

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**VYBRANÉ STANDARDNÍ OŠETŘOVATELSKÉ
POSTUPY PRO POSÁDKY RZP**

Bakalářská práce

Autor práce: Radek Mathauser

Vedoucí práce: Mgr. Kristýna Fejfarová

2007

**CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**SELECTED STANDARD NURSING PROCEDURES
FOR PARAMEDICS**

Bachelor's thesis

Autor: Radek Mathauser

Supervisor: Mgr. Kristýna Fejfarová

2007

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

V Hradci Králové

PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji paní Mgr. Kristýně Fejfarové za širokou odbornou i lidskou pomoc, kterou věnovala vzniku této práce. Neméně bych chtěl poděkovat mé ženě Pavle i dcerám Julii a Emmě za lásku a obdivuhodnou trpělivost a konečně i panu RNDr. Jakubu Reiterovi, Ph.D za jeho přátelství a nezištnou spolupráci. Zvláštní poděkování patří panu MUDr. Liboru Senetovi za odborné korekce standardních postupů.

podpis

Motto :

Vždy bychom měli mít na paměti, že vysoká profesionalita a hluboké mravní zásady jsou faktory, které ruku v ruce výrazně zvyšují šanci přežití.

OBSAH

ÚVOD

1 CÍLE PRÁCE

2 KVALITA	13
2.1 Co je to vlastně kvalita	13
2.1.1 Definice kvality	13
2.1.2 Determinanty kvality zdravotnických služeb	15
2.1.3 Nástroje kontinuálního zvyšování kvality	16
2.1.4 Přehled vybraných nástrojů kontinuálního zvyšování kvality	17

3 ŘÍZENÍ A KONTROLA KVALITY PÉČE

20

3.1 Základní systémy kontroly a hodnocení kvality péče	20
3.1.1 Modely systémů řízení kvality – ISO	20
3.1.2 Modely národních a nadnárodních akreditačních standardů	21
3.1.3 Modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů	23
3.1.4 Modely excelence	23
3.2 Standardizace a druhy standardů	23
3.2.1 Co je to standardizace ?	23
3.2.3 Standardy jako nástroje zajištění a měření kvality	24
3.2.4 Druhy standardů	25
3.2.5 Standardy procesuální – standardy přímé péče	26
3.2.6 Struktura a formální náležitosti standardu	27
3.2.7 Možné podoby standardního ošetrovatelského postupu v PNP	28

4 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU PRÁCE POSÁDKY RZP

29

4.1 Profil posádky RZP	29
4.2 Úkoly posádek RZP	29
4.3 Faktory ovlivňující rozsah a kvalitu péče poskytované posádkou RZP	30
4.3.1 Legislativní normy	31
4.3.2 Postoj managementu	31
4.3.3 Materiálně-technické vybavení	31

4.3.4 Lokalita – spádový region	31
4.3.5 Erudice a délka praxe přednemocniční a intenzivní lůžkové péče	32
4.3.6 Interpersonální vztahy	32
4.3.7 Standardizace postupů (procesů)	33
5 METODOLOGIE	35
5.1 Charakteristika sledované problematiky	35
5.1.1 Sledovaná oblast	35
5.1.2 Sledované období	35
5.1.3 Sledované parametry	35
5.2 Zdroje dat a metoda záznamu dat	36
5.2.1 Zdroje dat	36
5.2.2 Záznam dat	36
5.2.3 Soubor pracovních diagnóz	36
5.2.4 Pracovní diagnózy a jejich kritéria	36
5.3 Použité metody	41
5.3.1 Základní rozdělení dat	41
5.3.2 Určení dominantní diagnózy	41
5.3.3 Výpočet frekventovaných diagnóz střediska	41
5.3.4 Výpočet prioritních diagnóz střediska	42
5.3.5 Výpočet frekventovaných diagnóz oblasti	42
5.3.6 Výpočet prioritních diagnóz oblasti	42
6 VÝSLEDKY	43
6.1 Středisko Broumov	43
6.1.1 Frekventované diagnózy střediska Broumov	43
6.1.2 Prioritní diagnózy střediska Broumov	45
6.2 Středisko Jaroměř	46
6.2.1 Frekventované diagnózy střediska Jaroměř	46
6.2.2 Prioritní diagnózy střediska Jaroměř	48
6.3 Středisko Náchod	49
6.3.1 Frekventované diagnózy střediska Náchod	49
6.3.2 Prioritní diagnózy střediska Náchod	51
6.4 Středisko Rychnov nad Kněžnou	52

6.4.1 Frekventované diagnózy střediska Rychnov nad Kněžnou	52
6.4.2 Prioritní diagnózy střediska Rychnov nad Kněžnou	54
6.5 Oblast Východ	55
6.5.1 Frekventované diagnózy oblasti Východ	55
6.5.2 Prioritní diagnózy oblasti Východ	56
7 DISKUZE	57
7.1 Středisko Broumov	57
7.2 Středisko Jaroměř	57
7.3 Středisko Náchod	58
7.4 Středisko Rychnov nad Kněžnou	59
7.5 Shrnutí	59
8 NÁVRHY VYBRANÝCH SOP PRO POSÁDKY RZP	60
8.1 Návrh SOP Poranění hlavy	60
8.1.1 Cíl SOP	60
8.1.2 Pomůcky a vybavení	60
8.1.3 Kompetentní pracovníci	61
8.1.4 Standardní postup	61
8.1.5 Komplikace	63
8.1.6 Související standardní ošetrovatelské postupy	63
8.1.7 Zdroje literatury	64
8.1.8 Revize	64
8.2 Návrh SOP Poranění končetin	64
8.2.1 Cíl SOP	64
8.2.2 Pomůcky a vybavení	64
8.2.3 Kompetentní pracovníci	65
8.2.4 Standardní postup	65
8.2.5 Komplikace	67
8.2.6 Související standardní ošetrovatelské postupy	67
8.2.7 Zdroje literatury	68
8.2.8 Revize	68
8.3 Návrh SOP Bolesti břicha	68

8.3.1 Cíl SOP	68
8.3.2 Pomůcky a vybavení	68
8.3.3 Kompetentní pracovníci	69
8.3.4 Standardní postup	69
8.3.5 Komplikace	72
8.3.6 Související standardní ošetřovatelské postupy	72
8.3.7 Zdroje literatury	72
8.3.8 Revize	72
8.4 Návrh SOP Kolapsový stav	72
8.4.1 Cíl SOP	73
8.4.2 Pomůcky a vybavení	73
8.4.3 Kompetentní pracovníci	73
8.4.4 Standardní postup	74
8.4.5 Komplikace	75
8.4.6 Související standardní ošetřovatelské postupy	76
8.4.7 Zdroje literatury	76
8.4.8 Revize	76
ZÁVĚR	77
ANOTACE	78
LITERATURA A PRAMENY	79
SEZNAM ZKRATEK	81
SEZNAM GRAFŮ	83
SEZNAM TABULEK	84
SEZNAM PŘÍLOH	85
PŘÍLOHY	86

ÚVOD

Problematika poskytování zdravotní péče na všech jejích úrovních je otázkou aktuální a v souvislosti s politicko-ekonomickými změnami v naší zemi na konci 80. let minulého století nabývá na stále větším významu. Systém poskytování zdravotní péče, kvalita a úhrada zdravotní péče, adekvátnost rozsahu a její spravedlnost jsou společensky citlivě sledované parametry. Zvláštní pozornosti a to jak laické, tak i odborné se těší problematika kvality poskytované péče. Je jasné, že každý ze sledujících subjektů (laik, zdravotnický profesionál, zdravotnický manager a plátce zdravotní péče) si pod pojmem kvalita péče představuje něco jiného, ne-li něco diametrálně odlišného. Celosvětově uznávaným faktem je, že zaměření na kvalitu se vyplácí. Vyplácí se ekonomicky, eticky, sociálně i politicky. Dosáhnout společně dohodnuté, standardní kvality péče, která by odpovídala aktuálnímu vědeckému poznání a současně byla ekonomicky i sociálně dostupná, je však dlouhodobý proces, který vyžaduje přesvědčení a zapojení všech pracovníků organizace a nemalé finanční prostředky. Důvodem, proč se racionálně uvažující management zdravotnických zařízení snaží kvality dosahovat je leckdy i pohledem do budoucnosti. Doba, kdy zdravotnická zařízení budou stát tvář v tvář zveřejněné úspěšnosti léčby a kdy v konkurenci jiných ústavů a omezenému toku financí ze strany státu budou muset o klienta začít bojovat, je za dveřmi...

Jedním z prostředků, které by měly sloužit k dosažení kvalitní zdravotní péče je proces standardizace. Standardizace všech procesů a výsledků souvisejících s poskytováním zdravotních služeb je neuralgickým bodem českého zdravotnictví. Logicky se musí týkat i oblasti přednemocniční péče, která je neodmyslitelnou součástí systému. Zamyslíme-li se nad problematikou standardizace procesů z pohledu ošetřovatelství v neodkladné přednemocniční péči, musíme se především zaměřit na nelékařské posádky zdravotnické záchranné služby, tj. posádky rychlé zdravotnické pomoci (dále RZP) a jimi poskytovanou péči. Je alarmující realitou, že se standardizace ošetřovatelských postupů posádek RZP rozbíhá velmi pomalu a to při značných regionálních diferencích. Kvalita a úroveň poskytované péče je tak v rámci jediné organizace v zasetí individuálních návyků, zvyklostí a požadavků vedoucích pracovníků, místních zvyklostí z nemocničních pracovišť atd. Jednoduše, i když ne zcela přesně se dá problém vyjádřit klíčovým slovem „nejednotnost“.

Ona „nejednotnost“ není perspektivně přípustná. Snoubí totiž v sobě velmi mnoho operací, jenž nejsou kontrolovány, monitorovány a někdy i konkrétně provedeny. Rozhodování zdravotní sestry-specialistky či zdravotnického záchranáře o relevanci či irelevanci určitých ošetřovatelských intervencí u klienta v neodkladné přednemocniční péči

nemůže zkrátka podléhat momentální náladě, ladění osobnosti, délce praxe v oboru, erudici a dalším faktorům. Rozhodování o příčinách a důsledcích musí nastoupit po standardizovaném ošetření, které zaručí jednotu v přístupu ke klientovi, jednotu sběru informací a osobních dat, jednotu ve vyhodnocení problémů a v konečném důsledku i provedení adekvátních intervencí.

Standardizace je proces, který neomezuje a neodlidšťuje, jak často slyšíme z úst mnoha zdravotnických profesionálů. Naopak, je odrazem systémového přístupu a snahou o zajištění regionálně shodné a kvalitní péče.

1 CÍLE PRÁCE

Práce sleduje celkem čtyři cíle :

1. Přinést souhrn nezbytných teoretických poznatků o kvalitě a standardizaci, jako jejím neoddělitelném atributu. Tyto poznatky by měly splnit funkci teoretického minima pro každého primárního manažera anebo zaměstnance záchranné služby, který se perspektivně hodlá věnovat tvorbě standardů.
2. Rozebrat významné faktory ovlivňující práci posádky RZP v obecném slova smyslu.
3. Provést statistiku primárních výjezdů Zdravotnické záchranné služby Královéhradeckého kraje (dále ZZSKHK), oblasti Východ za kalendářní rok 2006 se zaměřením na prioritní diagnózy, jejichž procentuální podíl v součtu frekventovaných diagnóz oblasti překračuje 50% všech primárních výjezdů.
4. Vytvořit návrhy standardních ošetrovatelských postupů prioritních diagnóz ZZSKHK oblasti Východ ve formální a algoritmické podobě.

2 KVALITA

2.1 Co je to vlastně kvalita

Definovat pojem „kvalita“ lze z řady hledisek. Hledám-li „kvalitu zdravotnických služeb“, obracím se obvykle na někoho známého, kdo je dle mého názoru schopen kvalitní službu poskytnout anebo opatřit. Zapojuji tak do mého rozhodovacího procesu přesvědčení, že osobní kontakt, příbuzenský poměr, přátelství anebo nabídka peněžního obnosu mi přinese „jinou“ péči než ostatním. Kvalita služeb se tak stává předmětem osobního zájmu poskytovatele a žadatele, není samozřejmá.

