

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**PROBLEMATIKA KOMUNIKACE A PŘEDÁVÁNÍ
PACIENTA MEZI ZDRAVOTNICKOU
ZÁCHRANNOU SLUŽBOU A ZDRAVOTNICKÝM
ZAŘÍZENÍM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

IVAN BRADÁČEK

Praha 2016

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**PROBLEMATIKA KOMUNIKACE A PŘEDÁVÁNÍ
PACIENTA MEZI ZDRAVOTNICKOU
ZÁCHRANNOU SLUŽBOU A ZDRAVOTNICKÝM
ZAŘÍZENÍM**

Bakalářská práce

IVAN BRADÁČEK

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

Praha 2016



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

Bradáček Ivan
3. A ZZ

Schválení tématu bakalářské práce


Na základě Vaší žádosti ze dne 10. 3. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Problematika komunikace a předávání pacienta mezi ZZS a
zdravotnickým zařízením

*Die Kommunikation und die Übergabe der Patienten zwischen dem
Rettungsdienst und der Gesundheitseinrichtung*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jaroslav Pekara

V Praze dne: 2. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny, literaturu a tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....
Ivan Bradáček

PODĚKOVÁNÍ

Především bych rád poděkoval panu Mgr. Jaroslavu Pekarovi, Ph.D za cenné rady, vstřícný přístup a profesionální vedení této bakalářské práce. Dále bych rád poděkoval své přítelkyni Janě a celé mé rodině za trpělivost a podporu.

ABSTRAKT

BRADÁČEK, Ivan. *Problematika komunikace a předávání pacienta mezi zdravotnickou záchrannou službou a zdravotnickým zařízením*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D. Praha. 2016. 54 s.

Bakalářská práce nahlíží do problematiky předávání pacientů mezi ZZS a ZZ, komunikace s tím spojené a jejího úskalí. Teoretická část bakalářské práce se zabývá historií vzniku zdravotnické záchranné služby a rozvojem urgentní medicíny. Dále se zabývá podrobným popisem oddělení urgentního příjmu, jeho složkami a popisem jakým fungují. Další kapitola teoretické části popisuje přímo problematiku předávání pacientů, její zákonné vymezení a faktory, které předávání pacientů ovlivňují.

Praktická část bakalářské práce obsahuje několik kazuistik, které uvádějí skutečné příklady a popisují postup, který výjezdové skupiny zvolily. Následně kazuistiky popisují vyšetření a předání pacienta do zdravotnického zařízení a s tím spojenou komunikaci. V další části kazuistiky se popisuje postup ze strany nemocnice, provedená vyšetření u pacienta a následná léčba. Kazuistiky též obsahují analýzu celé události.

Klíčová slova:

Komunikace. Zdravotnický záchranář. Urgentní příjem. Zdravotnická záchranná služba.

ABSTRAKT

BRADÁČEK, Ivan. Problematik von Kommunikation und Übergabe der Patienten zwischen den Rettungsdienst und medizinische Einrichtung. Hochschule für Gesundheit, o. p. s., Qualifikation: Bachelor (Bc.). Leiter der Arbeit: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D. Praha. 2016. 54 s.

Bakkalaurea Arbeit sieht in die Problematik von Übergabe der Patienten zwischen Rettungsdienst und medizinische Einrichtung und damit verbundene Kommunikation und sein Felsen ein. Der theoretische Teil von Arbeit befasst sich mit der Geschichte der medizinischen Notfallversorgung und die damit verbundene Entwicklung der Notfallmedizin. Die Arbeit befasst sich weiter auch mit der detaillierten Beschreibung der Notaufnahme, seiner Bestandteilen und der Beschreibung, wie sie funktionieren. Nächster theoretischer Teil beschreibt direkte Frage der Übergabe von Patienten, ihrer gesetzlichen Definition und alle Faktoren, die die Übergabe der Patienten beeinflussen.

Der praktische Teil enthält mehrere Kasuistiken, die reale Beispiele zeigen und auch beschreibt konkretes Verfahren, das die Rettungsdienste gewählt haben. Diese Kasuistik beschreiben anschließend die Untersuchung und Übergabe der Patienten in medizinische Einrichtung und die Kommunikation damit verbunden. In einem anderen Teil von Kasuistik ist das Verfahren aus der Seite des Krankenhauses beschrieben, vorgenommene Untersuchung des Patienten und seine nachfolgende Behandlung. Erwähnte Kasuistiken enthalten auch eine Analyse des ganzen Ereignisses.

Schlüsselwörter:

Kommunikation. Rettungssanitäter. Notfallversorgung. Rettungsdienst.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	10
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ	8
ÚVOD.....	12
1 Zdravotnická záchranná služba.....	14
1.1 Historie zdravotnické záchranné služby ve světě.....	16
1.2 Historie zdravotnické záchranné služby v České republice	16
1.3 Rozdělení výjezdových skupin	17
1.4 Zdravotnický záchranář.....	18
1.5 Kompetence zdravotnického záchranáře.....	18
2 Urgentní medicína	21
2.1 Charakteristika urgentní medicíny	21
2.2 Urgentní medicína a zdravotnická záchranná služba	22
3 Oddělení urgentního příjmu	23
3.1 Úsek informací urgentního příjmu	23
3.2 Dispečink urgentního příjmu.....	24
3.3 Nízkoprahový příjem	25
3.4 Vysokoprahový příjem.....	26
3.5 Lékařská služba první pomoci	27
3.6 Expektační lůžka	27
3.7 Ekonomické a organizační aspekty fungování OUP.....	28
4 Problematika předávání pacientů mezi ZZS a zdravotnickým zařízením	29
4.1 Předávání pacientů dle zákona	29
4.2 Práva a povinnosti pacientů	30
4.2.1 Práva pacientů.....	30

4.2.2	Povinnosti pacientů.....	31
4.3	Faktory ovlivňující předávání pacientů.....	31
5	Praktická část.....	34
5.1	Kazuistika č. 1.....	35
5.2	Kazuistika č. 2.....	39
5.3	Kazuistika č. 3.....	43
6	Diskuze.....	47
6.1	Doporučení pro praxi.....	50
	ZÁVĚR.....	51
	Seznam použité literatury.....	52
	Seznam příloh	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO	Anestezilogicko-resuscitační oddělení
AKS	Akutní koronární syndrom
CRP	C- reaktivní protein, bílkovina akutního zánětu
CT	Výpočetní tomografie
ČR	Česká republika
ČSČK	Československý červený kříž
ECHO	Ultrazvukové vyšetření srdce
EKG	Elektrokardiogram
ER	Emergency room
FNKV	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
GCS	Glasgow Coma Scale
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
IZS	Integrovaný záchranný systém
JIP	Jednotka intenzivní péče
LSPP	Lékařská služba první pomoci
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
OUP	Oddělení urgentního příjmu
POCT	Point of care testing
PL	Praktický lékař
PZP	Pomocný zdravotnický pracovník
SpO ₂	Saturace krve kyslíkem
UM	Urgentní medicína
UP	Urgentní příjem
ZOS	Zdravotnické operační středisko
ZZ	Zdravotnické zařízení
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

(VOKURKA a kol., 2008)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Ameningeální** - nevykazující meningeální příznaky
- Asertivní** – sebejistě jednající, tolerantní
- Auskultačně** – poslechově
- Bilaterálně** - oboustranně
- Deeskalovat** – uklidnit
- Dysartrie** – porucha řeči
- Epigastrium** – nadbříšek, krajina břišní ležící mezi oblouky žeberními
- Eskalace** - stupňování
- Expírium** – výdech
- Glykemie** – hladina cukru v krvi
- Hemiparéza** – částečné ochrnutí poloviny těla
- Hysterektomie** – operativní odstranění dělohy
- Cholecystektomie** – operativní odstranění žlučníku
- Iktus** – mozková mrtvice
- Infiltrativní** – pronikající
- Intravenózně** - nitrožilně
- Izokorické zornice** – stejně velké zornice
- Koagulace** – srážlivost
- Kachektický** – zchřadlý
- Kolorit** – zbarvení
- Konzilium** – odborná porada lékařů
- Lateralizace** – přesun, přemístění ke straně
- Medikace** – léčení pomocí léků
- Myokard** – srdeční sval, střední a nejmohutnější ze tří vrstev srdce
- Niveau** – vodorovná rovina
- Oxygenoterapie** – léčba kyslíkem
- Parere** – krátká lékařská zpráva, určená jinému lékaři
- Paréza** – částečná ztráta hybnosti
- Peristaltika** – rytmické smršťování svalstva trávicího ústrojí
- Progredující** – postupující

Rezistence – odolnost

Statim – okamžitě, ihned, naléhavé, neodkladné

Tachykardie – zrychlená srdeční činnost

Trombolýza – rozpuštění krevní sraženiny

Troponin – svalový protein, jeho zvýšené množství v krvi se objeví při akutním infarktu myokardu

Tumor – nádor, novotvar

Turgor – napětí kůže

Tussis – kašel

(VOKURKA a kol., 2008)

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá problematikou a úskalím předávání jednotlivých pacientů mezi zdravotnickou záchrannou službou a zdravotnickým zařízením a komunikací s tím spojenou. Téma komunikace je v posledních letech společností značně probírané, zdravotnictví nevyjímaje. V médiích se čas od času objevují zprávy o problému záchranářů s předáním pacienta do zdravotnického zařízení. Cílem této práce je ukázat, jak systém spolupráce mezi zdravotnickou záchrannou službou a nemocnicí funguje. Vznik problému a budoucího nedorozumění může mít zárodek právě ve špatné komunikaci, je proto ideální se těmito situacím snažit vyhnout. Autor práce byl při výběru tohoto tématu ovlivněn svým pracovním zařazením na centrálním příjmu FNKV, kde se každodenně setkával s předáváním pacientu od zdravotnické záchranné služby a vzájemnou komunikací s pracovníky ZZS.

Teoretická část je rozdělena do čtyř samostatných kapitol. První kapitola se zabývá zdravotnickou záchrannou službou jako takovou. Je zde vysvětlena její činnost, historie a ustanovení v zákoně. Druhá kapitola popisuje vznik urgentní medicíny, která svým rozvojem přímo ovlivnila rozvoj zdravotnické záchranné služby a vznik oddělení urgentních příjmů. Kapitola tři popisuje detailně oddělení urgentního příjmu. Pro přehlednost je rozdělena do několika částí, v nichž je vysvětleno, jak fungují. Poslední kapitola teoretické části se přímo zabývá problematikou komunikace a předáváním pacientů. Jsou zde popsány faktory ovlivňující komunikaci a též povinnosti, které nemocnicím v otázkách předávání pacientů ukládá zákon.

V praktické části bakalářské práce je popsáno několik ukázek příkladné spolupráce všech složek záchranného řetězce, jednotlivý popis jejich činnosti a komunikace mezi nimi. Kazuistiky popisují událost od samého počátku, tedy příjmem výzvy na tísňové lince, následné vyslání výjezdové skupiny na místo události a její postup při řešení nastalé situace. Následně je zde popsáno předání pacienta do nemocničního zařízení a navazující vyšetřovací a léčebný postup v nemocnici.

V kazuistikách je zohľadněna komunikace mezi zdravotníky stejně jako komunikace mezi zdravotníky a pacientem, vše je shrnuto analýzou celé události.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byl stanoven následující cíl:

Cíl: Popsat faktory ovlivňující komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byl stanoven následující cíl:

Cíl: Popsat dobrý příklad praxe při předání pacienta na akutní ambulanci.

Vstupní literatura

DOBIÁŠ, Viliam a kol., 2012. *Prednemocničná urgentná medicína*. 2., doplnené a prepracované vydanie. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-3875.

VILÁŠEK, Josef, Miloš FIALA a David VONDRÁŠEK. *Integrovaný záchranný systém ČR na začátku 21. Století*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN: 978-80-246-2477-8

POLÁK, Martin, 2014. *Urgentní příjem - Nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3208-7

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem „Problematika komunikace a předávání pacienta mezi zdravotnickou záchrannou službou a zdravotnickým zařízením“ proběhlo systémem Medvik z databáze NLK a interním systémem FNKV. Sběr dat probíhal v období od ledna 2016 do srpna 2016.

1 Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnická záchranná služba neodmyslitelně patří do třech základních složek integrovaného záchranného systému. Na základě převzetí tísňové výzvy na čísle 155, kterou přijímá zdravotnické operační středisko, nebo přebráním výzvy z čísla jednotného evropského tísňového volání 112, poskytuje zdravotnická záchranná služba přednemocniční neodkladnou péči. Zdravotnická záchranná služba je zdravotní službou a poskytuje odbornou péči zejména osobám se závažným postižením zdraví, nebo lidem v přímém ohrožení života (POLÁK, 2014).

Mezi 6 základních činností ZZS patří:

- příjem tísňových výzev na národní číslo tísňového volání (155), nebo přebráním od ostatních operačních středisek a to v nepřetržitém režimu
- vyhodnocení naléhavosti výzvy na základně zdravotního stavu postiženého
- vyslání nejbližší odpovídající výjezdové skupiny
- ustálení základních životních funkcí, vyšetření a neodkladné výkony spojené se zdravotní péčí na místě zásahu
- odpovídající zdravotnická péče, včetně monitoringu základních životních funkcí během prevozu postiženého
- Předání pacienta do zdravotnického zařízení k definitivnímu ošetření odpovídající zdravotnímu stavu pacienta (ČESKO, 2011).

