ukazatelem byla zvolena „teoretická připravenost“ na mimořádné události a to zaměřením se na zpracování jednotlivých „základních“ typů plánů. Pro analýzu tohoto ukazatele jsem vybrala celkem 8 otázek a to otázky dotazníku č. 5, 6, 10, 11, 15, 16, 18 a 19.

- Je ve vašem zařízení zpracován traumatologický plán? (5)
- Jak často je prováděna jeho aktualizace? (6)
- Je ve vašem zařízení zpracován evakuační plán? (10)
- Jak často je prováděna jeho aktualizace? (11)
- Je ve vašem zařízení zpracován plán krizové připravenosti? (15)
- Jak často je prováděna jeho aktualizace? (16)
- Je ve vašem zařízení zpracován plán hygienických a protiepidemických opatření? (18)
- Jak často je prováděna jeho aktualizace? (19)

Na otázky č. 5, 10, 15 a 18 byla možná odpověď ano – ne. Za odpověď „ano“ obdržel respondent 1 bod, za odpověď ne 0 bodů.

Na otázky č. 6, 11, 16 a 19 byly možné odpovědi „minimálně 1x ročně“ za kterou respondent obdržel 2 body, „1x za 2 – 3 roky“ za kterou obdržel 1 bod a odpověď

„není prováděno“ za kterou obdržel respondent 0 bodů. Maximální počet bodů byl 12, minimální počet 0.

V následující tabulce je uveden počet získaných bodů jednotlivých respondentů.

Tabulka 28: Teoretická připravenost

MAX. 12 bodů MIN. 0 bodů		body za odpověď na otázku								celkem
		5	6	10	11	15	16	18	19	
RESPONDENTI	1.	1	2	1	1	1	2	0	0	8
	2.	1	1	1	2	1	1	0	0	7
	3.	1	2	1	1	1	2	1	1	10
	4.	0	0	1	2	1	0	1	1	6
	5.	1	2	1	2	1	2	1	1	11
	6.	1	2	1	2	1	1	1	2	11
	7.	1	2	1	2	1	2	1	2	12
	8.	1	2	1	2	1	0	1	2	10
	9.	1	2	1	2	1	2	1	2	12
	10.	1	2	1	2	1	2	1	2	12

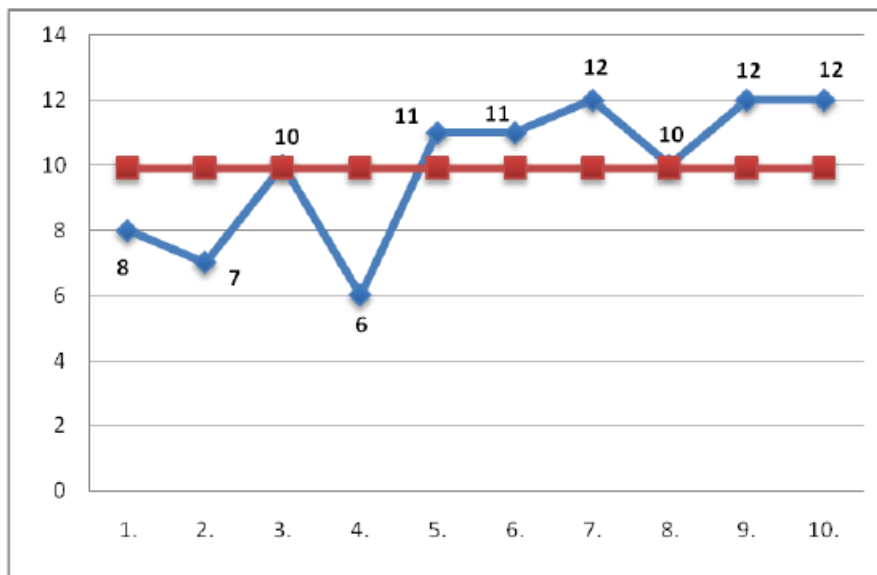
Zdroj: Vlastní výzkum

V předchozí tabulce i v následujícím grafu vidíme, že 3 respondenti (30%) získali maximální počet bodů tzn. 12. Dva získali 11 bodů, další dva respondenti získali body na hraně průměru. Jeden respondent získal 7 a jeden 8 bodů. Nejmenší počet získaných bodů byl 6, který získal 1 respondent.

Průměr získaných bodů u všech respondentů činil 9,9 bodu.

V následujícím grafu jsou modře označeny získané body jednotlivých respondentů a červeně označena průměrná hodnota bodu. Dále je zde vyjádřeno, že 3 respondenti (30%) nedosahují průměru 9,9 bodu.