„Jako první negativní vymezení kvality zdravotní péče se uvádí Chamurabiho zákoník, vytesaný na dioritovou stělu v Babylónské říši kolem roku 1780 před naším letopočtem. Zákon stanovil, že jestliže chirurg udělal hlubokou incizi do těla svobodného muže a zapříčinil jeho smrt nebo otevřel incizí jeho oko a zničil jeho zrak, má mu být uťato předloktí. Chammurabiho zákon je téměř čtyři tisíce let starý a vznikl ve zcela jiné kultuře, ale je z dnešního hlediska zajímavý v několika směrech :

1. *Definuje kvalitu negativním způsobem,*
2. *což je vždycky snazší (také hippokratovské „primum non nocere“ bylo takovým negativním vymezením).*
3. *Uvádí odpovědnost za následky nenaplněné kvality.*
4. *Selektuje ty, kteří mají právo na dobrou kvalitu péče, tj. jen svobodné muže.*
5. *Je zaměřen na výsledky lékařovy činnosti“.* (Dlouhý, Strnad 1999, str.52)

2.1.1 Definice kvality

Přesná nebo univerzální definice kvality ve zdravotnictví neexistuje. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu ve zdravotnictví *„jako souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, které jsou určeny potřebami obyvatelstva na základě poznatků lékařských věd a praxe“* anebo *„jako stupeň dokonalosti poskytované péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje a v souladu s ekonomickými možnostmi.“* (Gladkij, 2003, str. 292). Donabedian vnímá definici kvality jako péči, která má maximální přínos pro zdraví pacienta za předpokladu, že přínos terapie je vyšší než náklady na něj vynaložené. Williamson se snažil identický termín definovat jako *„míru, ve které jsou zdravotní péči dosažitelné přínosy skutečně dosahovány“.* (Dlouhý, Strnad, 1999)

V roce 1992 uveřejnil Ovretveit definici, dle které kvalitní zdravotní péče naplňuje potřeby těch, jenž jsou na tuto péči plně odkázaní. Ve své definici operuje především s terapií bolesti, respektováním individuality a lidské důstojnosti pacienta, prodloužením anebo

alespoň udržení smysluplného života atd. Technicky zaměřené definice Berwicka, Marwicka, a Segalla z počátku devadesátých let vysvětlují kvalitu jako stupeň péče, kterého bylo dosaženo v souladu s aktuálně platnými oborovými a technickými normami. Z pohledu průmyslového modelu zajišťování a řízení kvality (TQM – Total Quality Management či CQI – Continuous Quality Improvement) ji můžeme charakterizovat „jako uspokojení potřeb klientů/pacientů.“ (Mastiliaková, 2003, str. 5)

„Princip poskytování kvalitních zdravotnických služeb může být stručně vyjádřen také takto : konat správné věci ve správném čase, a to již napoprvé.“ (Gladkij, 2003, str. 292)

Kvalita je bezesporu dynamický proces, který může být vnímán a hodnocen různě všemi účastníky v podmínkách poskytování zdravotní péče. Každý z účastníků (poskytovatel péče, spotřebitel péče a plátce péče) stanovuje v oblasti kvality naprosto rozdílné priority. Kupříkladu pro spotřebitele – pacienta je v tuzemských podmínkách jedním ze znaků kvalitní péče její bezvýhradná dostupnost a to v jakékoliv době a v jakémkoliv regionu. Synonymem kvalitní péče z hlediska poskytovatele může být neomezené využití dostupných medicínských technologií bez ohledu na jejich nákladnost. Plátce péče může kvalitu vnímat jako maximální utilizaci finančních prostředků vyhrazených pro léčbu s maximálním terapeutickým efektem a minimem komplikací.

Zaměřím-li se více na charakteristiky kvalitní péče z pohledu klienta/pacienta, relevantně mohou předpokládat, že spotřebitel očekává:

- § Prevenci zdravotních rizik,
- § včasnou a bezchybnou diagnostiku chorob,
- § bezprecedentní shodu v diagnóze, terapii a prognóze stavu,
- § pozitivní bio-psycho-sociální efekt poskytované péče,
- § časově neomezenou dostupnost péče,
- § časově omezené trvání terapie,
- § pravdivé a srozumitelně sdělené informace o vlastním zdravotním stavu,
- § profesionální jednání a pochopení zdravotníků všech kategorií.

Profesionál obvykle chápe naplnění žádoucí úrovně kvality jako uspokojení potřeb příjemce péče dle stanovených kritérií (standardů) prostřednictvím takových léčebných postupů a technik, které se v okamžiku diagnostické rozvahy jeví jako potřebné anebo nezbytné.

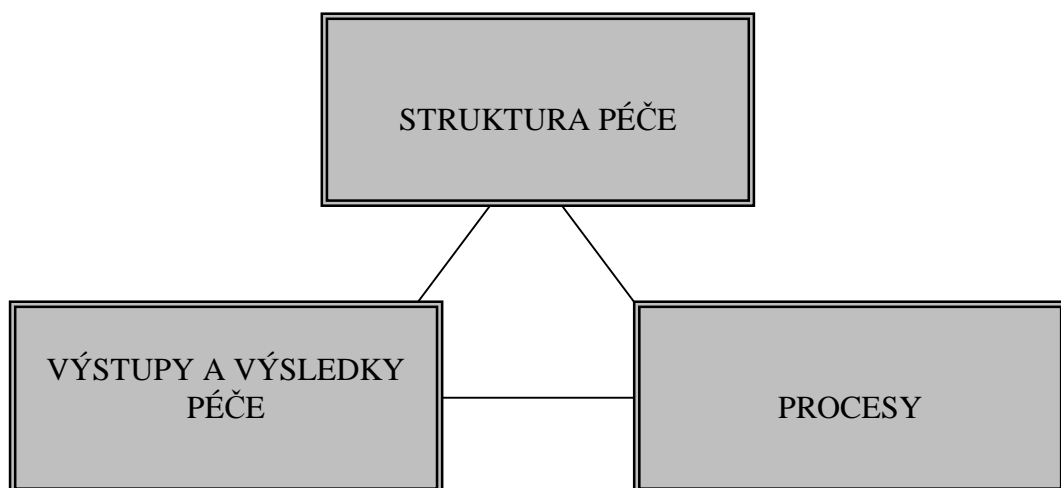
Pro management zdravotnických zařízení může mít kvalita charakter co možná nejproduktivnějšího využití všech zdrojů do řídicími pracovníky anebo plátcí předepsaných limitů. Z toho vyplývá, že pojmy kvalita a efektivita z hlediska řízení nelze sice ztotožnit, ale velmi úzce spolu souvisí.

2.1.2 Determinanty kvality zdravotnických služeb

Aby se zdravotnické služby mohly vykázat jako kvalitní, měly by být :

- Účinné,
- dostupné a včas poskytnuté,
- bezpečné pro klienty i zdravotnický personál,
- kontinuální a návazné,
- přijatelné pro klienty,
- medicínsky i ekonomicky racionální (efektivní). (Gladkij, 2003)

Donabedian určil tři vzájemně propojené prvky, které musí kvalitní zdravotnická péče zahrnovat



Obr. 1 Propojené prvky kvalitní péče

Ve výše uvedeném členění mají jednotlivé prvky následující poslání :

- **Struktura péče** zastupuje dostupné zdroje poskytovatele a podmínky, za kterých je tato péče poskytována.
- **Procesy** zahrnují veškeré diagnostické a terapeutické postupy, komunikaci s pacienty apod.
- **Výstupy a výsledky péče** přinášejí vedle statistických parametrů (např. počet provedených výkonů) důležité ukazatele efektivity léčebné péče (např. vliv péče na kvalitu a délku života). (Gladki, 2003)

2.1.3 Nástroje kontinuálního zvyšování kvality

V programu kontinuálního zvyšování kvality se uplatňují 4 významné prvky :

- § **Metodologie** programu zvyšování kvality,
- § **nástroje** jako prostředky identifikace a zvyšování kvality,
- § **techniky** aplikace nástrojů,
- § **výuka** v porozumění a používání nástrojů a technik. (Škrála, Škrlová 2003)

Nástroje mají funkci dokumentační, analytickou a kontrolní. **Dokumentují** faktickou přítomnost a rozsah odchylek. Odchylky můžeme chápat jako následek nejednotných, nekontrolovaných a nekontrolovatelných procesů. Provádí-li konkrétní proceduru každý ze zaměstnanců po svém, musí se jistá variabilita nutně objevit. Variabilitu je nutno analyzovat a kontrolovat, protože jinak může docházet k velkým výkyvům v kvalitě péče, což je nadále netolerovatelné. Pochopení procesů, které v daném zdravotnickém zařízení probíhají je nutnou podmínkou pro osvojení dovedností, které pomohou tyto procesy standardizovat, detailně kontrolovat a neustále zlepšovat. (Škrála, Škrlová, 2003)

Mezi nástroje skupinového řešení, tj. prostředky k detekci a sledování problémů řadíme:

- § Paretovu analýzu
- § Ishikawův diagram
- § histiogram
- § multivoting
- § vývojový diagram
- § kontrolní diagram
- § diagram příbuzenských vztahů
- § proč-proto analýzu

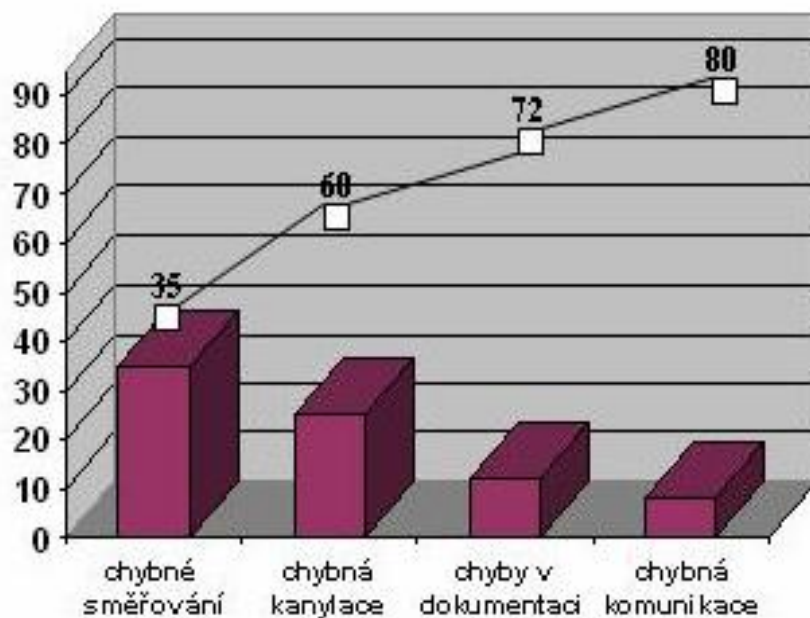
- § graf trendů
- § čárkové karty
- § analýza vlivů
- § Occamova kritéria
- § benchmarking
- § focus groups (cílené rozhovory)
- § specifické nástroje kvality pro zajištění klinické praxe (Škrla, Škrlová 2003)

2.1.4 Přehled vybraných nástrojů kontinuálního zvyšování kvality

Níže uvedené ukázky nástrojů kontinuálního zvyšování kvality jsou příkladem vybraných technik mapování problémových oblastí péče. Osvojení těchto technik vyžaduje hlubší znalost dané problematiky a jejich uvedení v rámci této práce je čistě orientační.

Paretova analýza

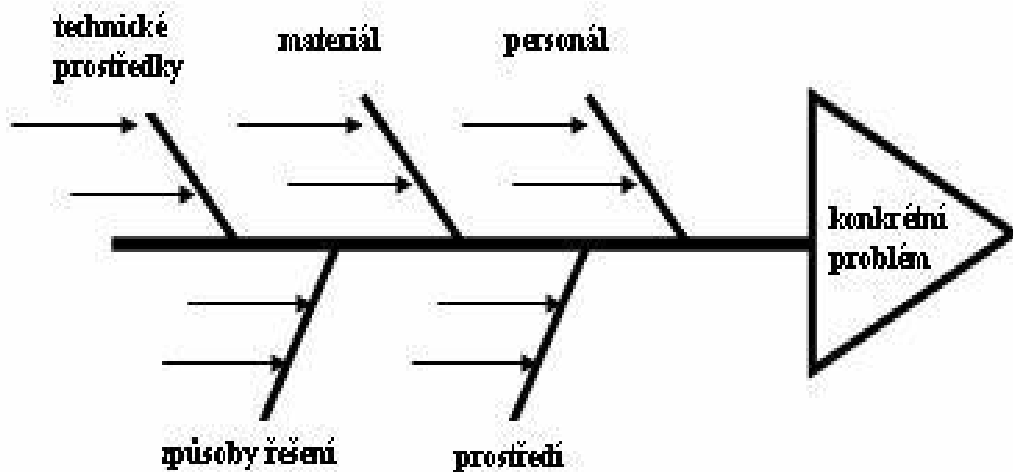
Grafický záznam určitého počtu hodnot, které reprezentují určitý sledovaný parametr (např. výskyt konkrétních chyb). Záznam je řazen sestupně, tj. od chyby s nejvyšší četností k chybě s nejnižší četností a to zleva doprava. Na první pohled je tak z grafu zřejmé, co je aktuálně největším problémem. Paretovou analýzou lze monitorovat nejen problematické oblasti, ale zároveň i kvantum změn po přijatých opatřeních. (Škrla, Škrlová 2003)



Obr. 2 Příklad Pareto diagramu

Ishikawův diagram

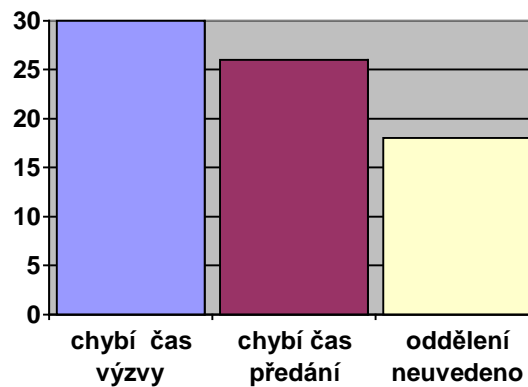
Pro svůj tvar je nazýván diagramem rybích kostí (příčin a následků). Úkolem tohoto diagramu je strukturované zobrazení výčtu možných příčin problémů. Základem diagramu je konkrétně definovaný problém reprezentující hlavu ryby. Od hlavy se začínají skládat jednotlivé kůstky-representanti vlivných faktorů či jinak kategorií (personál, materiál, technické prostředky a vybavení, prostředí atd.). Smyslem tvorby diagramu je, aby se mezi kůstkami kategorií objevily problémy, jenž je nutno řešit. Výhodou diagramu je jeho systematickosti a přehlednost. Nesporným pozitivem je i fakt, že patří mezi jednoduché a snadno zapamatovatelné. Účast celé členské základny týmu je při jeho tvorbě nutná, chceme-li získat co nejširší spektrum „příčin a následků“. (Škrla, Škrlová 2003)