Zákon č.374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě v České republice vymezuje rozsah činností pro zdravotnickou záchrannou službu jako:

- a) nepřetržitý kvalifikovaný bezodkladný příjem volání na národní číslo tísňového volání 155 a výzev předaných operačním střediskem jiné základní složky integrovaného záchranného systému (dále jen „tísňové volání“) operátorem zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska,*
- b) vyhodnocování stupně naléhavosti tísňového volání, rozhodování o nejvhodnějším okamžitém řešení tísňové výzvy podle zdravotního stavu pacienta, rozhodování o vyslání výjezdové skupiny, rozhodování o přesměrování výjezdové skupiny a operační řízení výjezdových skupin,*

- c) řízení a organizaci přednemocniční neodkladné péče na místě události a spolupráci s velitelem zásahu složek integrovaného záchranného systému,*
- d) spolupráci s cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče,*
- e) poskytování instrukcí k zajištění první pomoci prostřednictvím sítě elektronických komunikací v případě, že je nezbytné poskytnout první pomoc do příjezdu výjezdové skupiny na místo události,*
- f) vyšetření pacienta a poskytnutí zdravotní péče, včetně případných neodkladných výkonů k záchraně života, provedené na místě události, které směřují k obnovení nebo stabilizaci základních životních funkcí pacienta,*
- g) soustavnou zdravotní péči a nepřetržité sledování ukazatelů základních životních funkcí pacienta během jeho přepravy k cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče, a to až do okamžiku osobního předání pacienta zdravotnickému pracovníkovi cílového poskytovatele akutní lůžkové péče,*
- h) přepravu pacienta letadlem mezi poskytovateli akutní lůžkové péče za podmínek soustavného poskytování neodkladné péče během přepravy, hrozí-li nebezpečí z prodlení a nelze-li přepravu zajistit jinak,*
- i) přepravu tkání a orgánů k transplantaci letadlem, hrozí-li nebezpečí z prodlení a nelze-li přepravu zajistit jinak,*
- j) třídění osob postižených na zdraví podle odborných hledisek urgentní medicíny při hromadném postižení osob v důsledku mimořádných událostí nebo krizových situací (ČESKO, 2011, § 17).*

Zákon č. 374/2011 Sb. dále vymezuje například dostupnost záchranné služby, tedy počet a rozmístění výjezdových základen v rámci kraje, tak aby bylo místo události z nejbližší výjezdové základny dostupné v dojezdovém čase do 20 minut. Dojezdovou dobou se rozumí časové rozpětí od okamžiku převzetí pokynů k výjezdu výjezdovou skupinou do příjezdu na místo události (ČESKO, 2011).

1.1 Historie zdravotnické záchranné služby ve světě

Vývoj zdravotnické záchranné služby, tak jak jí známe dnes, je úzce propojen s vývojem oboru urgentní medicíny. Ve Spojených státech amerických se o vznik zasloužil především Peter Safar, původně rakouský lékař českého původu. Právě on je autorem první mezinárodně přijaté metodiky KPR. Podle jeho názoru je absolutně zásadní rychlost poskytnutí první pomoci, na které záleží budoucí prognóza pacienta. Velmi se zasazoval také o všeobecné rozšíření první pomoci pro širokou veřejnost a výuku KPR pro laické obyvatelstvo. Safar vyvinul také systém poskytování zdravotní péče, tvořený zpočátku nezaměstnanými obyvateli vyškolenými do té míry, aby byli schopni pomocní bezdrátového spojení s lékařem podávat odbornou pomoc. Hlavní důraz však Safar kladl na oddělení urgentního příjmu v nemocnicích. Podle podobného vzoru dnes fungují ZZS např. v Austrálii, Velké Británii nebo Kanadě (POKORNÝ, 2010), (DOBIÁŠ, 2012).

Ve většině zemí Evropy, včetně České republiky byla budována ZZS s lékaři přímo v sanitních vozech. Kontakt s pacienty a široká škála nejrůznějších zranění klade důraz na diagnostiku z prvotních, klinických příznaků a na zahájení adekvátního léčebného opatření. Lékař ZZS musí být schopen pohotově a správně řešit výskyt mimořádných událostí, spojených především se zvýšeným počtem zraněných, např. při dopravních nehodách, či živelných katastrofách (DOBIÁŠ, 2012), (POKORNÝ, 2010).

1.2 Historie zdravotnické záchranné služby v České republice

V České republice je budován systém ZZS v celostátním rozsahu od konce 70. let minulého století. Počátky ZZS na území ČR však sahají až do 18. století, konkrétně tedy připadají na 8. 12. 1857. Tehdy došlo ke vzniku sboru dobrovolníků nesoucí název „Pražský dobrovolný sbor ochranný“. Členové sboru byli také označeni červeno-bílou stuhou na levé paži (DVOŘÁČEK, 2010).

Sbor byl vybaven základní technikou pro převoz postižených, jako byly kočáry, nosítka a povozy. Sídlo sboru bylo umístěno v dolní části Václavského náměstí a roku 1890 se tak pražská záchranná služba stala nejstarší ve střední Evropě. Téhož roku byla také zavedena nepřetržitá služba, která platí do dnes. Od roku 1923 začali záchranáři používat první vozy a zvukové výstražné trubky (DVOŘÁČEK, 2010).

V poskytování první pomoci hrál dále velkou roli také Československý červený kříž, který však byl v době druhé světové války zrušen a veškerý jeho majetek zabaven (www.zzshmp.cz).

Za začátek moderní historie zdravotnického záchranného systému můžeme označit 70. léta minulého století. V následujících letech došlo k osamostatnění oborů anesteziologie a resuscitace, které se výrazně promítly i do poskytování přednemocniční péče, jednak rozvojem technického vybavení sanitních vozů, tak rovněž postupy v poskytování přednemocniční péče (REMEŠ et al., 2013), (DVOŘÁČEK, 2010).

Rok 1989 znamenal pro zdravotnictví další významné změny. Došlo ke zrušení Ústavu národního zdraví a byl vytvořen systém okresních a krajských nemocnic, také se objevila snaha osamostatnit záchrannou službu. K té došlo v roce 1993, kdy vznikla střediska zdravotnické záchranné služby, zřizované ministerstvem zdravotnictví a okresní střediska pod správou okresních úřadů. Během následujících 11 let je zdravotnická záchranná služba řízena samostatně v každém ze čtrnácti krajů (DVOŘÁČEK, 2010), (POKORNÝ, 2010).

1.3 Rozdělení výjezdových skupin

Pro potřeby přednemocniční neodkladné péče se využívají výjezdové skupiny, skládající se z lékaře, nelékařského zdravotnického pracovníka, tedy zdravotnického záchranáře a řidiče vozidla ZZS. Výjezdové skupiny podle složení dělíme na:

- výjezdovou skupinou rychlé lékařské pomoci tvoří tříčlenná posádka skládající se z lékaře, zdravotnického záchranáře a řidiče vozidla ZZS
- výjezdovou skupinu "rendez-vous" tvoří dvoučlenná posádka skládající se z lékaře a řidiče vozidla ZZS. RV až na výjimky spolupracuje s výjezdovými skupinami RZP, se kterými kooperuje pomocí setkávacího systému, pokud je vyžádán zásah lékaře
- výjezdovou skupinu rychlé zdravotnické pomoci tvoří dvoučlenná posádka skládající se ze zdravotnického záchranáře a řidiče vozidla ZZS, v závislosti na regionu zajišťují výjezdové skupiny RZP 30-80 % primárních zásahů
- výjezdovou skupinu letecké záchranné služby tvoří tříčlenná posádka skládající se z pilota, lékaře a zdravotnického záchranáře, letecká výjezdová skupina poskytuje primární péči v celém kraji (FRANĚK, 2009).

1.4 Zdravotnický záchranář

Zdravotnický záchranář se v České republice po získání odborné způsobilosti studiem na vysoké škole nebo vyšší odborné škole stává nelékařským zdravotnickým pracovníkem způsobilým k výkonu zdravotnického povolání a to bez odborného dohledu. V rámci své práce se zdravotnický záchranář velmi často dostává do náročné situace, při které je zkoušena schopnost zvládat velkou psychickou zátěž, ovládat své emoce, zvládat vlastní sebekontrolu a projevovat dostatečnou míru empatie. Práce u záchranné služby je náročná, často je nezbytné činit rozhodnutí pod časovým nátlakem. Záchranář by proto měl být klidný a schopný pracovat spolehlivě a to i ve stresových situacích. V rámci své práce by záchranář také měl myslet na spolupráci se svými kolegy, protože jeho práce je především týmová. Důležité pro zdravotnického záchranáře je také se celoživotně vzdělávat v nových postupech v oblasti urgentní medicíny (ANDRŠOVÁ, 2012).

1.5 Kompetence zdravotnického záchranáře

Zdravotnický záchranář vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby, a dále v rámci anesteziologicko-resuscitační péče a v rámci akutního příjmu specifickou ošetrovatelskou péči. Přitom zejména může

- a) monitorovat a hodnotit vitální funkce včetně snímání elektrokardiografického záznamu, průběžného sledování a hodnocení poruch rytmu, vyšetření a monitorování pulzním oxymetrem,*
- b) zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci s použitím ručních křísicích vaků, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu,*
- c) zajišťovat periferní žilní vstup, aplikovat krystaloidní roztoky a provádět nitrožilní aplikaci roztoků glukózy u pacienta s ověřenou hypoglykemií,*
- d) provádět orientační laboratorní vyšetření určená pro urgentní medicínu a orientačně je posuzovat,*

e) obsluhovat a udržovat vybavení všech kategorií dopravních prostředků, řídit pozemní dopravní prostředky, a to i v obtížných podmínkách jízdy s využitím výstražných zvukových a světelných zařízení,

f) provádět první ošetření ran, včetně zástavy krvácení,

g) zajišťovat nebo provádět bezpečné vyproštění, polohování, imobilizaci, transport pacientů a zajišťovat bezpečnost pacientů během transportu,

h) vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při řešení následků hromadných neštěstí v rámci integrovaného záchranného systému,

i) zajišťovat v případě potřeby péči o tělo zemřelého,

j) přejímat, kontrolovat a ukládat léčivé přípravky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,

k) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu,

m) provádět neodkladné výkony v rámci probíhajícího porodu,

n) přijímat, evidovat a vyhodnocovat tísňové výzvy z hlediska závažnosti zdravotního stavu pacienta a podle stupně naléhavosti, zabezpečovat odpovídající způsob jejich řešení za použití telekomunikační a sdělovací techniky,

o) provádět telefonní instruktáž k poskytování první pomoci a poskytovat další potřebné rady za použití vhodného psychologického přístupu.

Zdravotnický záchranář v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby, a dále v rámci anesteziologicko-resuscitační péče a v rámci akutního příjmu může bez odborného dohledu na základě indikace lékaře vykonávat činnosti při poskytování diagnostické a léčebné péče. Přitom zejména může

a) zajišťovat dýchací cesty dostupnými pomůckami, zavádět a udržovat inhalační kyslíkovou terapii, zajišťovat přístrojovou ventilaci s parametry určenými lékařem, pečovat o dýchací cesty pacientů i při umělé plicní ventilaci,

b) podávat léčivé přípravky, včetně krevních derivátů,

- c) asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků a ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji,*
- d) provádět katetrizaci močového měchýře dospělých a dívek nad 10 let,*
- e) odebírat biologický materiál na vyšetření,*
- f) asistovat při porodu a provádět první ošetření novorozence,*
- g) zajišťovat intraoseální vstup (ČESKO, 2011, § 17)*

2 Urgentní medicína

Urgentní medicína se zabývá víceoborovou problematikou diagnostiky, prvotního ošetření a léčení náhle vzniklých stavů bezprostředního ohrožení života a všech náhlých onemocnění a úrazů (REMEŠ et al., 2013), (DOBIÁŠ, 2012).

Náplní činnosti urgentní medicíny je včasné určení diagnózy a léčení všech stavů ohrožujících bezprostředně život. Časná a správná koordinace péče omezuje bezprostřední i pozdní mortalitu pacientů a snižuje závažnost morbiditu v souvislosti s náhlým onemocněním (REMEŠ et al., 2013), (POKORNÝ, 2010).

2.1 Charakteristika urgentní medicíny

Urgentní zdravotní péče by měla být dostupná komukoli a kdykoli v situacích zdravotní tísně, což si žádá adekvátní systém poskytující péči pacientům s nejrůznějším akutním onemocněním (REMEŠ et al., 2013).

Poskytování urgentní péče začíná bezprostředně po vzniku akutního stavu na místě a trvá během dopravy až do definitivního ošetření. Optimálním místem pro zajištění plynulého přechodu z přednemocniční do nemocniční neodkladné péče je oddělení urgentního příjmu nemocnice. Urgentní medicína se primárně zabývá náhle vzniklými poruchami zdraví, vyžadující odbornou přednemocniční a nemocniční péči. Obor urgentní medicíny díky tomu naplňuje vědecké, klinické i organizační potřeby medicínské disciplíny (DOBIÁŠ, 2012), (POKORNÝ, 2010).