Graf 32: Teoretická připravenost



Zdroj: Vlastní výzkum

Druhým ukazatelem byla zvolena „organizační připravenost“, která byla zaměřena na útvar krizové připravenosti resp. pracovníka zodpovědného za krizové řízení a na krizové štáby.

Pro analýzu tohoto ukazatele jsem vybrala celkem 4 otázky dotazníku: č. 3, 3A, 4 a 4A.

- Je ve vašem zařízení pracovník pověřený krizovým řízením? (3)
- Pokud ANO, je tento pracovník proškolen? (3A)
- Je ve vašem zdravotnickém zařízení zřízen krizový štáb? (4)
- Pokud ANO, je stanovena činnost krizového štábu vnitřním předpisem? (4A)

Na všechny 4 otázky byla možná odpověď ano – ne. Za odpověď „ano“ obdržel respondent 1 bod, za odpověď ne 0 bodů. Maximální počet bodů byl 4, minimální počet 0.

V následující tabulce je uveden počet získaných bodů jednotlivých respondentů.

Tabulka 29: Organizační připravenost

MAX. 4 body MIN. 0 bodů		body za odpověď na otázku				celkem
		3	3A	4	4A	
RESPONDENTI	1.	1	1	1	1	4
	2.	0	0	1	0	1
	3.	0	0	1	1	2
	4.	0	0	1	0	1
	5.	0	0	1	0	1
	6.	1	1	1	1	4
	7.	1	1	1	1	4
	8.	1	1	1	1	4
	9.	1	1	1	0	3
	10.	1	1	1	1	4

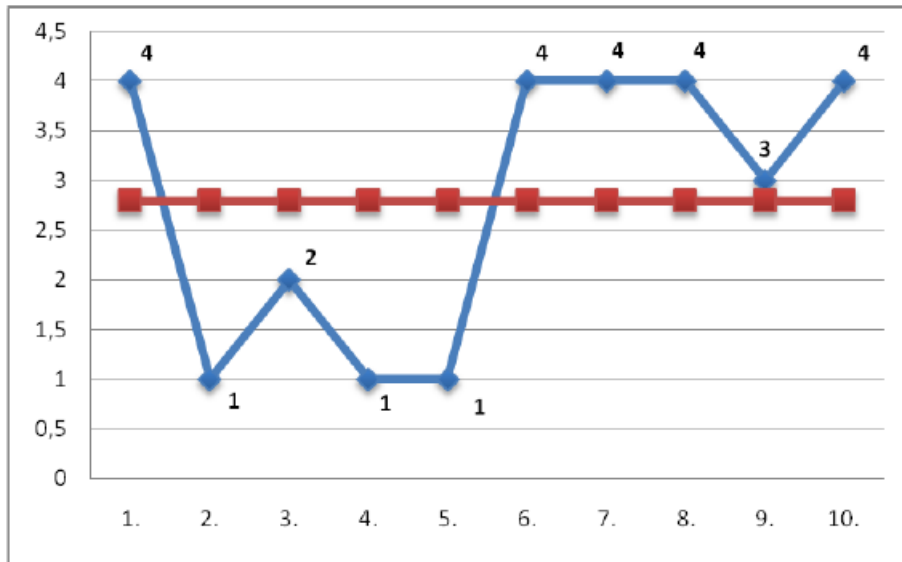
Zdroj: Vlastní výzkum

Z údajů v tabulce a názorném grafu získalo 5 respondentů (50%) maximální počet bodů tzn. 4. Nejmenší počet získaných bodů byl 1, který získali 3 respondenti. Jeden respondent obdržel 2 body a jeden 3 body.

Průměr získaných bodů u všech respondentů činil 2,8 bodu.

V následujícím grafu jsou modře označeny získané body jednotlivých respondentů a červeně označena průměrná hodnota bodu. Dále je zde vyjádřeno, že 4 respondenti (40%) nedosahují průměru 2,8 bodu.

Graf 33: Organizační připravenost



Zdroj: Vlastní výzkum

Třetím ukazatelem byla zvolena „*praktická připravenost*“, zaměřením se na realizaci cvičení.

Pro analýzu tohoto ukazatele jsem vybrala celkem 4 otázky a to otázky dotazníku č. 8, 9, 13 a 14.

- Je prověřována funkčnost traumatologického plánu praktickým nácvikem? (8)
- Jak často je cvičení realizováno? (na prověření funkčnosti TP). (9)
- Je prověřována funkčnost evakuačního plánu praktickým nácvikem? (13)
- Jak často je cvičení realizováno? (na prověření funkčnosti TP). (14)

Na otázky č. 8 a 13 byla možná odpověď ano – ne. Za odpověď „ano“ obdržel respondent 1 bod, za odpověď ne 0 bodů.