Obr. 3 Příklad diagramu „rybích kostí“ (Ishikawův diagram)

Histogram

Chceme-li získat přehled o vývoji anomálií a četností v rámci jedné sledované proměnné, můžeme pro zobrazení sáhnout k tzv. histogramu. Horizontální osa histogramu je tvořena sledovanými kategoriemi, vertikální osa je rozdělena do stupnice. Histogram není nepodobný sloupcovému grafu a má velmi frekventované užití ve sdělovacích prostředcích. Histogram sleduje vždy stejnou proměnnou, naproti tomu Pareto diagram sleduje vztahy mezi různými proměnnými. (Škrla, Škrlová 2003)



Obr. 4 Příklad podoby histogramu

3.0 ŘÍZENÍ A KONTROLA KVALITY POSKYTOVANÉ PÉČE

Obyvatelé rozvinutých zemí světa považují za samozřejmé, že služby zdravotnických zařízení a institucí budou kvalitní, efektivní a standardizované. Zmíněná zařízení musí být vždy připravena předložit validní podklady, kterými „vlastní kvalitu“ medicínské a ošetrovatelské péče dostatečně dokáží. *„Z těchto důvodů je pro činnost zdravotnických zařízení strategicky důležité používání systémových modelů kontinuálního zvyšování kvality a efektivity poskytované péče. Zdravotnictví, vzhledem ke své komplexnosti, vyžaduje standardizaci v daleko větší míře než průmysl.“* (Škrļa, Škrlová 2003, str. 46)

Státy s vyspělou ekonomikou dlouhodobě používají vlastní národní modely a systémy, které mají zajišťovat určitý standard kvality v různých oblastech. (Např. ČSN- Československá státní norma). Globální vazby dnešního světa však jednoznačně vyžadují systémovou standardizaci nadnárodní, tj. mezinárodní. (Škrļa, Škrlová 2003)

3.1 Základní systémy kontroly a hodnocení kvality péče

§ **Modely systémů řízení kvality** (ISO - International Organisation for Standardisation)

§ **Modely národních a nadnárodních akreditačních standardů** (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations, JCIA – Joint Commission International Accreditation , SAK ČR – Spojená akreditační komise České republiky)

§ **Modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů** (ALPHA, ISQua)

§ **Modely excellence** (EFQM –European Foundation for Quality Management, Baldrige, Six Sigma) (Škrļa, Škrlová 2003, Mastiliaková 2003)

3.1.1 Modely systémů řízení kvality - ISO

Zkratka ISO není zkratkou Mezinárodní organizace pro standardizaci (International Organisation for Standardisation), ale pramení z řeckého slova *isos* znamenajícího „stejný“. ISO byla založena nedlouho po 2. světové válce, roku 1947. Cílem, pro který byla stvořena byly průmyslové standardy všech myslitelných odvětví. Když se koncem osmdesátých let 20. století počal průmyslově vyspělý svět úzce zabývat otázkami kvality napříč obory, vznikla známá série standardů ISO 9000 :

§ ISO 9000 - systém řízení kvality, základy a terminologie

§ ISO 9001 - systém řízení kvality, požadavky

§ ISO 9004 – systém řízení kvality, návod k zlepšování výsledků (Škrļa, Škrlová, 2003)

„Standardy 9000 jsou zaměřené na systém řízení kvality, který zajišťuje dodržování specifických požadavků a na posuzování shody s přesným popisem.“ (Gladkij, 2003)

V roce 2000 došlo k významnému sjednocujícímu kroku. Série všech standardů ISO 9000 byly sloučeny v standardy známé pod označením ISO 9001:2000. Takto označená série norem věnuje pozornost těmto veličinám :

- § Procesům,
- § zákazníkovi,
- § dokumentaci
- § zaměstnancům a
- § TQM (Total Quality Management – Celkové řízení kvality). (Škrla, Škrlová 2003)

Okamžikem získání certifikace ISO 9001:2000 má daný podnik takový systém managementu, který garantuje důslednost a spolehlivost. Každý zákazník firmy tak může reálně očekávat identické služby a produkty za všech okolností. (Škrla, Škrlová, 2003)

3.1.2 Modely národních a nadnárodních akreditačních standardů

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations/Společná komise pro akreditace zdravotnických zařízení byla založena roku 1951 z popudu Amerického svazu chirurgů, který již roku 1926 publikoval první ucelený manuál nemocničních standardů. Premiérový akreditační manuál JCAHO byl vydán roku 1976. (Škrla, Škrlová, 2003, Mastiliaková, 2003)

Společnost JCAHO se zabývá akreditacemi zdravotnických zařízení v oblastech :

- § **Ambulantní/primární péče,**
- § **domácí péče a péče v hospicích,**
- § **nemocnice,**
- § **laboratoře,**
- § **zařízení dlouhodobé péče.** (Mastiliaková, 2003, str. 5)

JCIA – Joint Commission International Accreditation/Spojená akreditační komise je dceřinou společností JCAHO. JCIA vytvořila ve spolupráci se zástupci 16 zemí na 370 akreditačních standardů a stanovila 3 klíčové cíle (efektivita a kvalita péče, řízení rizik a chyb, vytváření optimálního léčebného prostředí). (Škrla, Škrlová, 2003)

Standardy JCIA pro mezinárodní akreditaci nemocnic postihují následující oblasti :

- § Standardy týkající se bezprostředně potřeb klienta
 - práva pacientů
 - diagnostický proces
 - péče o pacienty
 - edukace pacientů a jejich rodin
 - kontinuita péče
- § Standardy týkající se zdravotnického zařízení jako instituce
 - řízení organizace (včetně strategického plánování)
 - řízení lidských zdrojů (personální management)
 - informatika
 - bezpečnost a ochrana zdraví při práci
 - protiepidemická opatření
 - řízení kvality (spokojenost zaměstnanců, sledování kvality výstupů procesu poskytované zdravotní péče) (Škrála, Škrlová, 2003, str. 47, Mastiliaková 2003, str. 6, Vašátková, 2005)

Akreditační standardy JCIA pro zdravotní transport zahrnují:

- § Manažerské standardy pro organizace poskytující transport ve zdravotnictví
 - řízení a vedení
 - řízení a zvyšování kvality
 - přenos a expozice biologickými a chemickými činiteli
 - provoz a zajištění bezpečnosti budov, vybavení a vozidel
 - kvalifikace a vzdělávání personálu
 - řízení informací
- § Standardy zaměřené na pacienta
 - dostupnost a koordinace služeb
 - práva pacientů a jejich blízkých
 - diagnostická péče
 - terapeutická péče
 - edukace pacientů a jejich blízkých (Vlček, 2005)

3.1.3 Modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů

ISQua – International Society for Quality in Health Care/Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví vznikla roku 1985 v italském Udine. Vznik společnosti byl významně ovlivněn myšlenkami Avedise Donabediana. Jejími členy je téměř 70 zemí světa, sídlem je australské město Melbourne. Dceřinou společností ICQua je organizace ALPHA – Agenda for Leadership in Programs in Healthcare Accreditation, která členským zemím pomáhá vytvářet či vylepšovat jejich autonomní akreditační standardy. (Škrla, Škrlová, 2003)

3.1.4 Modely excelence

Systém EFQM – European Foundation for Quality Management/Evropská nadace pro řízení kvality je projektem, který vznikl s pomocí 14-ti významných evropských podniků (KLM, Nestlé, Bosch, Philips, Volkswagen aj.) s cílem vést podniky působící v EU ke kvalitě s využitím strategie TQM. (Škrla, Škrlová, 2003)

3.2 Standardizace a druhy standardů

3.2.1 Co je to standardizace ?

Standardizace je chápána jako sjednocující proces, který by měl finálně zaručit standardní, tj. dle určitých parametrů stále a stejně kvalitní produkty a služby.

„Standardizace představuje proces vytváření standardů struktury, procesu a výsledků.“ (Mastiliaková, 2003, str. 7) Principem standardizace je, aby každý, koho se to týká, znal nejlepší pracovní postup v kterémkoliv časovém bodu procesu. Takový přístup k pojetí standardizace je vlastní průmyslovému modelu řízení kvality, tedy strategii TQM - Total Quality Management /Celkové řízení kvality) a CQI - Continuous Quality Improvement /Kontinuální zvyšování kvality. Obě úzce související strategie, které vytvořili Deming s Juranem, jdou aplikovat i na oblast poskytování zdravotnické, tj. medicínské a ošetrovatelské péče. Výslednicí TQM/CQI je sumární kvalita systémem produkovaných služeb, determinovaná legislativní normou daného státu. (Mastiliaková, 2003)

Strategie TQM/CQI je v Evropě používána od konce 80. let minulého století, kdy začalo být zřejmé, že zdravotní péče organizovaná a řízená jak na tržním, tak i na administrativním mechanismu je neefektivní a potřebuje regulaci. (Mastiliaková, 2003)

„V systému TQM, CQI kvalita představuje uspokojování potřeb a očekávání klientů/pacientů, (veřejný zájem) nikoliv pouze schopnost profesionálů poskytovat dobrou péči (profesionální zájem).“ (Mastiliaková, 2003, str. 8)

Principy strategií TQM/CQI ve zdravotní péči:

- § Zaměření na spotřebitele péče-klienty,
- § multidisciplinární spolupráce,
- § odstranění mezioborových a profesních bariér,
- § efektivnější řízení a utilizace lidských a materiálních zdrojů. (Mastiliaková, 2003)

3.2.3 Standardy jako nástroje zajištění a měření kvality

Standardy jsou vedle akreditace a auditu považovány za jeden z účinných nástrojů pro zajištění, měření a hodnocení kvality. (Mastiliaková, 2003)

Pojem standard je naší legislativou definován jako „...*písemně zpracovaný dokument, tj. postup při poskytování zdravotní péče, který odpovídá současným dostupným poznatkům vědy...*“ (Vyhláška 424/2004 Sb., str. 8097)

Standard je chápán jako hodnota kritéria, která určuje hranici mezi přijatelnou a nepřijatelnou úrovní kvality (Střítežský, 1999), reprezentuje závaznou minimální míru kvality a současně i prostředek pro měření a srovnávání výsledků. Ve spojení s auditem a akreditací je standardizace jedním z nejúčinnějších metod dosažení žádoucích parametrů kvalitní péče.

Obecné aspekty standardizace

- § Objektivní norma pro měření kvality,
- § podmínka pro udělení akreditace zdravotnického zařízení či instituce,
- § eliminuje nadbytečné výdaje,
- § garantuje pacientovi jednotnou úroveň péče a poskytuje forenzní ochranu sestře/zdravotnickému záchranáři.

Tvorba a prosazování standardů sestřám/zdravotnickým záchranářům zprostředkovává:

- § Další vzdělávání,
- § mechanismus k provedení změn,
- § prostředek organizování,
- § výchozí bod pro další profesní růst. (Mastiliaková, 2003)

Zavedením standardů lze docílit jednotného postupu při realizaci libovolných činností, osvobozuje pracovníky managementu od rutinního rozhodování a vytváří základnu znalostí, podstatě know-how dané organizace. (Antoš, 2005)

3.2.4 Druhy standardů

V globálním pohledu lze standardy dělit na **centrální**, tj. takové, které mají charakter zákonné anebo podzákonné právní normy a **lokální**, koncipované a do praxe přijaté v konkrétním zdravotnickém zařízení. Centrální standardy vydává státní instituce, obvykle ministerstvo zdravotnictví a vytváří tak základní strukturální a procesuální rámec pro tvorbu standardů lokálních, které v žádném případě nesmí být v přímém rozporu se standardy centrálními.

Nejzákladnější druhové rozdělení standardů principiálně vychází z klasického Donabedianova schématu, kde struktura, proces a výsledek péče jsou tři prvky jejichž vzájemná interakce vede k docílení kvality zdravotní péče.

Základní druhy standardů se dle obecně přijatého principu dělí na :

1. **Standardy strukturální**
2. **Standardy procesu a výsledku**
3. **Standardy hodnocení výsledků**

Standardy strukturální

Stanovují požadavky a kritéria pro vybavení pracoviště na bázi :

- § Personální – počty pracovníků,
- § kvalifikační – odbornost pracovníků,
- § technické – přístrojové vybavení,
- § hygienické,
- § příslušné zdroje.

Standardy procesuální

Spojují v sobě dva okruhy standardů :

- § Standardy ošetrovatelských postupů (SOP) – tj. popis činnosti prováděné krok po kroku za účelem sjednocení procesu,
- § standardy ošetrovatelských činností.

Standardy výsledků

Vymezují kritéria komplexního hodnocení kvality poskytované péče. (Vašátková, 2005)

3.2.5 Standardy procesuální – standardy přímé péče

Regulace poskytování zdravotní péče nastupující koncem 20. století s sebou přinesla nutnost systémové tvorby standardů procesu a výsledku pro přímou ošetrovatelskou péči.

Srovnáme-li jednotlivé ošetrovatelské výkony, činnosti a procedury dvou sester anebo v případě neodkladné přednemocniční péče dvou zdravotnických záchranářů v organizaci, která nemá vytvořeny standardy přímé péče, lehce dospějeme k tomu, že obě dvě anebo oba dva ošetrovatelskou činnost provádí individuálně typickým způsobem. Problémem, který svým významem nemůže být přehlédnut, je to, že **oba způsoby jsou rozdílné**. Mohou sice vykazovat některé společné prvky, ale současně se v mnoha aspektech mohou výrazně lišit (pořadí činností, technika výkonu, použité pomůcky).