Nedílnou součástí urgentní medicíny je i složka organizační. Zahrnuje transport pod dohledem odborného zdravotnického personálu do vhodného nejbližšího zdravotnického zařízení, schopného poskytnout pacientovi definitivní ošetření. Dále urgentní medicína zahrnuje resuscitační a intenzivní péči během transportu pacientů mezi nemocnicemi. Základním charakterem oboru je komplexnost přednemocniční i nemocniční časně neodkladné péče, která zahrnuje pacienty všech skupin, bez rozdílu věku a škálu všech urgentních, život ohrožujících stavů. V oboru se vychází z praktických zkušeností a analýz rozličných typů hromadných neštěstí, rizik a doporučuje ideální typ léčebného, třídícího i transportního postupu s minimalizací zdravotních následků (HLAVÁČKOVÁ et al., 2007), (DOBIÁŠ, 2012), (POKORNÝ, 2010).

Zásadním významem v urgentní medicíně je týmová práce. Základem je těsná spolupráce všech členů zdravotnického týmu, účinný sled péče vyžadující koordinaci mezi poskytovateli PNP, nemocničními odborníky a dalšími pracovníky. Urgentní medicína funguje jako samostatný lékařský obor (HLAVÁČKOVÁ et al., 2007).

2.2 Urgentní medicína a zdravotnická záchranná služba

U pacientů v kritickém stavu je životně důležité poskytnutí co nejrychlejší první pomoci na adekvátní úrovni a v co nejkratším čase od vzniku obtíží postiženého dopravit do nemocnice, jedině tak máme naději na úspěch. K tomuto účelu slouží zdravotnická záchranná služba, kdy hlavním cílem zůstává co největší zmírnění následků akutního postižení. V případě výpadku jakéhokoliv bodu v záchranném řetězci naděje na záchranu postiženého rapidně klesá (REMEŠ et al., 2013).

Zdravotnické tísňové výzvy jsou na území České republiky přijímány na telefonním čísle 155 a směřovány řídicímu operačnímu středisku příslušné záchranné služby. Je možné také využít linku 112, jednotné evropské číslo tísňového volání, které provozuje hasičský záchranný sbor České republiky, odkud jsou hovory přepojeny právě na linku 155 (REMEŠ et al., 2013), (POKORNÝ, 2010).

Operátor tísňového centra vyhodnocuje výzvu a nasadí nejvhodnější a nejbližší zdravotnické posádky, posoudí dostupné prostředky, tak aby se pomoc dostala k postiženému nejdéle do zákonem stanovené dojezdové doby 20 minut. Výjezdová skupina na pokyn operačního střediska přijímá výzvu a nejpozději do 2 minut vyjíždí k zásahu. Na místě zásahu provede základní diagnostiku, dle svých kompetencí, provede monitoring a ustálení základních životních funkcí a zajistí případná nutná léčebná opatření. Dále se výjezdová skupina postará o co nejrychlejší bezpečný transport do nejbližšího adekvátního zdravotnického zařízení (REMEŠ et al., 2013), (POKORNÝ, 2010).

3 Oddělení urgentního příjmu

V době modernizace českého zdravotnictví a stále rostoucím počtem pacientů jsou na zdravotnická zařízení kladeny stále větší požadavky, což logicky zvyšuje i požadavky na počet lůžek řešících akutní stavy. Urgentní příjem je centralizované pracoviště zajišťující celou škálu zdravotnických služeb, včetně akutní lůžkové péče. Oddělení urgentního příjmu je díky svému personálnímu a přístrojovému vybavení ideálním místem přechodu z přednemocniční neodkladné péče do nemocniční péče. Jsou zde předáváni pacienti především od zdravotnické záchranné služby, zdravotnické dopravní služby ale i příchozí pacienti. Ve spoustě nemocnic však stále urgentní příjmy chybí a tak dochází k předání pacientů od ZZS do akutní nemocniční péče na odborných ambulancích podle povahy onemocnění, což může vést k život ohrožující prodlevě a protahování následné nemocniční péče o pacienta (POLÁK, 2014).

3.1 Úsek informací urgentního příjmu

Toto pracoviště slouží jako vstupní bod na OUP. Úsek informací se dá považovat za jakýsi mozek urgentního příjmu, je dělen na dvě části a ideálně by se měl nacházet v přízemí nemocnice. Úsek by měl být bezbariérový, ideálně se zabudovaným vjezdem pro sanitní vozidla, tak aby mohl personál plynně manipulovat s imobilními osobami. Nesmí chybět ani viditelné označení vstupu z venku, které usnadní orientaci příchozím pacientům (VILÁŠEK, 2014).

V rámci recepce urgentního příjmu dochází k prvnímu třídění všech pacientů podle závažnosti onemocnění (triage). Stejný úkol přebírá recepce i při mimořádných událostech, probíhá zde také administrativní část příjmu a propouštění pacientů (HUBÁČEK, 2006).

Triage je prováděna nelékařským zdravotnickým pracovníkem a pouze v případě závažnějších stavů a nejasností je k posouzení stavu přivolán lékař. Pro potřeby rozdělení jednotlivých stavů a závažnosti je rozdělujeme do třech skupin podle časové naléhavosti.

- Priorita č. 1 – označuje pacienty s nejzávažnějším až kritickým stavem, rozlišují se červenou barvou, nejčastěji štítkem nebo visačkou. Pacienti patřící do této skupiny vyžadují neodkladnou lékařskou péči, a jsou upřednostněni před všemi ostatními (ČESKO, 2008).
- Priorita č. 2 – označuje pacienty se stabilními životními funkcemi, jejich základní životní funkce jsou tedy stabilní, ale povaha jejich onemocnění vyžaduje neodkladné ošetření, protože jejich povaha obtíží jim neumožňuje normální fungování. Pacienti s tímto stupněm priority by měli být ošetřeni do dvou hodin od příchodu. Nemocní s touto prioritou se označují žlutou barvou, páskem, štítkem nebo visačkou a jsou ošetřováni hned po pacientech s prioritou č. 1 (ČESKO, 2008).
- Priorita č. 3 – označuje pacienty s relativně lehkým onemocněním nevyžadující akutní ošetření, jejich ošetření je tedy odložitelné. Pacienti s touto prioritou jsou soběstační. Řešení obtíží u těchto pacientů je podle možností urgentního příjmu možné odložit o dvě až dvacet čtyři hodin při pobytu na urgentním příjmu. Označují se zelenou barvou a přichází na řadu hned po pacientech s prioritou č. 1 a č. 2 (ČESKO, 2008).

Součástí prostoru urgentního příjmu je také dostatečně velká čekárna pro pacienty. V ideálním případě je v rámci čekárny také místo pro sdílení informací s příbuznými pacientů. Nutností je také dostatečný počet lehátek a křesel pro imobilní pacienty (DENKOVÁ, 2011).

3.2 Dispečink urgentního příjmu

Dispečink UP je oddělení, jehož činností je koordinace celého urgentního příjmu a to jak uvnitř nemocnice tak i navenek. Pro potřeby ošetřování pacientů nejrůznějších typů onemocnění je OUP vybaveno potřebným hardwarem a softwarem, který slouží ke sledování a řízení činností všech úseků urgentního příjmu. Stejně tak dispečink OUP slouží i k informování a svolávání jednotlivých konziliářů pokud jich je potřeba. Na tomto místě se přijímají vnitřní hovory, tísňové telefonní linky např. pro svolání resuscitačního týmu. Je zde k dispozici také dostatek telefonních linek pro vnitro-nemocniční komunikaci. Zákon o ZZS ukládá nemocnici zřízení kontaktního místa, které slouží pro komunikaci mezi zdravotnickým operačním střediskem, jednotlivými výjezdovými skupinami ZZS a nemocnicí. Toto místo je umístěno právě na dispečinku

OUP. Pro potřeby umístění akutních pacientů přivezených ZZS monitoruje dispečink urgentního příjmu také kapacitu volných míst v nemocnici. Dalším úkolem dispečinku OUP je udržovat komunikační spojení s ostatními složkami IZS (Policíí ČR a Hasičským záchranným sborem), případně nemocniční bezpečnostní službou. Všechny hovory jsou též nahrávány, pro případnou pozdější potřebu. Pokud je vyhlášena mimořádná událost, stává se tento úsek součástí krizového štábu, přičemž vedoucím pracovníkem dispečinku se stává pověřený lékař vysokopražového příjmu (ŠTĚTINA, 2014), (SAMIR, 2012).

3.3 Nízkopražový příjem

Úsek OUP, který slouží, jako odborné ambulance pro pacienty u kterých došlo k exacerbaci chronického onemocnění nebo ke zhoršení stavu, ale bez zjevného ohrožení vitálních funkcí. O fungování nízkopražového příjmu se stará lékař OUP ve spolupráci s konziliáři se specialisty v oboru a dostatečným počtem NLZP. Stejně jako na výše uvedenou část UP jsou i sem pacienti přiváženi ZZS, samovolně přichází nebo jsou doporučeni k dovyšetření svým praktickým lékařem, případně přeposláni z ordinace LSPP. Pro tuto část OUP se počítá s nejvyšší koncentrací pacientů, proto musí být náležitě personálně i prostorově vybavena (DENKOVÁ, 2011), (ŠTĚTINA, 2014).

Ambulance v rámci nízkopražové části OUP jsou především: chirurgie, traumatologie-ortopedie, interna, neurologie, urologie, oční, gynekologie, ORL. V rámci gynekologie by neměli být řešeny porody, pro tento případ se doporučuje řešit situaci přímo na gynekologicko – porodnickém oddělení. Součástí chirurgického oddělení je i malý zákrový sál pro provádění základních chirurgických úkonů. Součástí technického vybavení by měl být též ultrasonograf a rentgen jako součást vyšetřovacích metod (CZUDEK, 2009).

Po příchodu pacienta do ambulance se na základě jeho zdravotního stavu v rámci triage stanoví prioritnost závažnosti jeho onemocnění, podle které je pacient poté ošetřen. Následně je zahájena adekvátní ambulantní léčba. Pokud zdravotní stav pacienta vyžaduje delší ošetření, ale lékař nedoporučí pacienta k přijetí na oddělení, může lékař indikovat umístění pacienta na expektační lůžko. Jestliže pacientův stav vyžaduje hospitalizaci, může být umístěn na některém z nemocničních oddělení dle charakteru

svého onemocnění. V případě, že je ambulantní péče úspěšná, je pacient propuštěn do domácího ošetřování a je mu doporučena kontrola u svého praktického lékaře nebo specialisty, opět v závislosti na povaze onemocnění (DENKOVÁ, 2011).

3.4 Vysokoprahový příjem

Vysokoprahový příjem slouží především k přijímání pacientů s již probíhajícím selháním základních životních funkcí, tedy pacientů v akutním ohrožení života. Pro tyto účely je vysokoprahový příjem rozdělen do několika intenzivních boxů. Rozdělení umožňuje samostatnou práci více týmů souběžně a v případě potřeby také izolaci infekčního pacienta, tak aby nebylo fungování urgentního příjmu narušeno. Každý vyšetřovací box musí být také vybaven plně vybaveným resuscitačním lehátkem a samostatným vchodem, který umožňuje vstup pacienta bez kontaktu s ostatními částmi příjmu. O fungování intenzivních boxů se stará lékař urgentního příjmu s konziliáři různých oborů a dostatečný počet ostatních zdravotnických pracovníků, tedy NLZP a PZP (POLÁK, 2014), (POKORNÝ, 2010).

Pacienti, kteří se dostanou na vysokoprahový příjem, jsou ve většině případů dovezeni ZZS a to jak pozemní cestou tak i leteckou, po předchozím avizování od ZOS. Službu konající personál OUP si také může vyžádat přímou konzultaci s výjezdovou skupinou na místě, aby tak získal co nejpřesnější informace o pacientovi, ještě předtím než je dovezen. Obzvláště předchozí anamnéza pacienta je velice důležitá, díky tomu může být zabráněno případným komplikacím před samotným fyzickým předáním pacienta. Konzultace mezi ZOS, potažmo zasahující výjezdovou skupinou ZZS a cílovým OUP tedy mohou mít zásadní vliv na prognózu onemocnění pacienta. Avizování, tedy předání informací o transportovaném pacientovi ZZS na OUP je nejlepší podat formou strukturované informace (viz Příloha č. 2). U takto závažných stavů, je také zapotřebí co nejrychlejší diagnostika, tedy přímé navázání vyšetřovacího komplementu. Pro tyto případy je OUP vybaveno laboratorní technikou POCT (viz Příloha č. 3). Dalším důležitým bodem je blízká dostupnost urgentního operačního sálu a krevních derivátů, připravených k urychlené indikaci. V současné době se také rozmáhá dálkový přenos dat, tímto systémem však prozatím nejsou vybaveny všechny nemocnice v České republice. (POLÁK, 2014), (POKORNÝ, 2010).