Na otázky č. 9 a 14 byly možné odpovědi „minimálně 1x ročně“ za kterou respondent obdržel 2 body, „1x za 2 – 3 roky“ za kterou obdržel 1 bod a odpověď „není prováděno“ za kterou obdržel respondent 0 bodů. Maximální počet bodů byl

6, minimální počet 0.

V následující tabulce je uveden počet získaných bodů jednotlivých respondentů.

Tabulka 30: Praktická připravenost

MAX. 6 bodů MIN. 0 bodů		body za odpověď na otázku				celkem
		8	9	13	14	
RESPONDENTI	1.	0	0	1	2	3
	2.	1	1	1	1	4
	3.	1	2	1	2	6
	4.	0	0	1	1	2
	5.	0	0	1	1	2
	6.	1	1	1	2	5
	7.	1	2	1	2	6
	8.	1	2	1	2	6
	9.	1	1	1	1	4
	10.	1	2	1	2	6

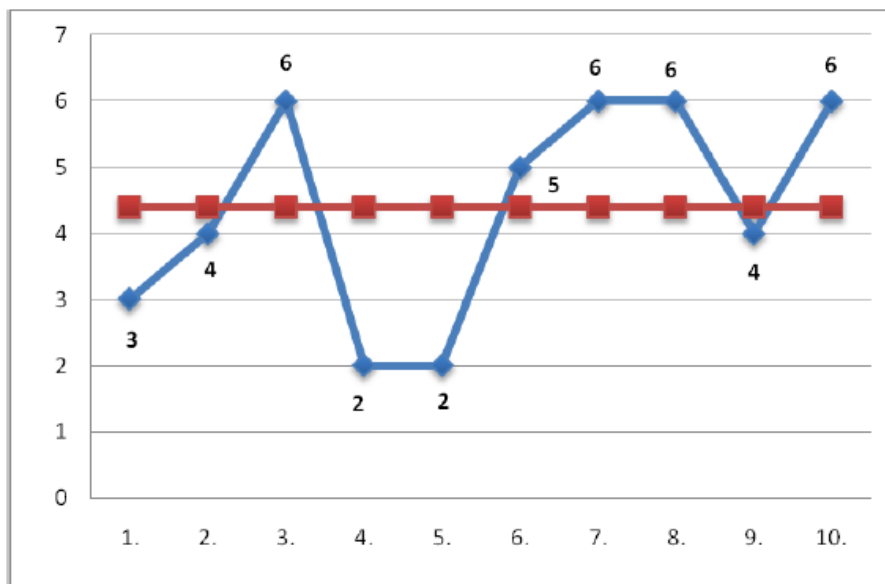
Zdroj: Vlastní výzkum

Při analýze praktické připravenosti získali 4 respondenti (40%) maximální počet bodů tzn. 6. Nejmenší počet získaných bodů byl 2, který získali 2 respondenti. Jeden respondent obdržel 5 bodů, dva 4 body, jeden 3 body a 2 pouze 2 body, což byla nejnižší dosažená hodnota.

Průměr získaných bodů u všech respondentů činil 4,4 bodu.

V následujícím grafu jsou modře označeny získané body jednotlivých respondentů a červeně označena průměrná hodnota bodu. Dále je zde vyjádřeno, že 5 respondentů (50%) nedosahuje průměru 4,4 bodu.

Graf 34: Praktická připravenost



Zdroj: Vlastní výzkum

Součtem všech tří ukazatelů jsem zjistila celkový počet bodů jednotlivých respondentů (celkovou připravenost).

Tabulka 31: Celková připravenost

MAX. 22 bodů MIN. 0 bodů		body za odpověď na otázku			celkem
		TEORETICKÁ	ORGANIZAČNÍ	PRAKTICKÁ	
RESPONDENTI	1.	8	4	3	15
	2.	7	1	4	12
	3.	10	2	6	18
	4.	6	1	2	9
	5.	11	1	2	14
	6.	11	4	5	20
	7.	12	4	6	22
	8.	10	4	6	20
	9.	12	3	4	19
	10.	12	4	6	22
maximum		12	4	6	22