„Proto je pro sestry (zdravotnické záchranáře) velmi těžké, poskytovat pacientům kvalitativně stejnou úroveň péče (tj. standardní péči), pokud tato úroveň péče nebyla sestrami v týmu jasně stanovena a schválena. Není možné poskytovat kvalitativně dobrou úroveň péče – standardní péči, pokud nevíme, co je to dobrá standardní péče. Vytvoření standardů a sledování jejich dodržování, jsou důležité kroky k praktické realizaci zlepšení kvality péče“. (Mastiliaková, 2003, str. 45)

Vytváření procesuálních a výsledkových standardů ve sféře přímé ošetrovatelské a ošetrovatelské přednemocniční péče je jednou z významných profesionálních kompetencí a odpovědností samostatně pracujících sester a zdravotnických záchranářů. (Mastiliaková, 2003)

Je nutné si uvědomit, že standardy přímé péče znamenají byť významnou, ale pouze jednu z částí aktivit zaměřených na zvyšování a zlepšování kvality ošetrovatelské péče v první linii, tj. ve vozech rychlé zdravotnické pomoci, odděleních, jednotkách.

Standardy přímé péče - rozdělení

- § Standardy jednotlivých ošetrovatelských intervencí (činnosti, výkony, procedury),
 - § standardy všeobecné péče,
 - § standardy poskytování péče pacientům se speciálními potřebami,
 - § standardy rámcových plánů péče o pacienty s konkrétními klinickými diagnózami.
- (Mastiliaková, 2003)

3.2.6 Struktura a formální náležitosti standardu

Obecná struktura standardu by měla obsahovat:

- § Účel standardu,
- § odkazy na prováděcí normy,
- § specifikace provozního zabezpečení (lidé, technika, ostatní nezbytné podmínky),
- § popis vlastního postupu (činnosti),
- § konkrétní upozornění na kritická místa určením kontrolních kritérií,
- § determinaci bezpečnostních opatření a požadavků,
- § předpis povinně vedené dokumentace, odkazy na formuláře. (Antoš, 2005)

Vztáhneme-li tato obecná doporučení do specifické oblasti ošetrovatelství, pak formální podoba standardního ošetrovatelského postupu (SOP) musí obsahovat:

- § Název a číslo SOP,
- § datum vydání, období platnosti, data revizí,
- § jméno kontaktní osoby,
- § odborného garanta SOP,
- § jméno vedoucího pracovníka, který SOP schválil,
- § kompetentní zdravotnické pracovníky,
- § definici SOP,
- § cíl SOP,
- § seznam nezbytných pomůcek,
- § popis vlastního postupu s výčtem povinností před výkonem, v průběhu výkonu a po výkonu,
- § záznam do zdravotnické dokumentace,
- § možné a uvažované komplikace,
- § přehled zvláštních upozornění,
- § použitou literaturu, seznam příloh. (Vašátková, 2005)

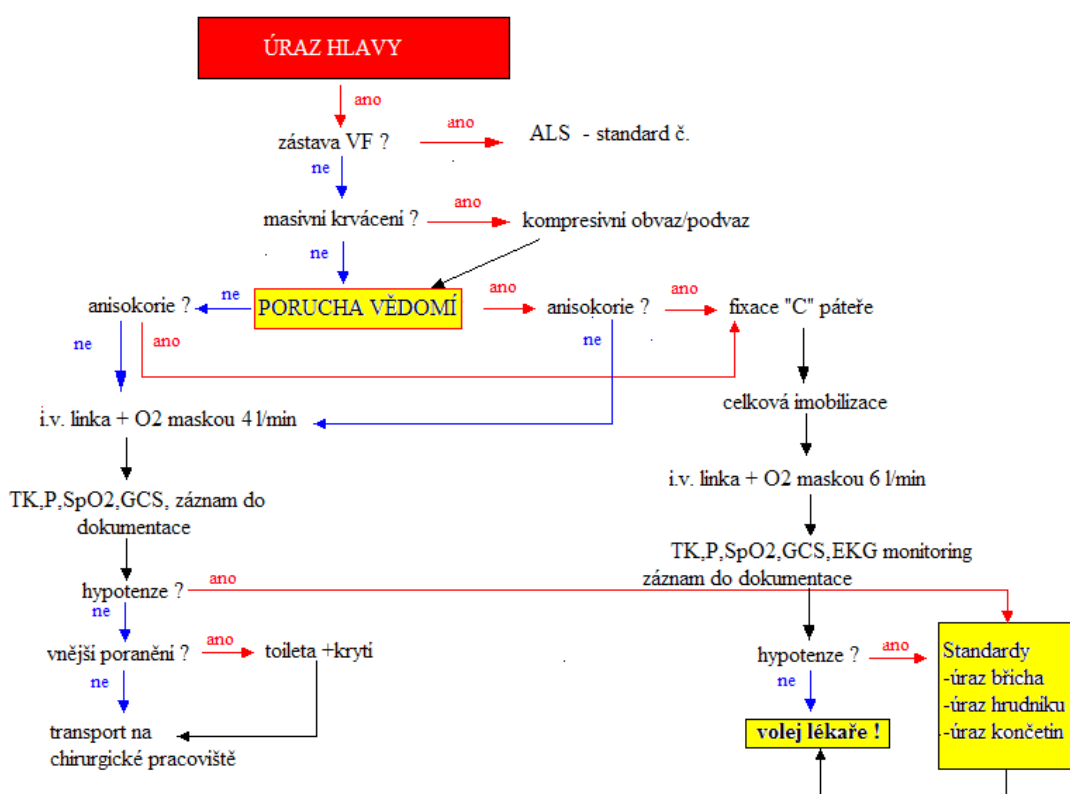
Standard, který má být v klinické praxi správně naplněn musí být koncipován jasně a srozumitelně, musí odpovídat svému zaměření, musí být objektivně měřitelný a především prakticky proveditelný a jeho písemná forma musí být uložena takovým způsobem, aby byla vždy dosažitelná pro případnou kontrolu či ověření správnosti postupu.

3.2.7 Možné podoby standardního ošetrovatelského postupu v přednemocniční péči

Grafické zpracování standardního ošetrovatelského postupu určeného posádkám RZP může mít podobu:

A, Formální – tj. písemná forma splňující všechny předepsané náležitosti svým rozsahem je však nepraktická pro umístění v sanitních vozidlech, protože neposkytuje klíčové informace v uceleném a přehledném rámci k rychlému použití.

B, Algoritmu – tj. specifického grafického zpracování klíčových informací k rychlé orientaci zdravotnického záchranáře/všeobecné diplomované sestry-specialistky.



Obr. 5 Algoritmická forma standardního ošetrovatelského postupu pro RZP

4 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU PRÁCE POSÁDKY RZP

4.1 Profil posádky RZP

Posádka RZP je vyhláškou 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě deklarována jako legitimní prostředek k poskytování přednemocniční neodkladné péče na místě vzniku příhody. Posádka, jinak též výjezdová skupina, RZP je ve znění uvedené normy nejméně dvoučlenná (zdravotnický záchranář/zdravotní sestra specialista a řidič-nižší zdravotnický pracovník), ale lze se setkat i s posádkami tříčlennými (zdravotnický záchranář/zdravotní sestra specialista a dva řidiči-nižší zdravotničtí pracovníci). V souladu se stoupajícími nároky na kvalitu a odbornost péče lze validně předpokládat, že v blízké budoucnosti bude personální zajištění výjezdových skupin uskutečňováno výhradně prostřednictvím nelékařských zdravotnických pracovníků s oprávněním vykonávat profesi bez odborného dohledu ve smyslu Zákona č. 96/2004 Sb. Konkrétně se bude jednat o profesní skupiny diplomovaných zdravotnických záchranářů anebo všeobecných diplomovaných sester s atestací anesteziologie, resuscitace, intenzivní péče (dále ARIP).

4.2 Úkoly posádek RZP

Posádka RZP je zdravotnickým operačním střediskem (dále ZOS) primárně nasazována k řešení tísňových výzev, jejichž obvyklou náplní jsou :

- § Nekomplikované úrazy hlavy – komoce,
- § nekomplikované zlomeniny,
- § prekolapsové a kolapsové stavy,
- § hemodynamicky nevýznamné krvácivé stavy,
- § prodromy porodu,
- § bolesti břicha –náhlé bolesti břišní,
- § intoxikace bez známek poruchy vědomí,
- § celkové zhoršení stavu při základním onemocnění,
- § izolované popáleniny a poleptání,

V případě, že momentální vytížení posádek rychlé lékařské pomoci (dále RLP) anebo posádky letecké záchranné služby (dále LZS) nedovoluje jejich okamžité nasazení k řešení prioritní tísňové výzvy (bezvědomí, bolesti na hrudi, dušnost-dušení, zástava dechu a oběhu, polytrauma, popáleniny velkého rozsahu), vysílá zdravotnické operační středisko výjezdovou skupinu RZP, která na místě vzniku příhody postupuje v rozsahu vlastních kompetencí.

Jasná specifikace činností výjezdových skupin RZP neexistuje a v prostředí všech zdravotnických záchranných služeb jsou uplatňovány rozdílné přístupy ve využívání těchto posádek. Stav osciluje mezi naprostým omezením jakékoliv samostatné činnosti posádky s poukazem na to, že jí vede „pouze sestra“ a situací, kdy posádka nepokrytě doplňuje svoji profesní kolegyni, výjezdovou skupinu rychlé lékařské pomoci.

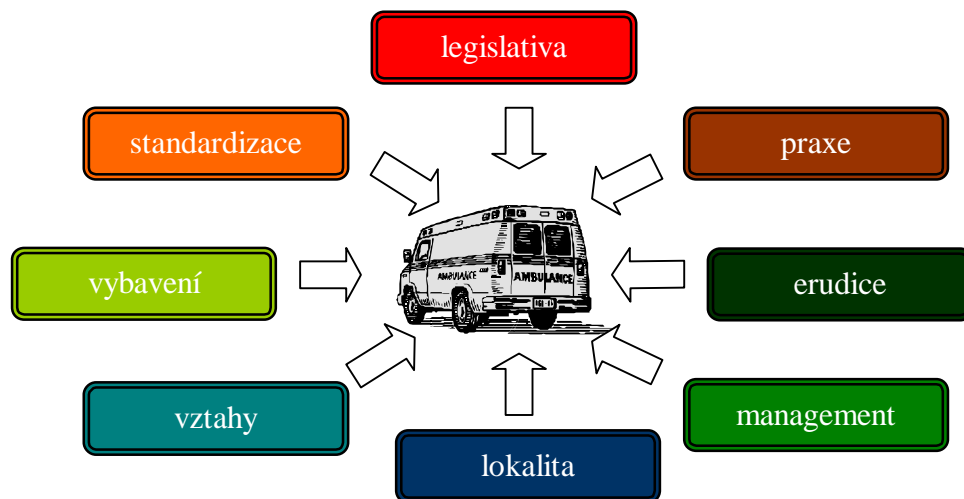
4.3 Faktory ovlivňující rozsah a kvalitu péče poskytované posádkou RZP

Rozsah a kvalita poskytované péče posádky RZP podléhá multifaktoriálním vlivům. Působení a důsledky některých z těchto vlivů nejsou členové posádky jakkoliv schopni ovlivnit anebo eliminovat. Řadíme mezi ně :

- § Legislativní normy,
- § osobní postoj top managementu k fungování výjezdových skupin,
- § stáří a stav materiálně technického vybavení,
- § lokalitu, ve které posádka působí.

Faktory posádkou částečně či cele ovlivnitelné zahrnují:

- § Stupeň profesionální erudice,
- § délka praxe přednemocniční a intenzivní lůžkové péče,
- § kvalitu interpersonálních vztahů
- § a standardizace postupů.



Obr. 6 Faktory ovlivňující práci posádek RZP

4.3.1 Legislativní normy

Zákony a vyhlášky upravující činnost RZP posádek tvoří závazný legislativní rámec. Základní norma postihující oblast fungování všech složek zdravotnické záchranné služby je Vyhláška č.434/1992 Sb. definující mimo jiné přednemocniční péči jako specifický termín, vnitřní strukturu zdravotnické záchranné služby (dále ZZS), typy výjezdových skupin, jejich personální složení, parametry zdravotnického operačního střediska a požadavky na minimální výbavu sanitních vozidel. Za důležitý legislativní mezník můžeme považovat ratifikaci Zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních a jeho prováděcí vyhlášku 424/2004 Sb., která v § 3 odst. 1 a §17 stanovuje aktuální kompetence zdravotnického záchranáře a tudíž i posádky RZP. Znění popsaných částí vyhlášky je doplněno doporučeným postupem výboru Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof (upřesňující katalogy prací jednotlivých zdravotnických pracovníků zařazených ve výjezdových skupinách ZZS, tj. diplomovaných zdravotnických záchranářů, všeobecných diplomovaných sester – specialistek, řidičů NZP).

4.3.2 Postoj managementu

Obecně lze postoj top managementu dané ZZS rozdělit na:

- a) **Kladný** – posádka je přijímána jako plnohodnotná alternativa posádek RLP a LZS, je aktivně využívána, má autonomní prostor k diagnostice a terapii v souladu s rozsahem svých kompetencí,
- b) **neutrální** – nevyhraněný, obvykle bez interní firemní koncepce, různý na základě osobních vztahů s jednotlivými členy posádek a pracovníků managementu,
- c) **záporný** – negativní, omezující diagnostické a terapeutické možnosti posádky, degradující ji na úroveň dopravy nemocných, raněných a rodiček.

4.3.3 Materiálně-technické vybavení

Je determinováno „technickými“ vyhláškami. V moderním pohledu je třeba preferovat především takové zdravotnické přístroje a vybavení, jenž umožní přenos klíčových dat k specialistovi (např. EKG křivky, laboratorních hodnot a hodnot fyziologických funkcí), který se může spolupodílet na rozhodování o specifickém terapeutickém zásahu a směřování klienta/pacienta.