Poté co je pacient předán do intenzivního boxu pokračuje se ve stabilizaci základních životních funkcí a případně je pacient připravován na zahájení operačního výkonu. Následně jsou k pacientovi přivoláni konziliáři, kteří provedou potřebná dovyšetření. Mezitím je pacient pomocí všech komplementárních metod vyšetřován. Poté je pacient dle určené diagnózy předán do péče příslušného oddělení např. ARO, JIP, standardního či expektačního lůžka, nebo je transportován na sál k provedení akutního výkonu. V některých případech může být pacient transportován s odůvodněním překlady do jiného zdravotnického zařízení (DENKOVÁ, 2011), (POKORNÝ, 2010).

3.5 Lékařská služba první pomoci

V dnešní době přeplněných ordinací praktických lékařů, kdy někteří z nich pro kapacitní důvody nemohou přijímat další pacienty je část jejich práce přenášena také do nemocnic v podobě ordinací LSPP. K nárůstu pacientů tak dochází zejména v odpoledních hodinách, v noci a o víkendech, kdy jsou ordinace PL uzavřeny. Pacienti, kteří se dostaví do nemocnice a jsou pomocí triage umístěny do ordinace LSPP přichází většinou s minimálním poškozením zdraví. Většinou se jedná o běžná onemocnění spadající do kompetence praktických lékařů. Z toho důvodu je pro nemocnici výhodné v rámci OUP zřídit právě samostatnou bezprahovou ambulanci nebo ambulanci praktického lékaře, která slouží právě jako filtr pacientů s minimálním poškozením zdraví a uleví tak nízkoprahové části urgentního příjmu. Lékařská služba první pomoci by také měla mít svou vlastní čekárnu (VILÁŠEK, 2014), (POKORNÝ, 2010).

3.6 Expektační lůžka

Jde o lůžka, kde je pacient umístěn, v rámci diagnostického okna než lékař stanoví finální diagnózu, nebo za účelem krátkodobé terapie, případně pokud čeká na výsledky vyšetření. Doba, kterou pacient stráví na expektačním lůžku, by neměla překročit 24 hodin. Během této doby se rozhodne, zdali se bude pacient přijímat na oddělení, nebo bude propuštěn do domácího ošetření. Dále mohou expektační lůžka sloužit také jako místo k observaci pacientů, u kterých je rozhodnuto o přesunu do jiného zdravotnického zařízení v pozdějších hodinách. Tato lůžka také ulevují standardním lůžkovým oddělením například od etyliků, pacientů s kolikou nebo postastmatickým či epileptickým záchvatem (www.urgmed.cz, 2011).

Nejlepším způsobem uspořádání lůžek je tzv. halové, jejichž počet závisí na velikosti spádové oblasti a počtu příjmů. Na některých pracovištích mají expektační lůžka k dispozici monitoraci základních životních funkcí u všech přítomných lůžek (www.urgmed.cz, 2011).

V některých nemocnicích slouží personál UP jako resuscitační tým nemocnice, přičemž je jejich mobilita po nemocnici zajištěna pomocí sanitního vozidla. OUP slouží také jako školící a výukové pracoviště pro studenty oboru urgentní medicíny a je místem jejich atestačních příprav (www.urgmed.cz, 2011).

3.7 Ekonomické a organizační aspekty fungování OUP

Zavedení centralizované péče v podobě OUP přináší pro nemocnici také značné finanční i organizační úspory. Pro bezproblémové fungování urgentního příjmu je potřeba ho dostatečně materiálně a personálně zabezpečit (VILÁŠEK, 2014).

Dalším důležitým faktorem je také dokumentace, která by měla být co nejjednodušší, aby zbytečně nezatěžovala personál a nedocházelo tak k prodlevám na úkor psaní dokumentace. Je důležité, aby dokumentace obsahovala vše potřebné, včetně sledování kvality péče, zaznamenané medikace a prováděných výkonů. Neméně důležité je také správné nastavení smluv se zdravotními pojišťovnami (VILÁŠEK, 2014).

4 Problematika předávání pacientů mezi ZZS a zdravotnickým zařízením

4.1 Předávání pacientů dle zákona

Předávání pacientů a problematika s tím spojená je zmíněná v zákoně č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě. § 6 tohoto zákona nařizuje k plynulému zajištění návaznosti poskytnutí zdravotních služeb mimo jiné následující povinnosti:

- a) zřídit kontaktní místo pro spolupráci s poskytovatelem zdravotnické záchranné služby za účelem zajištění příjmu pacienta a neodkladného pokračování v poskytování zdravotních služeb; zřídí-li poskytovatel akutní lůžkové péče urgentní příjem, je kontaktní místo jeho součástí,*
- b) zajistit nepřetržité předávání informací o počtu volných akutních lůžek svému kontaktnímu místu,*
- c) nepřetržitě spolupracovat prostřednictvím kontaktního místa se zdravotnickým operačním střediskem nebo pomocným operačním střediskem,*
- d) bezodkladně informovat zdravotnické operační středisko nebo pomocné operační středisko o provozních závadách a jiných skutečnostech, které podstatně omezují poskytování neodkladné péče,*
- e) poskytnout na výzvu poskytovatele zdravotnické záchranné služby součinnost při záchranných a likvidačních pracích při řešení mimořádných událostí a krizových situací (ČESKO, 2011, § 6).*

Pokud kontaktní místo nemocnice potvrdí ZOS možnost přijmout pacienta je poskytovatel cílené akutní lůžkové péče povinen tohoto pacienta přijmout. Stejně tak je povinností poskytovatele cílené akutní lůžkové péče přijmout jakéhokoliv pacienta v přímém ohrožení života (ČESKO, 2011)

Převzetí pacienta do své péče je cílový poskytovatel akutní lůžkové péče povinen písemně potvrdit vedoucímu výjezdové skupiny (ČESKO, 2011, § 6).

Nedílnou součástí předávání pacientů mezi zdravotnickou záchrannou službou a zdravotnickým zařízením je zdravotnické operační středisko. Úlohou ZOS je mimo jiné: „Zajišťování komunikace mezi poskytovatelem zdravotnické záchranné služby a poskytovateli akutní lůžkové péče a koordinace předávání pacientů cílovým poskytovatelům akutní lůžkové péče“ (ČESKO, 2011, § 11).

ZZ jsou povinna informovat ZZS o své volné příjmové kapacitě. Díky tomu může pak ZZS rovnoměrně oslovovat ZZ s žádostí o příjem pacienta a nemusí ztrácet čas s oslovováním ZZ, která aktuálně z kapacitních nebo technických důvodů nejsou schopna pacienta přijmout. (DOLEČEK, 2013, s. 2)

4.2 Práva a povinnosti pacientů

Pro správné fungování komunikace mezi zdravotníkem a pacientem, tak aby nedocházelo ani na jedné straně k nedorozumění, je potřeba znát základní práva a povinnosti obou stran (HVĚZDOVÁ, 2006).

4.2.1 Práva pacientů

a) Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li zákon jinak,

b) Pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni. Náležitou odbornou úroveň se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti,

c) na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb,

d) zvolit si poskytovatele oprávněného k poskytování zdravotních služeb, které odpovídají zdravotním potřebám pacienta, a zdravotnické zařízení, pokud právní předpisy nestanoví jinak,

e) znát jména a příjmení zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků přímo zúčastněných na poskytování zdravotních služeb a osob připravujících se na výkon zdravotnického povolání (ČESKO, 2011, § 46).

4.2.2 Povinnosti pacientů

a) dodržovat navržený individuální léčebný postup, pokud s poskytováním zdravotních služeb vyslovil souhlas,

b) pravdivě informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb,

c) nepožívat během prováděné léčby alkohol nebo jiné návykové látky a podrobit se na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře v odůvodněných případech vyšetřením za účelem prokázání, zda je nebo není pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek (ČESKO, 2011, § 46).

4.3 Faktory ovlivňující předávání pacientů

Předávání pacientů je nezbytnou součástí aspektů týkajících se péče o nemocného. Jedná se o profesionální předání zodpovědnosti a výměnu informací o daném pacientovi mezi ošetřujícími zdravotníky (MATLOCHOVÁ, 2013).

Známe různé formy předávání, mezi ně patří ústní, písemná a elektronická forma. Ideálním stavem je kombinace více forem předávání. Faktory ovlivňující předávání pacientů jsou:

- okolní prostředí, tedy hluk nebo rušení
- lidský faktor, selhání, chyba
- nepozornost, věnování se více věcem najednou
- nesprávná komunikace mezi personálem

Správné předání pacienta je naprosto klíčovou částí pro zajištění adekvátní péče. Uchování správných informací o pacientovi během předávání pacienta je nezbytné pro zajištění správné návaznosti péče o pacienta a podmínkou bezpečného ošetření. Zamlčení nebo kterékoli zapomenutí informací mohou mít v důsledku vážné následky, opomenutí důležitých informací o pacientovi (podaná medikace, alergie...). Podle studií je považováno za ideální ústní předávání v kombinaci s písemnou formou (MATLOCHOVÁ, 2013).

Úskalí s komunikací se v posledních letech dostalo do popředí zájmů celé společnosti a to především v oblasti zdravotnictví. Komunikace a její úskalí jsou často popisovány pouze z jednoho pohledu. Pro pochopení vzniku nedorozumění v komunikaci je potřeba věc posuzovat celkově (VONDRÁČEK, 2008). Za prvé je potřeba si uvědomit, že lidé mají přirozený strach z neznámého. Ve chvíli kdy se člověk dostane do neznámého prostředí (zdravotnické zařízení) a navíc má zdravotní problém, může to u něj být spouštěč stresu. Ve chvíli kdy stres u pacienta eskaluje, stává se negativním faktorem. Pokud k takto vystresovanému pacientovi přistoupí (unavený, nebo stejně vystresovaný) zdravotník, může rychle dojít ke snížení sebekontroly, a tak ke vzniku konfliktu v komunikaci (PEKARA, 2015). Pokud tedy chceme kvalifikovaně mluvit o úskalích komunikace, nesmíme výběr zúžit pouze na rozhovor mezi pacientem a lékařem. Nedorozumění panují na všeobecné úrovni, tedy jak mezi lékařem a pacientem, tak i mezi lékaři a NLZP a v neposlední řadě i mezi pacienty samotnými a jejich doprovodem. Stres, bezmoc, psychická i fyzická zátěž tedy mohou být příčinou nedorozumění a problémů v komunikaci (VONDRÁČEK, 2008), (PEKARA, 2015).

Právní předpis vycházející z listiny základních práv a svobod nám garantuje rovnost mezi pacientem a zdravotníkem a deklaruje svobodu rozhodnutí. Se svobodným rozhodováním však přichází i odpovědnost za svá rozhodnutí (viz kapitola 4.2). V praxi může problém s komunikací nastat například s tzv. Negativním reversem, kdy pacient odmítne doporučený postup určený zdravotníkem, ale dostatečně si neuvědomí možné zdravotní následky tím způsobené (VONDRÁČEK, 2008). Příčinou tohoto rozhodnutí (negativní revers) může být opět stres (pacient se náhle dostal do nemocnice a nyní tam má zůstat), nebo nedostatečné vysvětlení závažnosti onemocnění ze strany zdravotníka (HOLCÁT, 2008), (PEKARA, 2015).

Další z příčin problémů v komunikaci nemusíme hledat v samotném zdravotnictví, nýbrž v obrazu dnešní společnosti a způsobu výchovy. Jedním z hlavních faktorů je genetická dědičnost a prostředí, ve kterém daný jedinec vyrůstá. Pokud má potomek například agresivního otce, je pravděpodobné, že se bude časem chovat stejně agresivně (MARTÍNEK, 2009). Vliv moderních trendů na společnost bourá některé, dříve postavené hranice. Současná televizní tvorba, akční hry, medializace válek, kriminálních činů a celkově dravější životní styl mají za následek přirozeně agresivnější přístup člověka ke společnosti. Zejména zástupci mladé generace považují agresivní vyjadřování za již zcela normální (MARTÍNEK, 2009).

5 Praktická část

Pro praktickou část této bakalářské práce byly zvoleny kazuistiky, u kterých byl autor přítomen od samotného počátku při převzetí od zdravotnické záchranné služby. Kazuistiky nám poukazují na problematiku komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem i mezi zdravotnickou záchrannou službou a personálem příjmového oddělení. V textu praktické části jsou využita data z interního nemocničního systému Centrálního příjmu FNKV, se souhlasem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (viz Příloha č. 5). Dále autor čerpal z osobních rozhovorů se zdravotnickými záchranáři, kteří se popisovaných kazuistik osobně účastnili jako členové výjezdových skupin.

Cílem praktické části je poukázat na dobré příklady komunikace mezi zdravotníky a popsat řešení v konkrétních situacích, tak aby docházelo co možná nejméně k nedostatkům a přehlédnutím důležitých informací. **Z hlediska zaměření tématu práce v kazuistikách cíleně popisujeme jednotlivé zásahy a postup výjezdových skupin ZZS, jejich přístup k pacientům, transport a následné předávání v nemocničním zařízení.** Při výběru kazuistik autor vybíral z velkého množství prožitých situací. Vybrané kazuistiky byly zvoleny z důvodu příkladné komunikace mezi všemi zúčastněnými a mohou tak sloužit jako příklady dobré praxe. Kazuistiky jsou psány systematicky a jsou z důvodu lepší přehlednosti rozděleny na popis situace z pohledu zdravotnické záchranné služby a příjmového oddělení nemocnice. V kazuistikách je zachována plná anonymita všech zúčastněných osob i míst událostí.