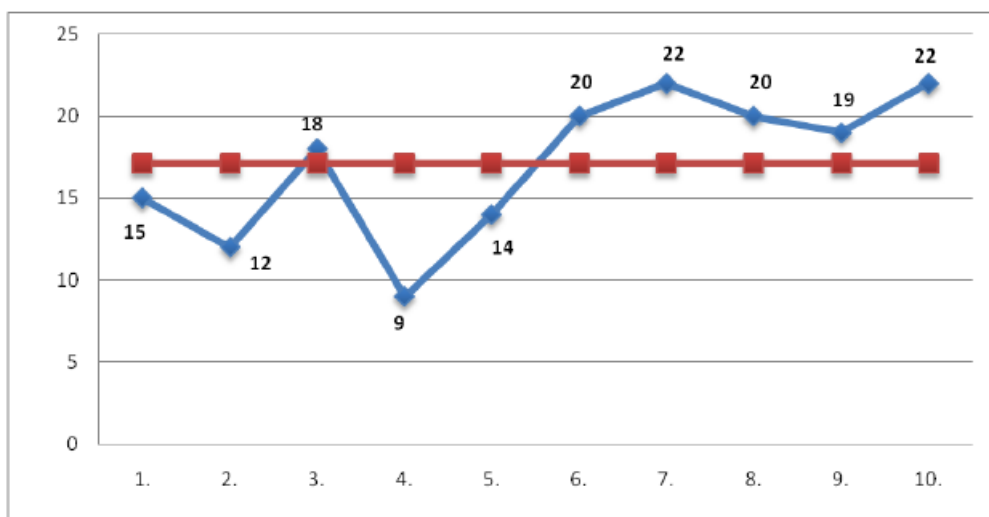
Zdroj: Vlastní výzkum

Při součtu výsledků všech tří ukazatelů byl maximální počet bodů k získání 22, které získali 2 respondenti, 2 získali 20 bodů a jeden 19 bodů. Jeden z respondentů získal počet bodů lehce nad průměrnou hodnotou. 4 respondenti nedosáhli průměru.

Průměr celkově získaných bodů byl 17,1 bodu.

V následujícím grafu jsou modře označeny celkem získané body jednotlivých respondentů za všechny tři ukazatele a červeně označena průměrná hodnota bodu. Dále je zde vyjádřeno, že 4 respondenti (40%) nedosahují průměru 17,1 bodu.

Graf 35: Celková připravenost



Zdroj: Vlastní výzkum

Pro slovní vyhodnocení stavu připravenosti u jednotlivých respondentů navrhuji následující hodnocení úrovně dle počtu získaných bodů a to dle uvedeného schématu.

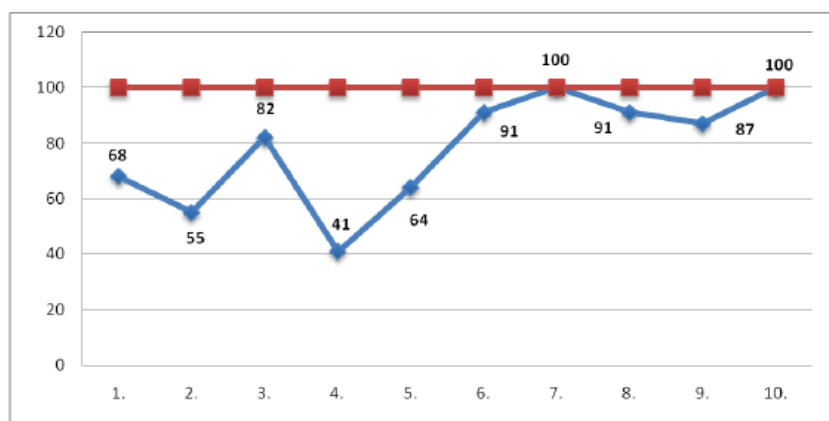
Tabulka 32: Hodnocení úrovně dle počtu bodů

Počet bodů	Hodnocení úrovně připravenosti
21 – 22 bodů	1 - výborná
19 – 20 bodů	2 – velmi dobrá
16 – 18 bodů	3 – dobrá
10 – 15 bodů	4 – špatná
Méně jak 10 bodů	5 – nedostačující

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle výše uvedeného návrhu vyhodnocení hodnotím 2 zdravotnická zařízení s výbornou úrovní připravenosti, 3 zdravotnická zařízení s velmi dobrou připraveností, jedno s dobrou připraveností, 3 se špatnou a jedno s nedostačující připraveností. Průměrný výsledek všech zúčastněných zdravotnických zařízení hodnotím dle mého navrženého postupu ohodnocením 2,8. (Což při předpokladu běžného průměru 2,5 je lehce podprůměrný výsledek). Získané výsledky lze také vyjádřit v procentech, jak je uvedeno v následujícím grafu, kde 100% tvoří respondenti s maximálním počtem získaných bodů

Graf 36: Hodnocení úrovně vyjádřené v procentech



Zdroj: Vlastní výzkum

Zdroj: NĚMEČKOVÁ, J. *Připravenost lůžkových zdravotnických zařízení Jihomoravského kraje nefakultního typu na mimořádné události*. Diplomová práce, JČU v Č.B. 2011.