4.3.4 Lokalita – spádový region

Charakter spádového regionu posádky RZP je při prvním pohledu nevýznamný. V praxi ale často pozorujeme, že posádky zasahující ve velkých městských aglomeracích jsou vystaveny působení tlaku vyššího absolutního počtu výjezdů a specifického chování klientů a jejich rodinných příslušníků. Jinými slovy, členové posádek RZP zasahující kupříkladu v krajských městech vykazují mnohem častěji známky frustrace nad četností a spektrem výzev, které jsou povinováni řešit, než jak je tomu u kolegů pracujících na „venkovských stanovištích“. Při absenci standardizace postupů může příslušnost k městské lokalitě též lehce vést k tomu, že posádka určité výkony neprovádí (zajištění žilního vstupu, měření hodnot fyziologických funkcí, krytí ran, orientační fyzikální vyšetření) a přenáší je na pracovníky centrálních příjmů anebo odborných ambulancí s poukazem, že od zdravotnického zařízení je dělila jen krátká vzdálenost. Argumentuje tak prvkem úspory času ve prospěch klienta/pacienta a nadsazuje rychlost transportu nad komplexní péči dle příslušného standardu. Výhody takového rozhodnutí jsou silně diskutabilní, protože ospravedlnit je lze jen v individuálních případech.

4.3.5 Erudice a délka praxe přednemocniční a intenzivní lůžkové péče

Rychlý technologický rozvoj medicíny si i v podmínkách neodkladné přednemocniční péče vynutil vyšší požadavky na odbornou erudici a profesní růst pracovníků výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby. Ve světle denní praxe se neustále potvrzuje zásadní význam praktické stránky výcviku s jasným akcentem automatizace bazálních dovedností.

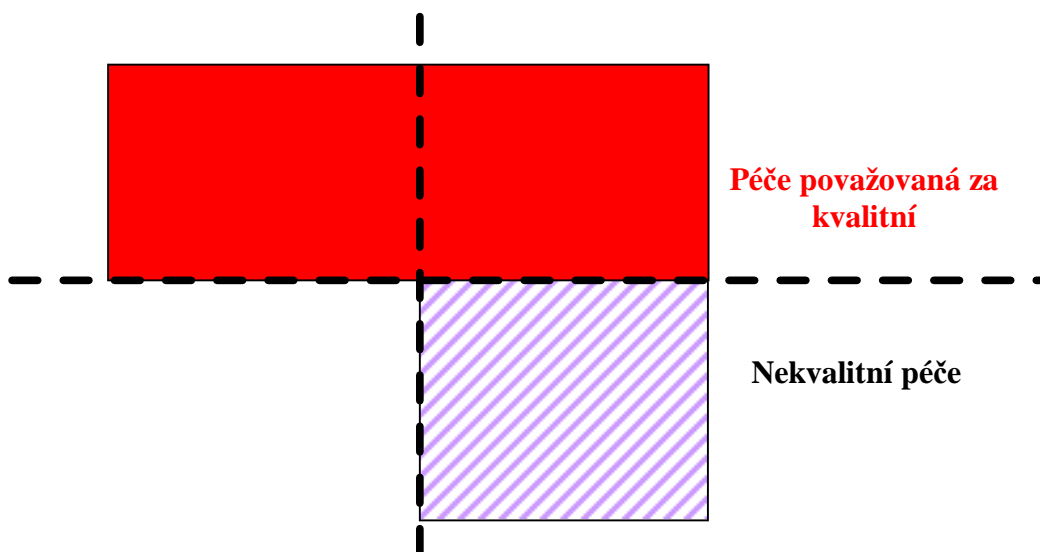
4.3.6 Interpersonální vztahy

Profesionální výkon posádky RZP se v mnohém odráží od stavu interpersonálních vztahů záchranářů. Sociálně je posádka RZP prakticky homogenní, protože tvoří-li ji dva zdravotničtí záchranáři, řadí se do stejné profesně -sociální skupiny a to bez ohledu na to, zdalíže jeden z členů posádky vysokoškolsky vzdělán v některém z ošetrovatelských studijních programů. V případě, že posádku tvoří nižší zdravotnický pracovník-řidič a diplomovaný zdravotnický záchranář/všeobecná diplomovaná sestra-specialistka lze příležitostně detekovat konflikty různé intenzity a hloubky, vyplývající z neakceptování vedoucího postavení záchranáře/sestry. Konflikty jsou tím palčivější, čím více se věkové nůžky mezi popsányými členy posádky rozevírají. Za povšimnutí stojí i skutečnost, že zdaleka ne všechny zdravotnické záchranné služby v České republice praktikují systém personálně neměnných posádek, u kterých je předpoklad stabilních vztahů mezi jednotlivými členy. Do hry tak

vstupují osobní antipatie, rozdílné názory na priority péče, rozdílné vztahy k profesi a příjemcům péče, dalšímu vzdělávání v oboru s významným vlivem na finální výkonnost.

4.3.7 Standardizace postupů (procesů)

Absence standardizace postupů posádek RZP představuje aktuální i perspektivní problém v několika rovinách. Předně můžeme relevantně a s určitostí tvrdit, že každá jmenovitá posádka RZP působící v organizaci, která nemá vytvořeny SOP pro nelékařské posádky **neposkytuje péči stejného rozsahu v srovnatelné kvalitě**. Zmíněný rozdíl je třeba chápat nejen ve **vertikále** (propastný rozdíl ve smyslu „kvalitně/nekvalitně“), ale i v **horizontále**, tedy v oblasti relativně kvalitně poskytovaných služeb bez jednotného, jasně definovaného konceptu.



Obr. 7 Grafické znázornění nejednotnosti kvality péče ve vertikále i horizontále

Kvalita práce posádky se tak stává obtížně měřitelnou, srovnávatelnou a hodnotitelnou veličinou a v případě, že ji management organizace chce hodnotit, nezbyvá mu než zaměřit ryze subjektivní hlediska hodnocení za objektivní.

Standardizace postupů sebou přináší ještě jeden významný prvek a tím je vedle stejného rozsahu a kvality péče i **vyšší rychlost jejího provedení**. Předem opakovaně nacvičené, automaticky provedené úkony poskytují zasahující posádce v iniciální fázi ošetření (tedy v době, kdy může ztratit čas nezbytný k agresivní terapeutické reakci na akutní stav) větší časový prostor k tomu, aby u zajištěného pacienta mohla provést eventuální diferenciální

diagnostiku, sekundární zhodnocení stavu, posouzení vlivu komplikujících faktorů a jiných důležitých okolností. Postup dle příslušného standardu umožní posádce *systematické zhodnocení stavu postiženého a přímé vedení směrem k prioritním výkonům*, nezbytným pro další přežití anebo zachování zdraví klienta.

5 METODOLOGIE

5.1 Charakteristika sledované problematiky

5.1.1 Sledovaná oblast

Sledovaný soubor dat byl získán vyhodnocením výjezdové dokumentace posádek RZP Zdravotnické záchranné služby Královéhradeckého kraje, oblasti Východ, která reprezentují výjezdová střediska:

- § **Broumov**
- § **Jaroměř**
- § **Náchod**
- § **Rychnov nad Kněžnou**



Obr. 8 Výjezdová střediska ZZS Královéhradeckého kraje

5.1.2 Sledované období

Výzkum se soustředil na období celého kalendářního roku 2006, tj. od 1.1. do 31.12.2006 včetně. Tématicky výzkum navázal na shodný projekt, který se soustředil na stejnou tematiku ve stejné oblasti v kalendářním roce 2005.

5.1.3 Sledované parametry

Hlavním sledovaným parametrem *byly diagnostické závěry zdravotnického záchranáře/všeobecné diplomované sestry-specialistky* provedené při *primárních výjezdech posádek RZP*. Primárním výjezdem RZP se rozumí takový výjezd, který je:

- § Realizovaný na základě výzvy Krajského zdravotnického operačního střediska,
- § akutní, tj. dlouhodobě ani krátkodobě neplánovaný,
- § k nehospitalizovanému pacientovi,
- § řešený vlastními silami posádky RZP anebo s následnou přímou či zprostředkovanou spoluprací lékaře operačního střediska, lékaře RLP, LZS, lékaře specialisty.

5.2 Zdroje dat a metoda záznamu dat

5.2.1 Zdroje dat

Výhradním a jediným zdrojem dat se staly kopie originálních Záznamů o výjezdu ZZS Královéhradeckého kraje RZP posádek z výjezdových stanovišť Broumov, Jaroměř, Náchod a Rychnov nad Kněžnou . Originál i kopie rukopisných záznamů vznikly ve stejný časový okamžik a měly by tak být absolutně shodné vyjma údajů, jež jsou posádkou doplňovány až po ukončení výjezdu (čas ukončení výjezdu, kód diagnózy, počet ujetých kilometrů, eventuálně údaje dříve neznámé).

5.2.2 Záznam dat

K vlastnímu záznamu dat byla použita modifikovaná záznamová tabulka dle Praunové. Původní i aktualizovanou podobu tabulky je možno shlédnout v přílohách č.

5.2.3 Soubor pracovních diagnóz

Jednotlivé primární výjezdy byly na základě diagnostického závěru zdravotnického záchranáře/všeobecné diplomované sestry-specialistky zařazeny k příslušné pracovní diagnóze. Výzkum pracoval s následujícími 46 –ti pracovními diagnózami.

5.2.4 Pracovní diagnózy a jejich kritéria

1. ***Poranění hlavy a obličeje zavřené*** – zahrnuta především tupá poranění hlavy a obličeje bez porušení kožního krytu.
2. ***Poranění hlavy a obličeje otevřené*** – zahrnuta poranění s porušením kožního krytu ve smyslu exkoriací, tržných, tržně-zhmožděných, řezných či sečných ran, traumatická epistaxe.
3. ***Cefalea*** – zahrnuta izolovaná bolest hlavy bez další doprovodné symptomatologie, migrenózní stavy.
4. ***Epistaxe*** – krvácení z nosu netraumatického původu

5. **Poranění hrudníku zavřené** – zahrnuta poranění bez porušení kožního krytu, naražení hrudníku, izolované zlomeniny žeber.
6. **Poranění hrudníku otevřené** – zahrnuta poranění s porušením kožního krytu, pronikající poranění.
7. **Bolesti na hrudi** – zahrnuty stavy tíhy, oprese, pálení na hrudi bez dalšího rozlišení.
8. **Poranění břicha** – zahrnuta tupá i pronikající poranění břišní stěny.
9. **Bolesti břicha** – zahrnuty veškeré bolesti břicha netraumatického původu, vyloučeny bolesti břicha gynekologické etiologie při známé anamnéze.
10. **Poranění horní končetiny zavřené** – zahrnuta veškerá poranění bez porušení kožního krytu.
11. **Poranění horní končetiny otevřené** – zahrnuta veškerá poranění s porušením kožního krytu.
12. **Poranění dolní končetiny zavřené** – obdoba pracovní diagnózy č.10.
13. **Poranění dolní končetiny otevřené** – obdoba pracovní diagnózy č.11.
14. **Poranění krku** – zahrnuta otevřená i uzavřená poranění krku bez dalšího rozlišení.
15. **Poranění horní části zad** – zahrnuta otevřená i uzavřená poranění v úseku hrudní páteře.
16. **Poranění dolní části zad** – zahrnuta otevřená i uzavřená poranění v úseku bederní, sakrální páteře a kosti křížové.
17. **Bolesti zad** – zahrnuty stavy netraumatologického původu, nejčastěji kosterně svalová onemocnění.
18. **Gynekologická příhoda** – zahrnuty stavy nefyziologického gynekologického krvácení, podezření na infekce ženských rozmnožovacích orgánů, mimoděložní těhotenství.
19. **Prodromy porodu** – zahrnuty stavy, kdy gravidní žena udává odchod hlenové zátky, odtok plodové vody, kontrakce děložní svaloviny.
20. **Křečové stavy** – zahrnuty veškeré křečové stavy bez dalšího rozlišení, ponějvíce generalizované i parciální epileptické záchvaty, křeče v důsledku respirační alkalózy.
21. **Kolapsové stavy** – zahrnuty veškeré kolapsy bez dalšího etiologického dělení.
22. **Dušnost** – zahrnuty nekardiální stavy dušnosti, mimo jiné astmatický záchvat, pneumonie, stenozující laryngitis, aspirace cizího tělesa.
23. **Krvácení do GIT** – zahrnuta meléna, hemateméza, enterorhagie
24. **Krvácivý stav** – zahrnuty stavy zvýšené krvácivosti při antikoagulační léčbě, krvácení z chronických ran na končetinách.