5.1 Kazuistika č. 1

Popis výzvy

Příjem výzvy na čísle 155 od dcery pacientky, pro celkové zhoršení stavu.

čas výzvy 11:38

čas výjezdu 11:39, na místo vyslán vůz RZP

čas příjezdu 11:42

začátek ošetření 11:43

předání zdravotnickému zařízení 12:15

Popis události ze strany zdravotnické záchranné služby

Dispečer ZOS přijal v 11:38 hovor od ženy středního věku, která se dožaduje pomoci pro svoji 61letou matku z důvodu dlouhotrvajícího zhoršování jejího stavu a progresi kašle. V 11:38 přijala výjezdová skupina RZP výzvu a vyrazila z výjezdového stanoviště. V 11:42 dorazili záchranáři na místo, kde již čekala volající, tedy dcera pacientky, která doprovodila záchranáře do druhého patra budovy. Po vstupu do bytu našli záchranáři 61letou pacientku. Pacientka ležela na posteli, dominoval u ní kašel. Podle dcery stav trval asi týden, v posledních dvou dnech nastalo zhoršení. Záchranáři provedli základní fyziologická vyšetření a zjistili následující hodnoty: krevní tlak 140/80, srdeční frekvence 105/min, SpO₂ 96 %, tělesná teplota 38,5 °C, dechová frekvence 15. Během následujícího základního neurologického vyšetření jevila pacientka známky zmatenosti a postrádala orientaci časem (GCS 3-4-6), zornice byly izokorické s normální fotoreakcí, celkově pacientka neprojevovala známky lateralizace. Během celkového vyšetření si pacientka stěžovala na bolest žaludku, kašel a celkovou slabost těla, dále udávala také pálení na hrudi (týdenní) spojené s vykašláváním. Břícho měla měkké, v oblasti žaludku bolestivé, měla snížený kožní turgor, pohyby všech končetin byly normální, byla bez otoků. Z anamnézy záchranáři zjistili, že pacientka trpí tumorem žaludku. Záchranáři shledali pacientku stabilizovanou, a proto jí pomocí transportního křesla transportovali do sanitního vozu. Ve vozidle byla pacientka přeložena na nosítka a byl jí zajištěn periferní žilní vstup na pravé horní končetině, podán byl FR 1/1 250 ml. Z důvodu krátké vzdálenosti dojezdu do nejbližšího zdravotnického zařízení (2 minuty) se záchranáři rozhodli neprovádět další úkony a pacientku co nejdříve transportovat do nemocnice. Následoval zápis do dokumentace a převoz do zdravotnického zařízení.

Transport do zdravotnického zařízení proběhl bez komplikací. Pacientka byla převážena v polosedě. Ve 12:15 dorazila výjezdová skupina do nemocnice a jeden ze záchranářů předal pacientku sloužícímu lékaři na centrálním příjmu. Při předání zvolil záchranář pracovní diagnózu virózu při tumoru žaludku. Lékař centrálního příjmu se dále vyptával na základní fyziologické údaje o pacientce a záchranář mu ve zkrácené verzi popsal celý průběh zásahu, následně záchranář lékaře informoval o možnosti kardiální příčiny obtíží a vysvětlil, že z důvodu krátké dojezdové vzdálenosti neprováděl EKG. Lékař stvrdil záchranáři předání pacientky do péče zdravotnického zařízení svým podpisem a razítkem kliniky. Poté byla pacientka přeložena na nemocniční lehátko a ponechána v čekárně. Záchranáři opustili prostory centrálního příjmu, uklidili a připravili sanitní vůz na další zásah a odjeli zpět na výjezdové stanoviště.

Popis události ze strany urgentního příjmu nemocnice

Službu konající lékař centrálního příjmu se na základně informací převzatých od záchranářů rozhodl pro neodkladné vyšetření z důvodu vyloučení kardiální příčiny a v rámci nemocniční triage přidělil pacientce číslo jedna, tedy neodkladné vyšetření. Ve 12:20 byla pacientka přesunuta do vyšetřovacího boxu a sestra zahájila vyšetření základních fyziologických funkcí. Dcera, která během předávání pacientky dorazila do nemocnice svými prostředky, byla požádána, zdali muže po dobu vyšetření zůstat v čekárně. Měření fyziologických funkcí byly zjištěny následující údaje, krevní tlak 150/95, srdeční frekvence 110/min, SpO₂ 95 %, tělesná teplota 38,6 °C, dechová frekvence 16. Pacientka si dále stěžovala na pálení v krku a bolest hlavy. Celkově byla zesláblá a opocená. Poté následovalo vyšetření lékařem, které bylo zahájeno sběrem anamnézy. Z anamnézy lékař zjišťuje, že pacientka trpí tumorem žaludku, je po provedené hysterektomii a cholecystektomii. Následně lékař požádal sestru o provedení EKG vyšetření a sám přistoupil k celkovému vyšetření pacientky.

Celkový stav: Pacientka při vědomí, orientovaná, spolupracující. Hybnost aktivní, chodí s dopomocí. Kolorit normální, turgor lehce snížený, kachektická, tussis.

Hlava: Bez známek traumatu, pokleповě nebolestivá, bulby volně pohybuje všemi směry, skléry bílé, spojivky růžové, zornice izokorické. Jazyk plazí středem.

Krk: Náplň krčních žil nezvýšená, uzliny nehmatné, šíje volná.

Hrudník: souměrný, poslechově suché chropy, akce srdce pravidelná, bez šelestu

Břicho: V niveau, měkké, dýchá v celém rozsahu, hmatná rezistence v epigastriu, poklep bubínkový. Peristaltika auskultačně přítomna.

Končetiny: Dolní končetiny bez otoků a známek zánětu, periferní pulzace hmatná.

Páteř: Poklepově nebolestivá

Neurologické vyšetření: Bez lateralizace.

Po celkovém vyšetření lékař zkontroloval EKG záznam, objevil ST elevace ve svodech V1-V6 a negativní T ve svodu aVR a svodech V1-V6. Na základě této informace lékař posoudil stav jako možný probíhající akutní infarkt myokardu přední stěny. Po cíleném dotazu pacientka uvedla bolest za hrudní kostí (tlakovou). Lékař proto okamžitě kontaktoval službu konajícího kardiologa za účelem konsilia a nařídil provést odběr krve, zejména na zjištění hladiny troponinu, dále na biochemii, krevní obraz a koagulaci. Příchozí kardiolog potvrdil domněnku prvního lékaře a nařídil statimové ECHO vyšetření srdce, které diagnózu potvrdilo. Pacientka byla proto v doprovodu všeobecné sestry a kardiologa ihned přesunuta na koronární jednotku, kde byla hospitalizovaná a byla u ní zahájena léčba.

Analýza události

Výjezdová skupina ZZS dorazila na místo zásahu během tří minut, tedy zcela v mezích zákona 374/2011 Sb., který stanovuje dobu dojezdu k událostem. Záchranáři postupovali správně v souladu se všemi nařízeními. U pacientky byly provedeny všechny nezbytné úkony, sběr anamnézy i vyšetření proběhlo v pořádku. Rodina, v tomto případě dcera pacientky, byla s následným postupem dostatečně srozuměna. Záchranáři pacientku bezpečně transportovali do sanitního vozidla a bez zbytečných prostoje převezli do zdravotnického zařízení. Výjezdová skupina správně zvolila cestu do nejbližšího vhodného zdravotnického zařízení, což také ukládá zákon 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě.

Záchranný řetězec tedy v tomto případě zafungoval dobře. Při předání pacientky v nemocnici záchranáři sdělili všechny potřebné informace, stejně tak vysvětlili i zvolený postup, kterým postupovali. Během celé události nedošlo ani na jedné straně ke zbytečným prostoje, takže pacientka nebyla ohrožena na zdraví z důvodu prodlení. Komunikace mezi záchranáři a pacientkou proběhla také dobře. Celému zásahu byla

přítomna i dcera pacientky, která obtíže pacientky potvrdila. Během předávání pacientky v nemocnici záchranáři nezapomněli zmínit i možnost kardiální příčiny obtíží, což bylo zcela zásadní pro vývoj situace. Sloužící lékař v nemocnici byl totiž zpočátku odkázán pouze na ústní předání pacientky od záchranářů a na základně informací od nich získaných stanovil prioritu ošetření. Komunikace v tomto případě fungovala výborně i mezi zdravotníky a lékař správně posoudil stav. Můžeme tedy hovořit o výborné spolupráci mezi zdravotnickou záchrannou službou a zdravotnickým zařízením.

5.2 Kazuistika č. 2

Popis výzvy

- Operátorka na čísle 155 přijímá výzvu pro zmatenost
- Čas výzvy 15:48
- Čas výjezdu 15:50
- Čas příjezdu 16:03
- Na místo byl vyslán vůz RZP

Popis události ze strany zdravotnické záchranné služby

Operátorka ZOS přijala v 15:48 výzvu od paní XY, která popsala náhle vzniklou zmatenost u své sousedky. Operátorka po zjištění přesné adresy události předala výzvu výjezdové skupině RZP, která v 15:50 vyjela na místo události. Po příjezdu výjezdové skupiny na místo v 16:03, již čekala před domem jiná sousedka, která mávala na příjíždějící sanitku. Následně doprovodila oba záchranáře do 6. patra budovy, kde se nacházela pacientka společně s vnučkou a sousedkou, která volala na tísňovou linku. Při příchodu záchranářů do bytu se pacientka nacházela na balkóně, seděla na židli. Řidič vozidla ZZS začal měřit krevní tlak, mezitím zdravotnický záchranář zjistil základní anamnézu a průběh celého incidentu od svědků. Svědkyně popsaly, že se paní náhle udělalo nevolno a jakoby se sesunula na židli, poté co si šla na balón zapálit cigaretu. Nato už se nemohla zvednout a působila zpoceně, proto se sousedka, která často bývá u pacientky na návštěvě, rozhodla zavolat záchranku. Řidič vozidla ZZS mezitím změřil fyziologické funkce a zjistil následující údaje: Krevní tlak 155/90, srdeční frekvence 110/min, SpO₂ 97%, tělesná teplota 37,4°C, dechová frekvence 20. Tyto informace předal zdravotnickému záchranáři, který dále zjistil následující: Pacientka 65 let, mírně obézní, trpěla dysartrií, dlouhodobě se léčila pouze s vysokým tlakem. Záchranář provedl základní neurologické vyšetření a zjistil postavení jazyka, který pacientka plazila vlevo, byla levostranně lateralizovaná a trpěla též levostrannou hemiparézou. Záchranář stav vyhodnotil jako možnou probíhající cévní mozkovou příhodu.

Po celkovém zhodnocení stavu se zdravotnický záchranář rozhodl pro zajištění periferního žilního vstupu na pravé horní končetině zelenou kanylou velikosti G18, při té příležitosti přeměřil záchranář pacientce hladinu glykémie, která činila 7,5

mmol/l. Od svědků záchranář zjistil celý časový průběh události a vše zaznamenal do dokumentace. Poté se společně s řidičem vozidla ZZS snažil zdravotnický záchranář pacientku naložit na transportní křeslo. Vzhledem k úzkému prostoru dveřního vstupu na balkon a celkově malému prostoru na balkóně se povedlo záchranářům pacientku naložit až na třetí pokus. Nato pacientku záchranáři transportovali výtahem do sanitního vozu. Ve voze byla pacientka přeložena na lehátko a byla připojena na čtyř svodové EKG, dále u ní byl přeměřen krevní tlak. Na EKG zdravotnický záchranář objevil sinusovou tachykardii, tlak byl 160/95. Po zajištění pacientky se zdravotnický záchranář přes dispečink spojil s nejbližším iktovým centrem, v tomto případě vzdáleném 22km a konzultoval celou situaci přímo s neurologem. Lékaři iktového centra sdělil průběh celého incidentu, věk, farmakologickou i zdravotní anamnézu a fyziologické funkce pacientky a hladinu její glykémie. Dále pak informoval iktové centrum prostřednictvím ZOS, zdali pacientka někdy v minulosti prodělala mozkovou příhodu, nežívala léky na ředění krve nebo neabsolvovala v posledních třech měsících operaci. Po sdělení všech informací bylo rozhodnuto o převozu pacientky do iktového centra cestou urgentního příjmu. Pacientce bylo podáno 100ml FR 1/1 a za kontinuálního monitoringu čtyř svodového EKG byl zahájen transport do iktového centra. Během převozu se pacientce stabilizovala srdeční akce a přešla do sinusového rytmu s frekvencí 75/min. Po příjezdu do nemocnice v 17:05 byla pacientka přeložena na nemocniční lehátko a zavezena do příjmového boxu. Záchranář popsal lékaři průběh celé situace.