25. **Intoxikace** – zahrnuta izolovaná intoxikace alkoholem, izolovaná intoxikace cannabisem, amfetaminy, benzodiazepiny, opiáty a to i v suicidálním úmyslu, izolovaná intoxikace (požití) čistících prostředků či jiných průmyslových látek.
26. **Vertigo** – zahrnuty stavy s dominantní závratí bez další neurologické symptomatiky.
27. **Nausea, zvracení** – zahrnuty stavy s převažujícím pocitem na zvracení či zvracením.
28. **Poruchy srdečního rytmu** – zahrnuty hemodynamicky významné a symptomatické arytmie bez dalšího rozlišení vyjma poruch rytmu rovnajících se zástavě oběhu (bezpulsová komorová tachykardie, fibrilace komor, asystolie, elektromechanická disociace).
29. **Celkové zhoršení stavu** – zahrnuty stavy zhoršení stavu při základním onemocnění v bio-psycho-sociálním kontextu, dehydratace, malnutrice, rozvrat vnitřního prostředí při ztrátě soběstačnosti klienta.
30. **Hypotenze, nevolnost** – zahrnuty stavy hemodynamicky významné hypotenze, subjektivní nevolnosti bez dalšího patologického nálezu.
31. **Hypoglykémie** – zahrnuty stavy při verifikované glykémii pod 3,0 mmol/l při onemocnění diabetem.
32. **Neurologický deficit-vědomí** – zahrnuty stavy kvantitativní poruchy vědomí somnolence, sopor, koma.
33. **Neurologický deficit-hybnost** – zahrnuty stavy nově vzniklé poruchy celkové hybnosti ve smyslu monoparéz, hemiparéz, poruch citlivosti.
34. **Neurologický deficit-komunikace** – zahrnuta motorická afázie, percepční afázie, toální afázie, poruchy artikulace.
35. **Termické poškození** – popáleniny, celkové přehřátí organismu.
36. **Alergická reakce** – zahrnuty alergické reakce bez dalšího rozlišení.
37. **Psychiatrická indikace** – akutní psychóza, depresivní a úzkostné stavy vyžadující další transport na psychiatrickou ambulanci anebo zavřené oddělení.
38. **Poleptání** – poleptání kůže chemickou noxou, louh, kyselina, průmyslové chemikálie.
39. **Hypertenzní krize** – zahrnuty stavy hemodynamicky významné hypertenze s průvodní symptomatikou.
40. **Urologické obtíže** – zahrnuty dysurické obtíže, hematurie, retence moči, izolovaná inkontinence moči.
41. **Srdeční selhání** – zahrnuto chronické pravostranné i levostranné srdeční selhání.
42. **Meningeální příznaky** - zahrnuty stavy s pozitivními meningeálními příznaky.

- 43. Dekompenzovaný diabetes** – zahrnuty stavy při verifikované glykémii 12 a více mmol/l s průvodními projevy dekompenzace (polyurie, glykosurie, nausea, zvracení atd.).
- 44. Zástava dechu a oběhu** – traumatická i netraumatická zástava životních funkcí.
- 45. Podchlazení a omrzliny**
- 46. Ostatní** – zahrnuty atypické diagnózy, kupříkladu virózy, nespecifické bolesti, zánět horních cest dýchacích, vyšetření a ošetření osob bez patologického nálezu, běžná onemocnění, marné výjezdy (pacient nenalezen anebo odešel před příjezdem RZP, výjezdy zrušené Krajským zdravotnickým operačním střediskem).

Středisko Náchod			leden	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad	prosinec	Celkem
Počet primární zásahů															
1.	Poranění hlavy a obličeje	zavřené													
2.		otevřené													
3.	Cefalea														
4.	Epistaxe														
5.	Poranění hrudníku	zavřené													
6.		otevřené													
7.	Bolest na hrudi														
8.	Poranění břicha														
9.	Bolesti břicha														
10.	Poranění HK	zavřené													
11.		otevřené													
12.	Poranění DK	zavřené													
13.		otevřené													
14.	Poranění krku														
15.	Poranění	horní části zad													
16.		dolní části zad													
17.	Bolesti zad														
18.	Gyn.příhoda														
19.	Prodromy porodu														
20.	Křečové stavy														
21.	Kolapsové stavy														
22.	Dušnost														
23.	Krvácení do GIT														
24.	Krvácivý stav														
25.	Intoxikace														
26.	Vertigo														
27.	Nausea, zvracení														
28.	Poruchy srd.rytmu														
29.	Celkové zhoršení stavu														
30.	Hypotenze,nevolnost														
31.	Hypoglykemie														
32.	Neurologický deficit	vědomí													
33.		hybnost													
34.		kommunikace													
35.	Termické poškození														
36.	Alergická reakce														
37.	Psych.indikace														
38.	Poleptání														
39.	Hypertenzní krize														
40.	Urologické obtíže														
41.	Srdeční selhání														
42.	Meningeální příznaky														
43.	Dekomp.DM														
44.	Zástava dechu a oběhu														
45.	Podchlazení,omrzliny														
46.	Ostatní														

Obr.č. 9 Záznamová tabulka

5.3 Použité metody

5.3.1 Základní rozdělení dat

Každý ze Záznamů o výjezdu RZP oblasti Východ byl nejprve podroben základnímu zkoumání, které mělo určit:

1. Typ výjezdu posádky RZP (primární/sekundární),
2. diagnostický závěr-pracovní diagnózu zdravotnického záchranáře/všeobecné diplomované sestry specialistky,
3. dominantní pracovní diagnózu při souběžném výskytu dvou a více pracovních diagnóz.

5.3.2 Určení dominantní diagnózy

V případě dvou souběžných pracovních diagnóz byla za dominantní označena ta, která znamenala *suspektní anebo faktické vyšší riziko ohrožení zdraví a života klienta*. Při paralelním úrazu hlavy bez porušení kožního krytu s krátkodobým bezvědomím a nekomplikované zlomenině horní končetiny, byla za dominantní určena diagnóza *poranění hlavy a obličeje uzavřené* a to z důvodu prognosticky závažnějšího poranění, které mohlo vyústit v těžké postižení centrální nervové soustavy a smrt postiženého. Přidružené poranění horní končetiny nebylo započteno pro nižší stupeň závažnosti a rizika komplikací.

V analogickém případě, kdy klient utrpěl zavřenou zlomeninu stehenní kosti s prokazatelnou krvní ztrátou a současně utrpěl úder do hlavy s drobným poraněním měkkých tkání bez následného bezvědomí, byla za dominantní označena pracovní diagnóza *poranění dolní končetiny-uzavřené*, protože rychlá ztráta 1500 ml krve mohla spustit mechanismus hemoragického šoku, jenž mohl bezprostředně ohrozit přežití pacienta. Úraz hlavy nadále v celkovém přehledu absolutního počtu výjezdů nefiguroval.

5.3.3 Výpočet frekventovaných diagnóz střediska

V ročním součtu primárních výjezdů k jednotlivým diagnózám byly experimentálně vytknuty jmenovité diagnózy s absolutním počtem $n = 15$ a více *primárních výjezdů*. Získaná skupina diagnóz byla nazvána *frekventované diagnózy střediska*. Frekventované diagnózy střediska byly řazeny od frekventované diagnózy s nejvyšším absolutním ročním počtem výjezdů po diagnózu s nejnižším absolutním ročním počtem v dané skupině. Absolutní počty výjezdů k otevřeným a uzavřeným poraněním hlavy a obličeje, hrudníku, dolních končetin a horních končetin byly sečteny. V případě, že součet překročil hranici 15-ti výjezdů ročně, byla příslušná diagnóza zařazena mezi frekventované diagnózy jako jeden celek, např.

poranění hlavy a obličeje celkem. Stejný princip byl uplatněn u složek diagnóz **neurologický deficit a poranění zad.** Soubor diagnóz **ostatní** nebyl započítán mezi **frekventované diagnózy všech středisek.**

5.3.4 Výpočet prioritních diagnóz střediska

Prioritními diagnózami střediska se rozumí takový počet frekventovaných diagnóz střediska, které v pořadí od frekventované diagnózy střediska s nejvyšším absolutním ročním počtem primárních výjezdů sestupně nejdříve překročí hranici **50 % podílu frekventovaných diagnóz střediska.**

5.3.5 Výpočet frekventovaných diagnóz oblasti

Součtem opakujících se frekventovaných diagnóz středisek oblasti Východ společně s přiřazením takových diagnóz, které v rámci konkrétního střediska sice splňují kritéria frekventované diagnózy, ale již se nevyskytují mezi frekventovanými diagnózami zbylých stanovišť byla získána skupina **frekventovaných diagnóz oblasti** Východ. Tyto frekventované diagnózy byly opět uspořádány sestupně od diagnózy s nejvyšším absolutním součtem primárních výjezdů k diagnóze s nejnižším absolutním součtem anebo počtem primárních výjezdů.

5.3.6 Výpočet prioritních diagnóz oblasti

Prioritními diagnózami oblasti se rozumí takový počet frekventovaných diagnóz oblasti, které v pořadí od frekventované diagnózy oblasti s nejvyšším absolutním počtem primárních výjezdů sestupně nejdříve překročí **hranici 50 % podílu frekventovaných diagnóz oblasti.**

6 VÝSLEDKY

6.1 Středisko Broumov

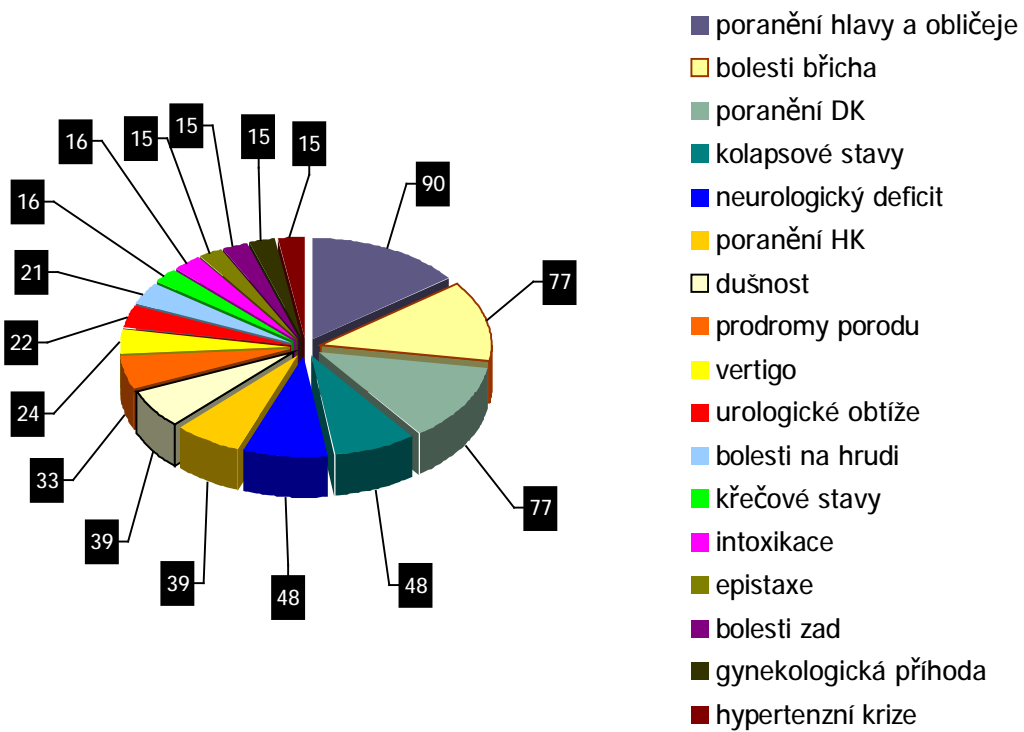
6.1.1 Frekventované diagnózy střediska Broumov

Ve sledovaném období (od 1.1. 2006 do 31.12.2006) provedla výjezdová skupina RZP Broumov celkem 761 primárních výjezdů, což z celkového počtu 3340 primárních výjezdů RZP posádek oblasti Východ činí 22,78 %.

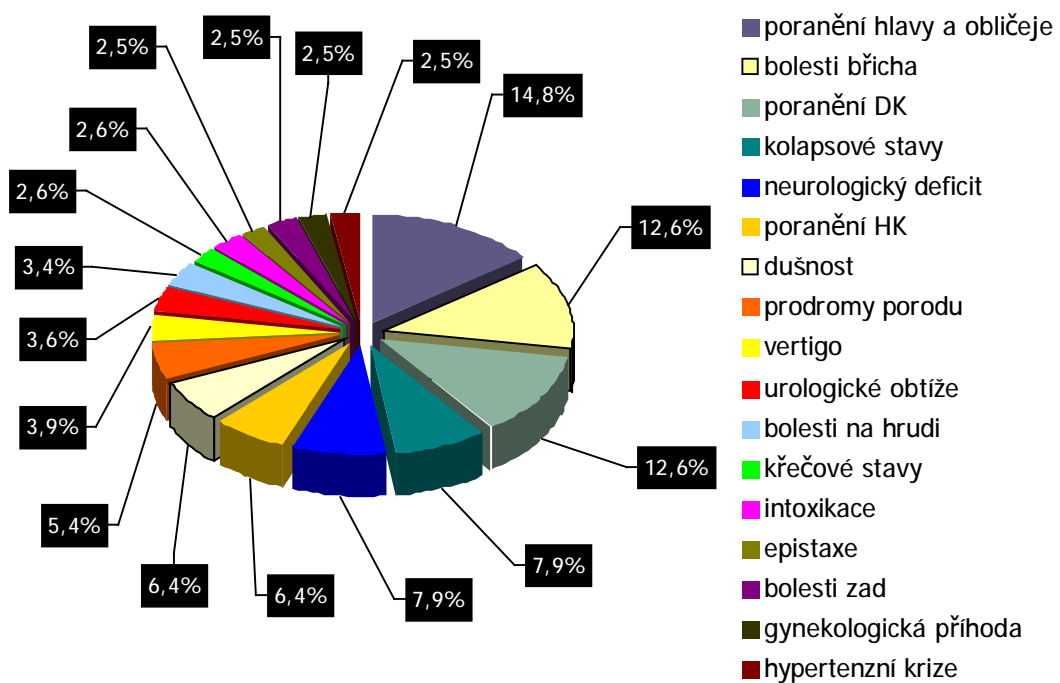
Diagnózy, které v celoročním přehledu překročily absolutní počet 15-ti výjezdů (a lze je tudíž dle kritérií práce označit jako frekventované) činily celkem 17 položek reprezentujících 610 primárních výjezdů (80,2 % všech primárních výjezdů střediska).