Popis události ze strany urgentního příjmu nemocnice

V 16:45 informoval neurolog iktového centra vedoucího lékaře urgentního příjmu o brzkém příjezdu pacientky se suspektní cévní mozkovou příhodou a vzájemně konzultovali postup. Vedoucí lékař urgentního příjmu poté informoval ostatní personál urgentního příjmu o brzkém příjezdu pacientky a připravil vše potřebné pro její převzetí. V 17:05 dorazila pacientka do nemocnice, byla přeložena na nemocniční lehátko a transportována do jednoho z vyšetřovacích boxů. Záchranář předal všechny informace o pacientce vedoucímu lékaři urgentního příjmu, popsal průběh celého zásahu i časovou osu události, kterou získal od svědků, fyziologické funkce pacientky, hladinu glykémie a všechny úkony které u pacientky provedl. Předávání pacientky na urgentní příjem byl též přítomen neurolog iktového centra. Po rychlém zhodnocení

situace lékař shledal stav pacientky jako akutní a určil v rámci vstupní triage prioritu číslo jedna, tedy neodkladné ošetření. NLZP urgentního příjmu ihned po přeložení pacientky na vyšetřovací lůžko začal s měřením fyziologických funkcí s následujícími hodnotami: Krevní tlak 155/90, srdeční frekvence 80/min, dechová frekvence 16/min, SpO₂ 96%. Lékař urgentního příjmu dále indikoval vyšetření EKG, na kterém shledal sinusový rytmus s AV blokádou I. stupně, bez akutních ischemických změn. Následně lékař zahájil celkové vyšetření pacientky, NLZP mezitím provedl odběr krve na koagulaci, biochemii a krevní obraz. Lékař z vyšetření zjistil následující: GCS 13, bez poruchy paměti, hlava a krk beze změn, jazyk plazí vlevo, zornice izokorické, bez zvýšené náplně krčních žil, bez šelestů, šije volná, dýchání s mírně prodlouženým expíriem, břicho měkké, nebolestivé, peristaltika normální. Pacientka byla opocená, byla u ní zjevná dysartrie a progredující levostranná lateralizace. Stav pacientky se od prvotních příznaků mírně zlepšil, proto byl lékař schopen od pacientky získat anamnézu ústně. Z anamnézy vyplynulo prodělání ischemického iktu v říjnu 2010 a dlouhodobé léčení s arteriální hypertenzí, což se shodovalo s informacemi získanými záchranáři od vnučky pacientky. Dále lékař zjišťoval u pacientky alergickou a farmakologickou anamnézu, poté indikoval statimové CT vyšetření mozku. Popis CT vyšetření u pacientky prokázal probíhající cévní mozkovou příhodu, neurolog proto pacientku urychleně přijal na jednotku intenzivní péče pro zahájení léčby.

Analýza události

Operátorka ZOS správně vyhodnotila výzvu a vyslala na místo výjezdovou skupinu RZP složenou ze zdravotnického záchranáře a řidiče vozidla ZZS, která následně vyjela ve stanovém čase dvou minut od předání výzvy, což ukládá zákon 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě. Výjezdová skupina dorazila na místo zásahu o 13 minut později, tedy také v mezích výše zmíněného zákona. Po příjezdu na místo postupovali záchranáři správně, sběr anamnézy proběhl dobře. Byla získána celá časová osa události, od prvotních příznaků až po příjezd výjezdové skupiny, což bylo zásadní pro zahájení vhodné budoucí léčby. Zdravotnický záchranář dále zvolil při zajištění periferního žilního vstupu vhodný průměr kanyly (G18) a transport pacientky do sanitního vozidla proběhl v co možná nejkratším čase. Následný postup záchranářů v sanitním voze, kdy byla pacientka připojena na 4svodové EKG z důvodu

kontroly srdeční činnosti, byl také v pořádku. Správná diagnostika možné probíhající cévní mozkové příhody ze strany záchranářů a následná telefonická konzultace s iktovým centrem, jakožto úzce specializovaným centrem pro tyto případy, proběhla v souladu s doporučeným postupem neurologické společnosti. Předání pacientky v nemocničním zařízení proběhlo rychle a bez problému, také díky tomu, že byl příjezd pacientky dopředu avizován. Lékař urgentního příjmu pracoval profesionálně, s pacientkou sepsal pouze základní anamnézu a nařídil potřebná vyšetření tak, aby mohla být pacientka co možná nejdříve přijata k zahájení léčby. Profesionálně pracoval i celý tým NLZP urgentního příjmu, který zajistil odběr biologického materiálu a transport pacientky na vyšetření. Komunikace mezi lékařem a NLZP proběhla bez problému stejně tak i vzájemná souhra. U pacientky bylo provedeno statimové CT mozku a po stanovení definitivní diagnózy neurologem byla přijata na jednotku intenzivní péče. Od projevu prvotních příznaků u pacientky a volání na tísňovou linku v 15:48 do definitivního přijetí pacientky na intenzivní lůžko v 17:55 uplynulo něco přes dvě hodiny, což bylo zcela v mezích časového intervalu pro zahájení trombolýzy. V tomto případě tedy můžeme hovořit o ukázkové spolupráci mezi zdravotnickou záchrannou službou, ZOS nevyjímaje a urgentním příjmem nemocnice včetně specializovaného iktového centra.

5.3 Kazuistika č. 3

Popis výzvy

- Výzva přijata na čísle 155, volající byla manželka pacienta, pro akutní zhoršení dušnosti u svého manžela
- Čas výzvy 21:10
- Čas výjezdu 21:11
- Čas příjezdu 21:20
- Na místo vysláno vozidlo RZP

Popis události ze strany Zdravotnické záchranné služby

Ve 21:10 převzal operátor ZOS hovor od rozrušené ženy, která volala kvůli dechovým obtížím svého manžela. Dispečer ZOS situaci rychle vyhodnotil, zjistil přesnou adresu, odkud žena volala a poté na místo vyslal výjezdovou skupinu RZP složenou ze dvou zdravotnických záchranářů. Ve 21:11 vyrazil vůz RZP z výjezdové základny. Ve 21:20 dorazila výjezdová skupina na místo události. Místem zásahu byl rodinný domek na konci ulice. Po vstupu do rodinného domku, kam je pustila manželka pacienta, našli záchranáři postaršího muže v polosedě na posteli. Muž byl dušný, kašlal. Jeden ze zdravotnických záchranářů zahájil vyšetření fyziologických funkcí, kde zjistil následující hodnoty: Krevní tlak 150/80, srdeční frekvence 95/min, SpO₂ 71 %, tělesná teplota 36,9°C, dechová frekvence 25. Manželka pacienta uvedla, že manželův stav se od rána zhoršoval, většinu předchozí noci prý strávil v zakouřeném prostoru. Podle manželky je pacient pravidelný kuřák a léčí se s CHOPN IV. stupně. Z důvodu špatného stavu pacienta si zdravotnický záchranář vyžádal telefonickou konzultaci s lékařem ZZS prostřednictvím ZOS. Po krátké telefonické poradě mezi zdravotnickým záchranářem a lékařem ZZS bylo rozhodnuto o vyslání vozu RV v setkávacím systému na místo události. Po ukončení hovoru s lékařem nasadil zdravotnický záchranář pacientovi kyslíkovou masku a aplikoval O₂ v množství 4 l/min, dle telefonické ordinace lékaře. Následně se zdravotnický záchranář pokusil o zajištění periferního žilního vstupu. Z důvodu špatně hmatných žil pacienta se zajištění kanyly povedlo až na druhý pokus. Druhý zdravotnický záchranář mezitím připevnil na pacienta elektrody EKG. Na EKG záchranáři našli sinusový rytmus bez zjevných známek AKS. Za kontinuální monitorace srdeční činnosti a saturace kyslíku vyčkávali záchranáři na příjezd lékaře,

mezitím pokračovali ve sběru anamnézy. Odebrali alergologickou anamnézu, kterou zapsali do zdravotnické dokumentace. Následně záchranáři zjistili, že pacientovi bylo 69 let a dlouhodobě se léčil s CHOPN, dále pak trpěl degenerativními změnami na krční páteři. Během oxygenoterapie pozorovali záchranáři u pacienta mírné zlepšení dýchání a jeho SpO₂ se zlepšilo na 85 %. Ve 21:35 dorazil na místo události vůz RV s lékařem. Lékař zahájil vyšetření pacienta poslechem jeho dýchání, kde zjistil prodloužené expirium, pískoty a vrzoty bilaterálně. Dále od zdravotnických záchranářů ověřil alergologickou anamnézu a nařídil podání infuzní terapie. Zdravotnický záchranář na indikaci zasahujícího lékaře aplikoval pacientovi FR 1/1 100 ml + 240 mg Syntophyllinu + 40 mg Solu-medrolu intravenózně. Dále pacientovi aplikoval inhalační terapii, Berodual 1 ml + Atrovent 1 ml + FR 1/1 2 ml. Po přibližně pěti minutách pociťoval pacient zlepšení a byl schopen plynulé komunikace, jeho SpO₂ bylo 90%. Lékař poté nařídil přesun pacienta do sanitního vozu. Záchranáři si od pacienta převzali občanský průkaz a kartičku zdravotního pojištění. Následně pacienta naložili na lehátko a za kontinuální oxygenoterapie 2 l/min pacienta přesunuli do sanitního vozu. Lékař následně zkontroloval stav pacienta a požádal přes ZOS avizování pacienta na kontaktním místě nejbližší nemocnice. Lékař ZZS poté zapsal vše do zdravotnické dokumentace, jako diagnózu uvedl akutní exacerbaci CHOPN a předal pacienta zpět do péče výjezdové skupiny RZP. Společně s řidičem vozidla ZZS, který přijel na místo události vozem RV, poté odjeli. Záchranáři v sanitním voze umístili pacienta do polosedu, přeměřili krevní tlak (135/76) a zahájili převoz do nemocnice. Manželka pacienta byla poučena, kam bude pacient převezen. Ve 22:10 dorazili záchranáři na urgentní příjem nemocnice, kde již personál nemocnice očekával jejich příjezd. Záchranář předal pacienta službu konajícímu vedoucímu lékaři urgentního příjmu, sdělil onemocnění pacienta, zmínil průběh celého zásahu, podaná farmaka a předal lékařské parere od lékaře ZZS. Poté oba záchranáři uklidili sanitní vůz, připravili ho na další zásah a odjeli zpět na základnu.

Popis události ze strany urgentního příjmu nemocnice

Ve 22:00 přijal pracovník urgentního příjmu hovor z kontaktního místa nemocnice, kde mu dispečerka předala informace o 69letém pacientovi s akutní exacerbací CHOPN, který směřuje na oddělení urgentního příjmu. Tuto informaci

předal pracovník vedoucímu lékaři urgentního příjmu, který na základně této informace nařídil uvolnit jeden vyšetřovací box pro přijetí avizovaného pacienta. Ve 22:10 dorazil avizovaný pacient do nemocnice a byl ihned převezen na vyšetřovací box. Vedoucí lékař mezitím převzal informace od předávajícího zdravotnického záchranáře. Během předávání zdravotnický záchranář popsal vedoucímu lékaři průběh celého zásahu, příznaky pacienta, osobní anamnézu a provedenou léčbu. Nakonec vedoucímu lékaři předal dokumentaci vypsanou lékařem ZZS. Vedoucí lékař poté určil lékaře urgentního příjmu, který převzatého pacienta vyšetřil. Během předávání se o pacienta začal starat NLZP urgentního příjmu. Pacient byl připojen na centrální rozvod kyslíku, aplikovaná dávka byla 2 l/min. Zdravotníci u pacienta provedli EKG vyšetření, kde byl zjištěn sinusový rytmus, přeměřili krevní tlak s hodnotou 130/80, SpO₂ s hodnotou 93 %, tělesnou teplotu s hodnotou 37,0 °C a dechovou frekvenci 20/min. Tepová frekvence byla 63/min. Lékař se poté z důvodu zlepšení pacientova stavu a farmakologické léčbě provedené lékařem ZZS rozhodl pro konzervativní léčbu. Během následujícího času lékař doplnil kompletní anamnézu a přešel k fyzickému vyšetření.

Celkový stav: Při vědomí, orientován, spolupracuje, kožní turgor snížen.

Hlava: Bez známek traumatu, na poklep nebolestivá, zornice izokorické, jazyk plazí středem.

Hrudník: Dýchání alveolární, oslabené, prodloužené expirium, přítomny vrzoty.

Břicho: Měkké, bez známek peritoneálního dráždění, bez hmatné resistance.

Končetiny: Pulzace hmatná bilaterálně, dolní končetiny s otoky bérců.

Neurologický nález: Bez lateralizace, amengiální.

Po provedení vyšetření lékař nařídil provést u pacienta RTG vyšetření srdce a plic, odběr krve na biochemii a krevní obraz, přičemž důležitá byla především hladina CRP z důvodů vyloučení bakteriální infekce. NLZP poté pacienta přemístil na observační box, kde byla pacientovi po dobu čekání na výsledky krve a popisu rentgenu podána infuze FR 1/1 500 ml a inhalace obsahující Atrovent 2 ml + 2 ml FR.

Přibližně kolem půlnoci měl ošetřující lékař k dispozici všechny pacientovi výsledky. Popis RTG snímku neprokázal ložiskové ani infiltrativní změny, kresba plicní i hilová byla přiměřená. Dobře dopadlo i vyšetření pacientovi krve, kde hladina CRP byla nižší než 5.0 mg/l, o bakteriální infekci se tedy nejednalo. Na základně těchto výsledků rozhodl ošetřující lékař o propuštění pacienta do domácího ošetření. NLZP

pacientovi odstranil periferní žilní kanylu a místo vpichu zalepil. Lékař poté pacientovi předal zprávu o ošetření včetně receptu na léky a důrazně pacientovi doporučil přestat kouřit.