Tab. 1 Přehled frekventovaných diagnóz střediska Broumov

	Broumov 2006		Celkem
	Počet primárních výjezdů k frekventovaným dg.		610
1.	Poranění hlavy a obličeje	celkem	90
2.	Bolesti břicha		77
2.	Poranění DK	celkem	77
3.	Kolapsové stavy		48
3.	Neurologický deficit	celkem	48
4.	Poranění HK	celkem	39
4.	Dušnost		39
5.	Prodromy porodu		33
6.	Vertigo		24
7.	Urologické obtíže		22
8.	Bolest na hrudi		21
9.	Křečové stavy		16
9.	Intoxikace		16
10.	Epistaxe		15
10.	Bolesti zad		15
10.	Gyn.příhoda		15
10.	Hypertenzní krize		15



graf 1 Frekventované diagnózy střediska Broumov v absolutních číslech



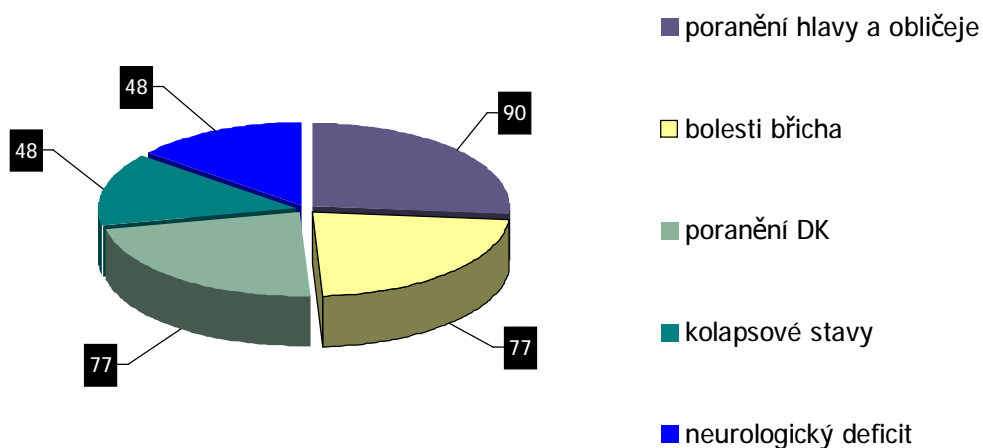
graf 2 Frekventované diagnózy střediska Broumov v procentuálním podílu

6.1.2 Prioritní diagnózy střediska Broumov

Posádka RZP střediska Broumov provedla v období od 1.1. 2006 do 31.12.2006 celkem 340 výjezdů k prioritním diagnózám, což odpovídá 55,8 % z celkového počtu 610 primárních výjezdů k diagnózám frekventovaným. Mezi prioritní diagnózy bylo na základě výpočtových kritérií zařazeno celkem 5 položek. Jejich jmenný přehled přináší tab. 2.

Tab. 2 Přehled prioritních diagnóz střediska Broumov

Broumov 2006			Celkem
Počet primárních výjezdů k prioritním dg.			340
1.	Poranění hlavy a obličeje	Celkem	90
2.	Bolesti břicha		77
2.	Poranění DK	Celkem	77
3.	Kolapsové stavy		48
3.	Neurologický deficit	Celkem	48



graf 3 Prioritní diagnózy střediska Broumov v absolutních číslech

6.2 Středisko Jaroměř

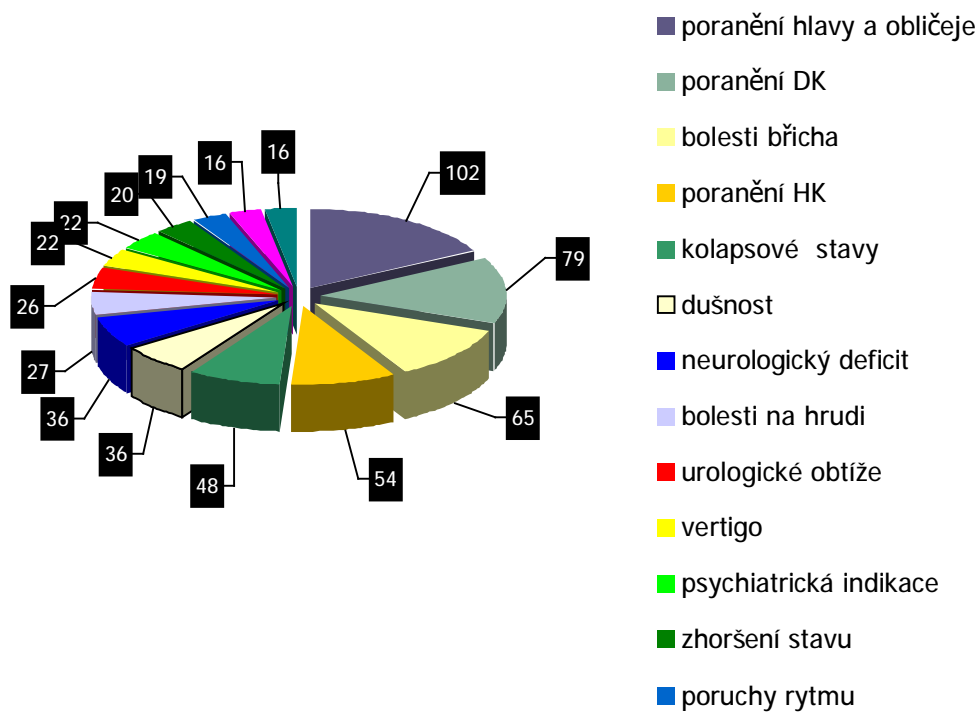
6.2.1 Frekventované diagnózy střediska Jaroměř

Ve sledovaném období (od 1.1. 2006 do 31.12.2006) provedla výjezdová skupina RZP Jaroměř celkem 797 primárních výjezdů, což z celkového počtu 3340 primárních výjezdů RZP posádek oblasti Východ činí 23,86%.

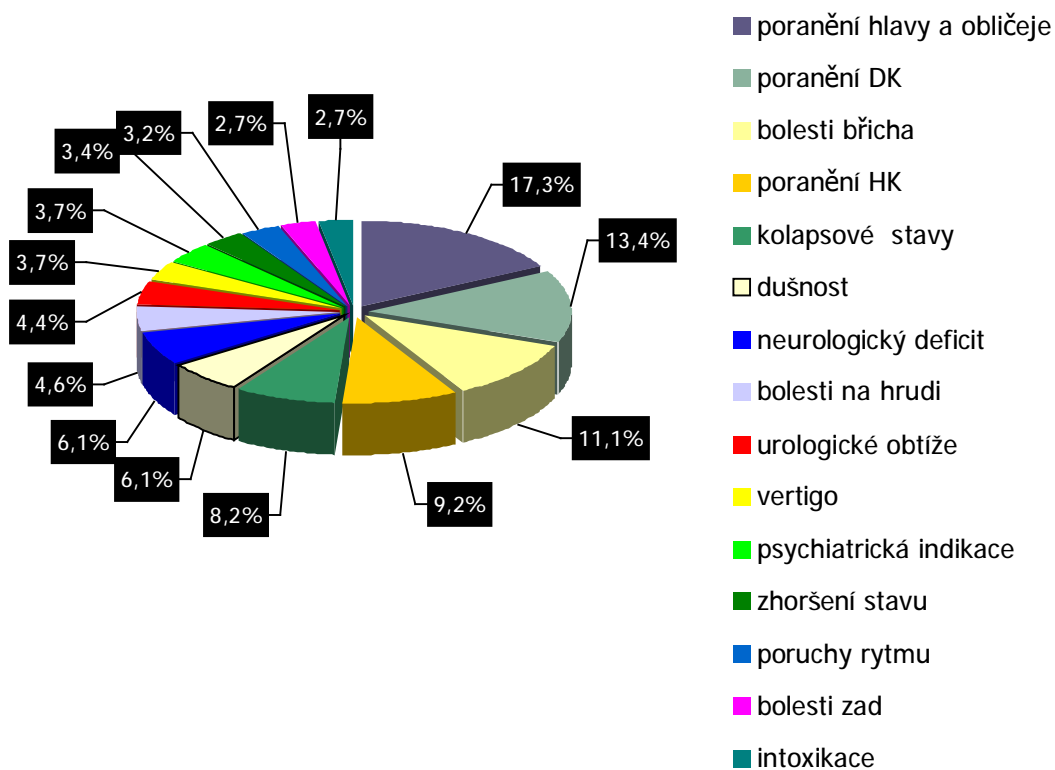
Diagnózy, které v celoročním přehledu překročily absolutní počet 15-ti výjezdů (a lze je tudíž dle kritérií práce označit jako frekventované) činily celkem 16 položek reprezentujících 588 primárních výjezdů (73,8 % všech primárních výjezdů střediska). Jmenovitý seznam frekventovaných diagnóz přináší tab. 3.

Tab. 3 Přehled frekventovaných diagnóz střediska Jaroměř

Jaroměř 2006			Celkem
Počet primárních výjezdů k frekventovaným dg.			588
1.	Poranění hlavy a obličeje	celkem	102
2.	Poranění DK	celkem	79
3.	Bolesti břicha		65
4.	Poranění HK	celkem	54
5.	Kolapsové stavy		48
6.	Dušnost		36
6.	Neurologický deficit	celkem	36
7.	Bolest na hrudi		27
8.	Urologické obtíže		26
9.	Vertigo		22
9.	Psych.indikace		22
10.	Celkové zhoršení stavu		20
11.	Poruchy rytmu		19
12.	Bolesti zad		16
12.	Intoxikace		16



graf 4 Frekventované diagnózy střediska Jaroměř v absolutních číslech



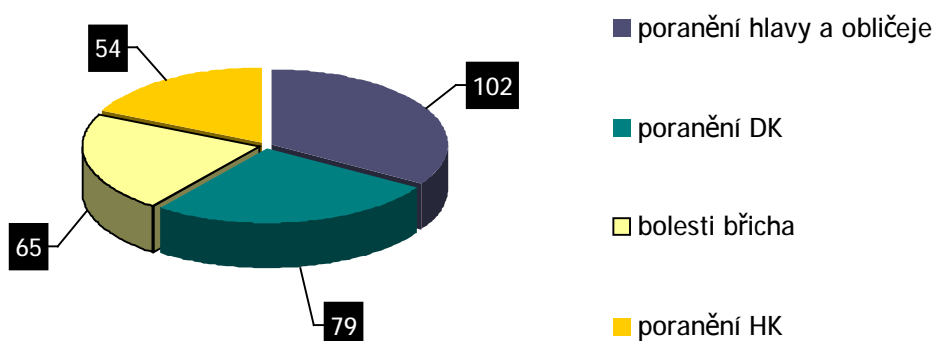
graf 5 Frekventované diagnózy střediska Jaroměř v procentuálním podílu

6.2.2 Prioritní diagnózy střediska Jaroměř

Posádka RZP střediska Jaroměř provedla v období od 1.1. 2006 do 31.12.2006 celkem 300 výjezdů k prioritním diagnózám, což odpovídá 51 % z celkového počtu 588 primárních výjezdů k diagnózám frekventovaným. Prioritními diagnózami byly na základě výpočtových kritérií stanoveny celkem 4 položky. Jejich jmenný přehled přináší tab. 4.

Tab. 4 Přehled prioritních diagnóz střediska Jaroměř

Jaroměř 2006			Celkem
Počet primárních výjezdů k prioritním dg.			300
1.	Poranění hlavy a obličeje	celkem	102
2.	Poranění DK	celkem	79
3.	Bolesti břicha		65
4.	Poranění HK	celkem	54



graf 6 Prioritní diagnózy střediska Jaroměř v absolutních číslech

6.3 Středisko Náchod

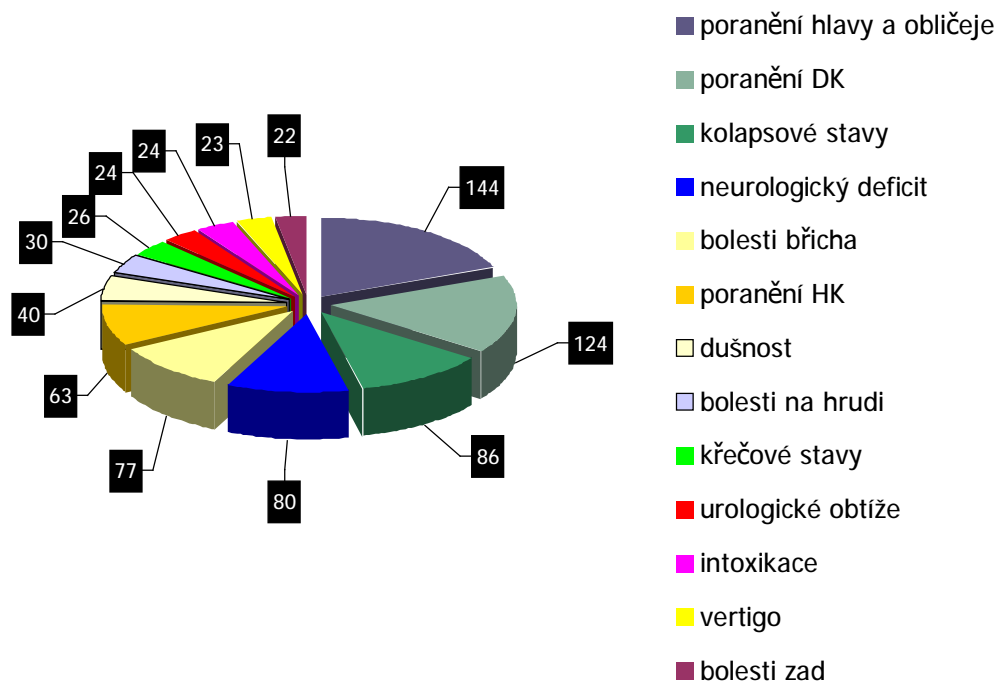
6.3.1 Frekventované diagnózy střediska Náchod

Ve sledovaném období (od 1.1. 2006 do 31.12.2006) provedla výjezdová skupina RZP Náchod celkem 940 primárních výjezdů, což z celkového počtu 3340 primárních výjezdů RZP posádek oblasti Východ činí 28,14 %.