Analýza události

Operátor ZOS posoudil vzniklou situaci správně. Rozhovor mezi volající, tedy manželkou pacienta a operátorem ZOS jednoznačně nenasvědčoval nutnou přítomnost lékaře. Dalším faktem bylo také to, že v čase převzetí výzvy byla všechna blízká vozidla RV v terénu, zasahující u jiných událostí. Výjezdová skupina RZP vyrazila z výjezdové základny ve velmi krátkém čase jedné minuty, přičemž se na místo události záchranáři dostali během 9 minut, tedy v souladu s legislativou. Na místě záchranáři správně zhodnotili závažnost stavu a pružně konzultovali vzniklou situaci s lékařem ZZS. V době, než se na místo zásahu dostal lékař, záchranáři pacientovi zajistili žilní vstup a provedli kontrolu EKG, dále pak zjistili základní anamnézu včetně anamnézy alergologické, takže ihned po příjezdu lékaře na místo události mohla být zahájena farmakologická léčba. Lékař po příjezdu správně určil diagnózu a nasadil vhodná farmaka. Poté co se pacientovi ulevilo a byl transportován do sanitního vozidla, lékař správně kontaktoval ZOS z důvodu avizování závažného stavu pacienta. ZOS se následně spojilo s kontaktním místem nemocnice, jehož zřízení nařizuje nemocnicím zákon č. 374/2011 Sb. § 6. Díky tomu proběhlo předání pacienta velmi rychle a bez zbytečných průtahů. Vzhledem k tomu, že přítomnost lékaře ZZS pacientův stav po provedení léčby nevyžadoval, mohl být pacient předán zpět do péče výjezdové skupiny RZP a lékař tak byl volný pro řešení případné další události. Záchranáři v nemocnici předali všechny potřebné informace o pacientovi včetně lékařského záznamu, takže předání proběhlo rychle a bez problému. Následná vyšetření v nemocnici u pacienta neprokázali závažnost stavu vyžadující hospitalizaci a tak mohl být pacient propuštěn do domácí péče. Souhra a komunikace zdravotnické záchranné služby a zdravotnického zařízení v tomto případě zafungovala správně a pacientovi se tak dostalo kvalitní péče a vyšetření v co nejkratším možném čase.

6 Diskuze

Ve výše uvedených kazuistikách jsou popsány události z pohledu ZOS, činnost výjezdových skupin ZZS, jejich přístup a komunikace s pacienty, následné vyšetření pacienta a provedené úkony. Dále je v kazuistikách popsána monitorace vitálních funkcí, transport do vozidla a následné předání pacienta na příjmovém oddělení nemocnice a komunikace s tím spojená. Každý ze zásahů výjezdových skupin ZZS je rozdílný a rozdílné je i chování pacientů, podle toho by se měla přizpůsobit i komunikace záchranářů. Hlavním cílem bakalářské práce bylo ukázat si na dobrých příkladech celý proces předávání pacientů mezi zdravotnickou záchrannou službou a zdravotnickým zařízením a vzájemnou komunikaci. Trendem v posledních letech je zřizování velkých urgentních příjmu, jakožto centrálních příjmových míst pro všechny příchozí pacienty včetně těch přivezených ZZS. Pro správné fungování takto velkého oddělení, kdy může ve stejnou chvíli dorazit hned několik pacientů, tak aby docházelo k minimalizaci rizik a rychlé odborné pomoci, je potřeba se vyvarovat jakýchkoliv chyb v komunikaci (DENKOVÁ, 2011). Na základě této skutečnosti jsme se rozhodli pro vypracování bakalářské práce zabývající se touto problematikou a případy správně provedené komunikace detailně rozepsal na výše uvedených kazuistikách. Při snaze o správnou komunikaci je potřeba znát především faktory, které jí ovlivňují. Dobrá komunikace mezi záchranáři a pacientem na místě události má přímý vliv na následující předávání pacienta ve zdravotnickém zařízení. Zjištění faktorů ovlivňující předávání bylo také jedním z cílů této bakalářské práce. Hlavním ovlivňujícím faktorem je bez pochyby strach pacienta (PEKARA, 2015). Bezmoc, náhlá změna prostředí a celkový stav tělesné nepohody vede zcela logicky dříve či později i k nepohodě psychické a ta může být příčinou komunikačních problémů (MATLOCHOVÁ, 2013). Zdravotník přistupující k pacientovi by proto měl předpokládat jeho psychickou nepohodu hned od začátku a tomu přizpůsobit své vystupování. Zdravotníci, ať lékaři, zdravotničtí záchranáři nebo všeobecné sestry jsou profesionálové, podle své specializace mají vystudované školy a měli by proto k pacientům přistupovat asertivně. Pokud už však k rozporu v komunikaci dojde je třeba situaci co nejdříve deeskalovat. Pacienta je potřeba především uklidnit, vysvětlit mu srozumitelně nastalou situaci, důvod proč se ve zdravotnickém zařízení nachází a vysvětlit mu následný postup. Snažíme se o to, aby pacient „všemu“ rozuměl (PEKARA, 2015).

Cílem praktické části a zároveň hlavním cílem bakalářské práce bylo ukázat si fungující komunikaci na konkrétních příkladech, které zároveň slouží jako doporučení pro praxi. Všechny výše uvedené kazuistiky popisují příklady dobře provedené komunikace mezi zdravotníky a pacientem a následně i mezi zdravotníky navzájem. Obsahují též rozbor celé situace. Ve všech kazuistikách byla doba od převzetí výzvy a dojezdu výjezdové skupiny na místo události (stanovená zákonem č. 374/2011 Sb.), která činí 20 minut, dodržena. Dispečeri ZOS vyhodnotili výzvy rychle, situaci zhodnotili správně a poskytli potřebné rady volajícím. Délka všech zásahů byla adekvátní závažnosti případu. Ani v jednom z případů nebyla zaznamenána zbytečná časová prodleva. Předávání pacientů na příjmovém oddělení proběhlo ve všech případech rychle a bez problému. V kazuistice č. 2 a č. 3 byli pacienti dopředu do nemocnice avizováni prostřednictvím ZOS, tudíž jejich bezproblémovému předávání nic nebránilo. Ke každému z pacientů bylo přistupováno dle klinických příznaků individuálně.

V kazuistice č. 1 byla popisována žena s akutním zhoršením stavu, kašlem a progredující dušností. Výjezdová skupina postupovala správně, záchranáři provedli všechny potřebné úkony a z anamnézy se snažili zjistit předchozí obtíže s dušností, což je mnohdy velmi obtížné, protože její důvody mohou být počítány na desítky (KNOR, 2013). Celou situaci navíc záchranářům komplikovala přítomnost dcery pacientky, která se bála o svou matku a svými otázkami záchranářům znesnadňovala práci. Následné profesionální jednání zasahujícího zdravotnického záchranáře, kdy dceru pacientky uklidnil a oběma ženám vysvětlil následující postup, můžeme v komunikaci považovat za zlomový. Dceři pacientky bylo vše srozumitelně vysvětleno, což v nestálé situaci způsobilo deeskalaci komunikačního problému ještě dříve, než nastal. Zbytek zásahu už probíhal bez komplikací a záchranáři díky počátečnímu uklidnění dcery pacientky měli klid na všechny prováděné úkony. Při předání pacientky na příjmu nemocnice zdravotnický záchranář správně zdůraznil možnou kardiální příčinu obtíží, což mělo zcela zásadní vliv na následný postup. Z komunikačního hlediska tedy proběhlo vše v pořádku. Předávající zdravotnický záchranář během ústního předávání zdůraznil pouze ty, pro vývoj situace důležité informace a napomohl tak svým jednáním k rychlému vyřešení situace.

V kazuistice č. 2 byla popisována situace suspektní cévní mozkové příhody, ke které byla přivolána výjezdová skupina RZP. Pro výjezdovou skupinu bylo hned od začátku jistou komplikací velké množství lidí na místě zásahu, což způsobilo nepřehlednost situace. Záchranáři se v nastalé situaci dobře zorientovali a poté co od svědků získali časovou osu celé události, je požádali, zdali mohou být z důvodu mála prostoru opustit. Sběr anamnézy a provedené úkony proběhly dle všech standardů neurologické společnosti. Po provedení všech nezbytných úkonů a zajištění pacientky v sanitním voze se záchranář spojil s iktovým centrem a celou situaci prokonzultoval s neurologem. Zdravotnická záchranná služba společně s iktovými centry pořádá společné semináře k prohloubení a urychlení vzájemné spolupráce, kde bylo mimo jiné zařazeno do doporučených postupů právě včasné avizování pacienta (ŠRÁMEK, 2014). Právě avizování iktového pacienta je pro urychlení jeho následné léčby zcela zásadní. Poté co neurolog převezme od záchranné služby informaci o blížícím se pacientovi s možnou probíhající cévní mozkovou příhodou, nařídí uvolnění intenzivního lůžka, upozorní personál příjmového oddělení o blížícím se pacientovi a rezervuje termín CT vyšetření, tak aby v čase příjezdu pacienta bylo CT volné. Sám pak přichází na příjmové oddělení v předpokládaný čas příjezdu výjezdové skupiny (ŠRÁMEK, 2014). Povinnost avizovat pacienta s podezřením na cévní mozkovou příhodu ukládá zdravotnické záchranné službě zákon o České lékařské komoře č. 220/1991 Sb. Spolupráce mezi ZZS a ZZ proběhla v popisované kazuistice ukázkově a v době příjezdu výjezdové skupiny do nemocnice bylo již vše na jejich příjezd připraveno. Následující předání pacientky zdravotnickým záchranářem tak posléze proběhlo velmi rychle. V této kazuistice byla tedy popsána ukázková spolupráce mezi ZZS, ZOS a ZZ.

V kazuistice č. 3 byla popisována situace akutního zhoršení dýchání u postaršího muže. V souladu se zákonem o ZZS 374/2011 Sb. převzala výjezdová skupina RZP výzvu k výjezdu a v zákonem stanovené době vyjela. Dispečer ZOS na základě telefonátu s volající na tísňovou linku vyhodnotil situaci tak, že zásah lékaře nebyl indikován a vyslal na místo zásahu pouze vůz RZP. Poté co výjezdová skupina na místě zásahu provedla základní vyšetření a sběr anamnézy, kde zjistili dlouhotrvající plicní onemocnění, na jehož exacerbaci naměřené hodnoty poukazovali, požádal zdravotnický záchranář ZOS o telefonickou konzultaci s lékařem ZZS. Před konzultací s lékařem zdravotnický záchranář zjistil všechny hodnoty fyziologických funkcí, alergickou

anamnézu a onemocnění. Tyto informace poté předal telefonicky lékaři, který si tak mohl okamžitě udělat obrázek o situaci. Následně bylo rozhodnuto o vyslání vozidla RV na místo události (ČESKO, 2011, § 13). Díky dobře provedené komunikaci a sběru anamnézy od zdravotnického záchranáře mohl lékař ihned po příjezdu zahájit farmakologickou léčbu a neztrácet tak drahocenný čas zpovídáním pacienta. Po zajištění pacienta lékař prostřednictvím ZOS avizoval příjezd pacienta do nemocnice, což mělo opět za následek následně bezproblémové předání pacienta na urgentním příjmu. Komunikace tak v tomto případě zafungovala dobře na všech stranách. Zdravotnický záchranář ihned po příjezdu zjistil potřebné informace od pacienta a jeho manželky, díky čemuž došlo k minimalizaci prodlžení.

6.1 Doporučení pro praxi

Na základě zjištěných informací navrhuje pro praxi tato doporučení:

1. Během komunikace s pacienty by se zdravotníci měli držet zásad asertivity.
2. V přístupu k pacientovi by zdravotník měl předpokládat jeho psychickou nepohodu, proto by tomuto faktu měl přizpůsobit i své vystupování. Je potřeba pacientovi vše srozumitelně vysvětlit, vyslechnout ho a především uklidnit.
3. V rámci komunikace mezi zdravotníky je potřeba vystupovat klidně, tak aby nedošlo k zamlčení důležitých faktů. Ústní předání je potřeba doplnit i o písemný záznam.
4. Při prevozu pacienta v závažném stavu nebo pacienta, u kterého se projeví komplikace, se doporučuje jeho avizování do zdravotnického zařízení. Zajistíme tak bezproblémový průběh předávání a zdravotnický personál nemocnice se také může na příjezd komplikovaného pacienta dostatečně připravit.
5. Držet se zásad „Pomáhejme si navzájem“ (viz Příloha č. 4).

ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma „Problematika komunikace a předávání pacienta mezi zdravotnickou záchrannou službou a zdravotnickým zařízením“ byla koncipována do dvou částí, do části teoretické a části praktické. V teoretické části byla shrnuta historie zdravotnické záchranné služby a její zákonný podklad. Dále byly v kapitole popsány kompetence zdravotnického záchranáře a rozdělení výjezdových skupin, tak jak je stanovuje zákon. Další kapitola shrnula úzké propojení zdravotnické záchranné služby a urgentní medicíny včetně její historie, následně byl v samostatné kapitole podrobně popsán urgentní příjem, včetně všech jeho částí a způsob jakým fungují. Poslední kapitola teoretické části popsala přímo komunikaci, faktory které jí ovlivňují a její úskalí. Praktická část se zaměřila na problematiku komunikace a činnosti výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby a jejich následné předání pacienta do péče zdravotnického zařízení. Při sběru dat bylo čerpáno z interních záznamů a dokumentace kliniky. Popsány byly tři skutečné případy pacientů, kteří byli přijati do Fakultní nemocnice Královské Vinohrady cestou urgentního příjmu.

Cílem práce bylo popsat a nastínit problematiku komunikace mezi zdravotníky a pacientem, postup jakým pracovali a jejich následné předání pacienta ve zdravotnickém zařízení a komunikaci s pracovníky nemocničního zařízení. Při tvorbě práce byly využity odborné knižní publikace, v praktické části rozhovory se zúčastněnými zdravotnickými záchranáři i osobní poznatky autora, který se popisovaných kazuistik osobně účastnil. Z tohoto hlediska můžeme napsat, že cíle této práce byly splněny.

Komunikace jako taková je nedílnou součástí našeho života, je to jedna z nejpozoruhodnějších schopností, kterou jsou lidé obdařeni. Umění správně komunikovat je o to důležitější, když mluvíme o zdravotnictví. Správně zvolená slova mnohdy zapůsobí stejně dobře jako lék. Prostřednictvím správné komunikace se můžeme vyvarovat konfliktním situacím s vystresovanými pacienty, ovlivnit a uklidnit okolí. Komunikace je prostředek jak správně předat informace a ve zdravotnictví je její správné ovládnutí nezbytné.

Seznam použité literatury

ANDRŠOVÁ, Alena, 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4119-2

CZUDEK, Stanislav a kol., 2009. *Jednodenní chirurgie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1786-9

ČESKO, 1991. Zákon č. 220/1991 Sb., České národní rady o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2016 [cit. 26. 7. 2016]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-220>

ČESKO, 2008. *Věstník ministerstva zdravotnictví, traumatologická péče v České republice*, číslo 6. [online]. [cit. 2016-06-22]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3613_1774_11.html

ČESKO, 2011. Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka předpisů české republiky* [online]. 11(8), 482-543 [cit. 2016-15-07]. ISSN 1213-2241. Dostupné z: http://www.fnkv.cz/soubory/87/vyhlaska_55-r-2011.pdf

DENKOVÁ, Jana, 2011. *Emergency jako součást nemocniční neodkladné péče*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: <http://theses.cz/id/2wyjzu/>

DOBIÁŠ, Viliam a kol., 2012. *Prednemocničná urgentná medicína*. 2., doplnené a prepracované vydanie. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-3875.

DOLEČEK, Martin., 2013. *Proč se záchranáři přou s urgentními příjmy*. *Medical tribune*. [online]. [cit. 2016-07-11]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/29779/diskuse>

DVOŘÁČEK, David, 2010. *Historie zdravotnické záchranné služby v ČR*. *Urgentní medicína*. roč. 13, č. 1, s. 32-34. ISSN: 1212-1924.

- FRANĚK, Ondřej, 2009. *Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska*. 1. vyd. Česko. ISBN 978-802-5459-102.
- HLAVÁČKOVÁ, Dana a kol., 2007. *Krizová připravenost zdravotnictví*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-452-8
- HUBÁČEK, Petr, 2006. *Poslání a činnost oddělení urgentního příjmu - Emergency*. Urgentní medicína. roč. 8, č. 1. ISSN 1212-1924
- HVĚZDOVÁ, Kateřina, 2006. *Práva pacientů*. Právnická fakulta Masarykovy univerzity. Absolventská práce. [online]. [cit. 2016-08-10]. Dostupná z: https://is.muni.cz/th/61274/pravf_m/Diplomova_prace.pdf
- KNOR, Jiří, Jana ŠEBLOVÁ a kol., 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4434-6
- MARTÍNEK, Zdeněk., 2009. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. Praha: Grada Publishing . ISBN 978-80-247-2310-5.
- MATLOCHOVÁ, Andrea, 2013. *Komunikační schopnosti žáků mladšího školního věku s mentálním postižením online*. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/345690/pedf_b/
- PEKARA, Jaroslav, 2015. *Fenomén násilí v ošetrovatelské péči všeobecných sester České republiky*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Disertační práce. Dostupná z: <https://theses.cz/id/ltejzu>
- POKORNÝ, Jiří, 2004 *Urgentní medicína* 1.vyd. Praha: Galén. ISBN 807-26-2259-5.
- POKORNÝ, Jan et al. 2010. *Lékařská první pomoc*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-322-8
- POLÁK, Martin, 2014. *Urgentní příjem - Nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3208-7.
- REMEŠ, Roman, Silvia TRNOVSKÁ, 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4530-5.

SAMIR, El-Masri, Besema SADDIK, 2012. *An Emergency System to Improve Ambulance Dispatching, Ambulance Diversion and Clinical Handover Communication*. Riyadh: Business Media. ISSN 10916-012-9863.

SPOLEČNOST URGENTNÍ MEDICÍNY A MEDICÍNY KATASTROF, 2011. Sekce urgentní příjmy. Poslání, činnost a struktura oddělení urgentního příjmu. [cit. 2016-08-04]. Dostupné z: http://www.urgmed.cz/up/2011_up%20.doc

ŠRÁMEK, Martin, 2014. *Zkušenosti z Iktového centra Kladno*. Česká s slovenská neurologie a neurochirurgie. Dostupné z: http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/zkraceni-door-to-needle-intervalu-zkusenosti-z-iktoveho-centra-kladno-50245?confirm_rules=1

ŠTĚTINA, Jiří a kol., 2014. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-4578-7

VILÁŠEK, Josef, Miloš FIALA a David VONDRÁŠEK., 2014. *Integrovaný záchranný systém ČR na začátku 21. Století*. Praha: Karolinum. ISBN: 978-80-246-2477-8.

VOKURKA, Martin, Jan HUGO. *Kapesní slovník medicíny*. 9. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-159-2.

VONDÁČEK, Lubomír, Martin HOLCÁT, 2008. *Komunikace a její problémy ve zdravotnictví-Zdravotnictví v České republice*. Strana 102-103

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Rešerše

Příloha č. 2 – Strukturovaná komunikace mezi ZZS a OUP

Příloha č. 3 – POCT

Příloha č. 4 – Plakát „Pomáhejme si navzájem“

Příloha č. 5 – Souhlas o využití zdravotnické dokumentace pro účely bakalářské práce

Příloha č. 1 – Rešerše

Téma rešerše

Problematika komunikace a předávání pacientů mezi ZZS a ZZ

Žadatel:

Ivan Bradáček

Jazykové vymezení:

Čeština, angličtina

Klíčová slova:

problematika předávání, urgentní příjem, centrální příjem, traumacentrum, mimořádná událost, traumaplán, oddělení, zdravotnická záchranná služba, komunikace

Časové vymezení:

2007 - současnost

Druhy dokumentů:

Knihy, kapitoly z knih, články, elektronické zdroje, vysokoškolské práce

Počet záznamů:

59 (knihy: 9, kapitoly v knize 1, články 44, elektronické zdroje: 5)

Zdroje:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)

Zpracoval:

Mgr. Jana Hercová,

Národní lékařská knihovna, oddělení informačních a speciálních služeb

Sokolská 54

121 32 Praha 2

E-mail: hercova@nlk.cz

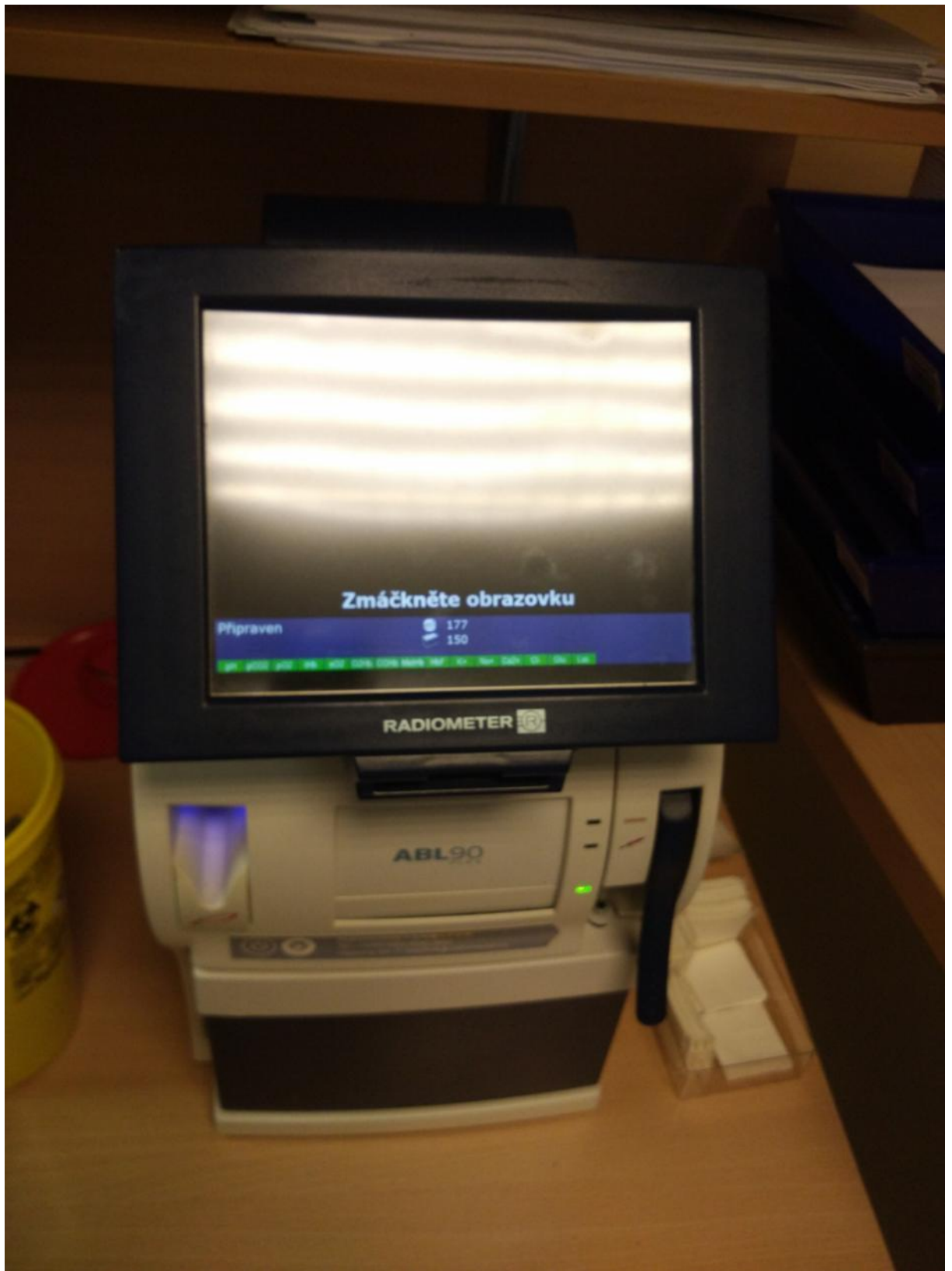
Příloha č. 2 – strukturovaná komunikace mezi ZZS Plzeňského kraje a OUP Emergency
FN Plzeň

<ul style="list-style-type: none">• Věk a pohlaví nemocného
<ul style="list-style-type: none">• Onemocnění, nebo úraz
<ul style="list-style-type: none">• Stav vědomí
<ul style="list-style-type: none">• Kardio-pulmonální kompenzace pacienta
<ul style="list-style-type: none">• Odhadovaný čas předání pacienta na OUP

Příloha č. 3 – foto POCT



POCT analyzátor, zdroj autora, 2016



Astrup analyzátor, archiv autora, 2016



Výstup z práce, plakát „Pomáhejme si navzájem“, archiv autora, 2016

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
PhDr. Libuše Gavlasová, MBA
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Šrobárova 50, 100 34
Praha 10

V Praze 6.1.2016

Věc:

Žádost o souhlas využití zdravotnické dokumentace pro účely Bakalářské práce

Vážená paní náměstkyně,

chtěl bych Vás požádat o souhlas k nahlédnutí a použití zdravotnické dokumentace jako podklad pro moji bakalářskou práci. Dokumentace bude použita pouze pro účely mé práce a všechny osobní údaje budou anonymní.

Děkuji mnohokrát za vaši vstřícnost

S přátelským pozdravem

Ivan Bradáček
Akátová 1173/2
Praha – 8 Kobylisy
182 00
Tel. 775 370 576
e-mail. I.Bradacek@seznam.cz

souhlasím, Brunclíková, staniční sestra.....

Bc. Markéta Brunclíková
101480

Vyjádření náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FNKV:

Souhlasím s nahlédnutím a použitím zdravotnické dokumentace pouze pro účely zpracování bakalářské práce.

PhDr. Libuše Gavlasová, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

V Praze dne 7.1.2016

FAKULTNÍ NEMOCNICE
KRALOVSKÉ VINOHRADY
ŠROBÁROVA 50, 100 34 PRAHA 10
NÁMĚSTEK PRO OŠETROVATELSKOU PÉČI