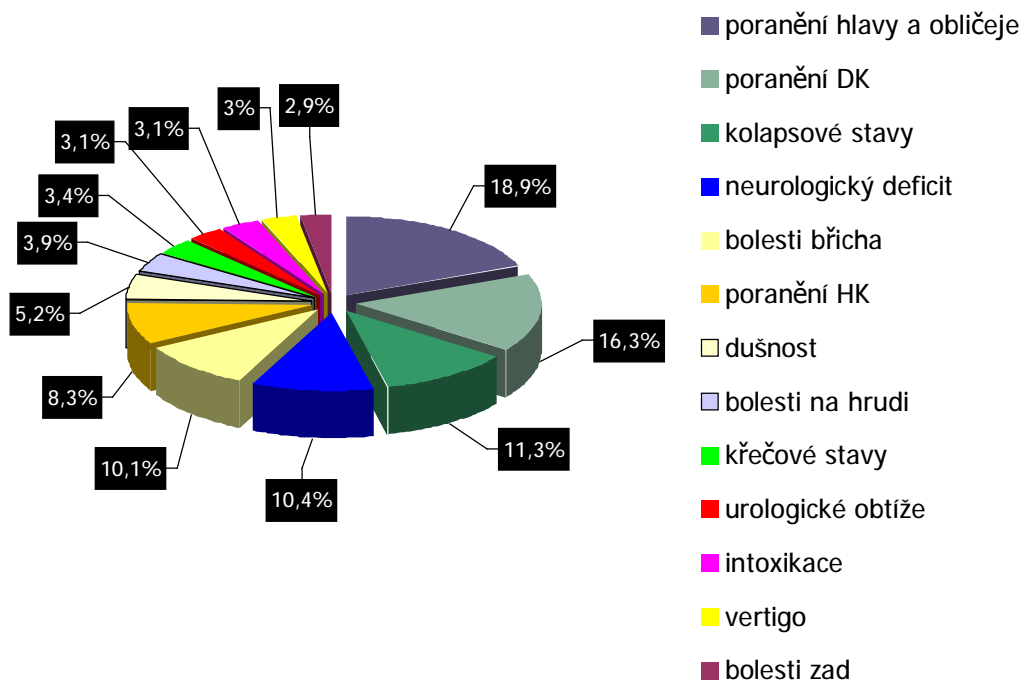
Diagnózy, které v celoročním přehledu překročily absolutní počet 15-ti výjezdů (a lze je tudíž dle kritérií práce označit jako frekventované) činily celkem 13 položek reprezentujících 763 primárních výjezdů (81,2 % všech primárních výjezdů střediska). Jmenovitý seznam frekventovaných diagnóz přináší tab. 5.

Tab. 5 Přehled frekventovaných diagnóz střediska Náchod

Náchod 2006		Celkem
	Počet primární výjezdů k frekventovaným dg.	763
1.	Poranění hlavy a obličeje	celkem 144
2.	Poranění DK	celkem 124
3.	Kolapsové stavy	86
4.	Neurologický deficit	celkem 80
5.	Bolesti břicha	77
6.	Poranění HK	celkem 63
7.	Dušnost	40
8.	Bolest na hrudi	30
9.	Křečové stavy	26
10.	Urologické obtíže	24
10.	Intoxikace	24
11.	Vertigo	23
12.	Bolesti zad	22



graf 7 Přehled frekventovaných diagnóz střediska Náchod v absolutních číslech



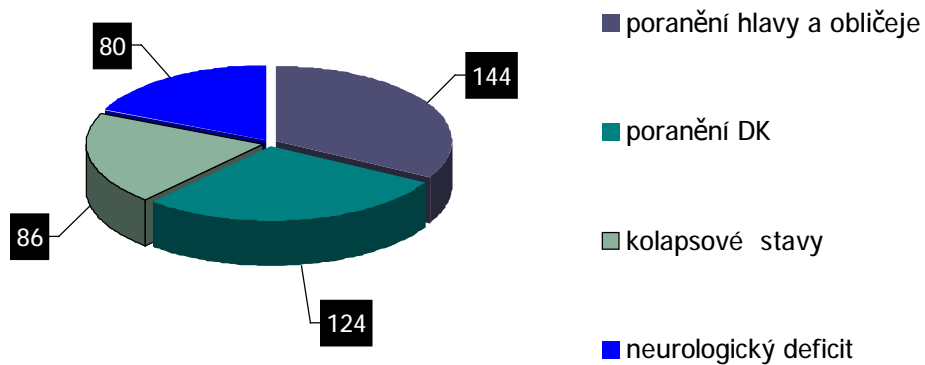
graf 8 Frekventované diagnózy střediska Náchod v procentuálním podílu

6.3.2 Prioritní diagnózy střediska Náchod

Posádka RZP střediska Náchod provedla v období od 1.1. 2006 do 31.12.2006 celkem 434 výjezdů k prioritním diagnózám, což odpovídá 56,9 % z celkového počtu 763 primárních výjezdů k diagnózám frekventovaným. Prioritními diagnózami byly na základě výpočtových kritérií stanoveny celkem 4 položky. Jejich jmenný přehled přináší tab. 6.

Tab. 6 Přehled prioritních diagnóz střediska Náchod

Náchod 2006		Celkem
Počet primární výjezdů k prioritním dg.		434
1.	Poranění hlavy a obličeje celkem	144
2.	Poranění DK celkem	124
3.	Kolapsové stavy	86
4.	Neurologický deficit celkem	80



graf 9 Prioritní diagnózy střediska Náchod v absolutních číslech

6.4 Středisko Rychnov nad Kněžnou

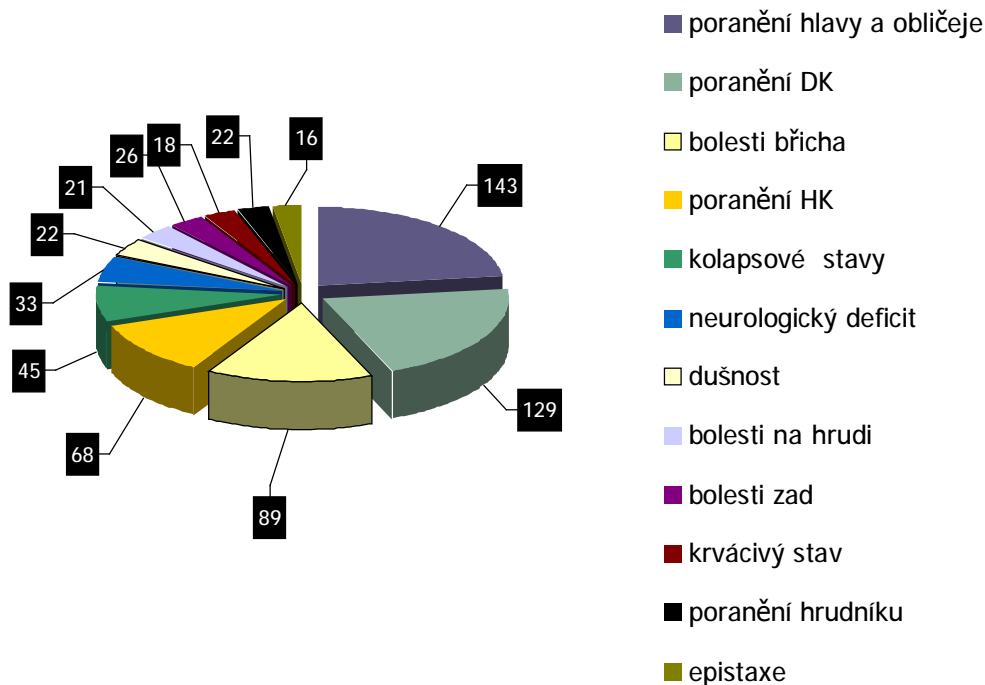
6.4.1 Frekventované diagnózy střediska Rychnov nad Kněžnou

Ve sledovaném období (od 1.1. 2006 do 31.12.2006) provedla výjezdová skupina RZP Rychnov nad Kněžnou celkem 842 primárních výjezdů, což z celkového počtu 3340 primárních výjezdů RZP posádek oblasti Východ činí 25,21 %.

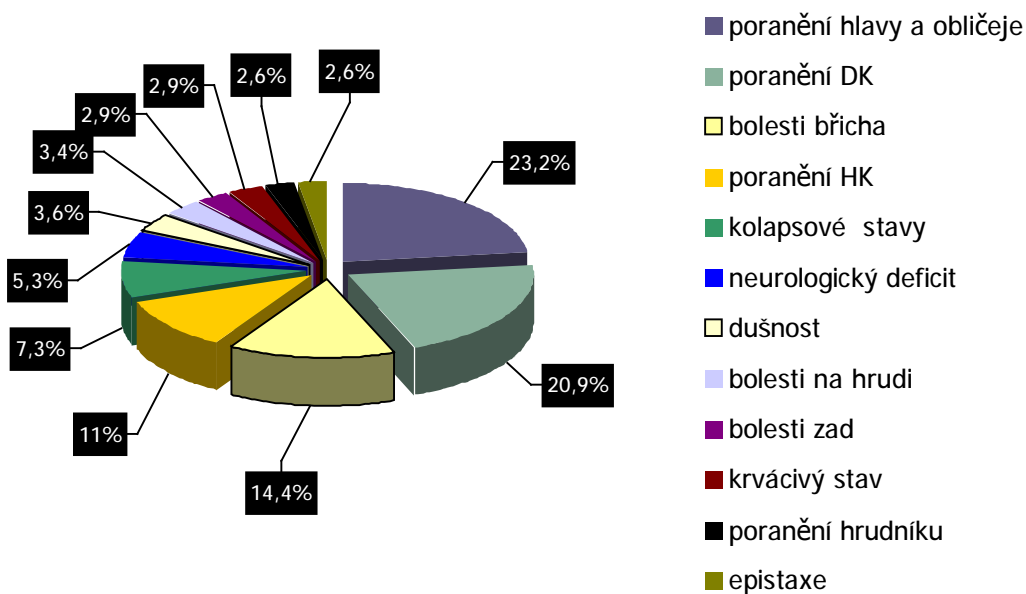
Diagnózy, které v celoročním přehledu překročily absolutní počet 15-ti výjezdů (a lze je tudíž dle kritérií práce označit jako frekventované) činily celkem 12 položek reprezentujících 617 primárních výjezdů (81,2 % všech primárních výjezdů střediska). Jmenovitý seznam frekventovaných diagnóz přináší tab. 7.

Tab. 7 Přehled frekventovaných diagnóz střediska Rychnov

Rychnov 2006			Celkem
Počet primárních výjezdů k frekventovaným dg.			617
1.	Poranění hlavy a obličeje	celkem	143
2.	Poranění DK	celkem	129
3.	Bolesti břicha		89
4.	Poranění HK	celkem	68
5.	Kolapsové stavy		45
6.	Neurologický deficit	celkem	33
7.	Dušnost		22
8.	Bolest na hrudi		21
9.	Bolesti zad		18
9.	Krvácivý stav		18
10.	Poranění hrudníku	celkem	16
11.	Epistaxe		15



graf 10 Frekventované diagnózy střediska Rychnov absolutních číslech



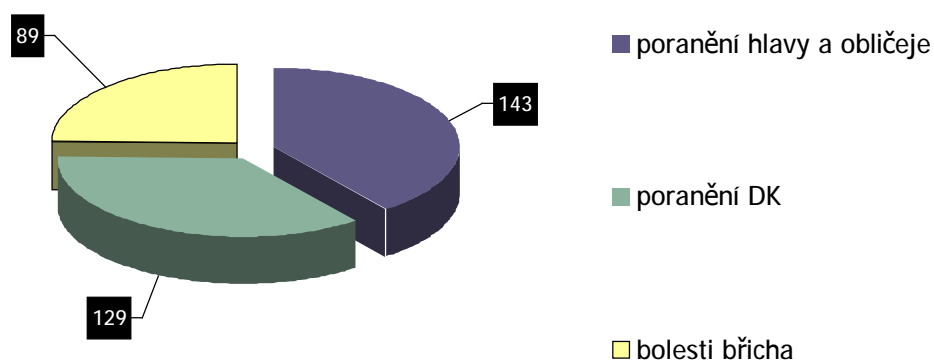
graf 11 Frekventované diagnózy střediska Rychnov v procentuálním podílu

6.4.2 Prioritní diagnózy střediska Rychnov

Posádka RZP střediska Rychnov provedla v období od 1.1. 2006 do 31.12.2006 celkem 361 výjezdů k prioritním diagnózám, což odpovídá 58,5 % z celkového počtu 617 primárních výjezdů k diagnózám frekventovaným. Prioritními diagnózami byly na základě výpočtových kritérií stanoveny celkem 3 položky. Jejich jmenný přehled přináší tab. 8.

Tab. 8 Přehled prioritních diagnóz střediska Rychnov

Rychnov 2006			Celkem
Počet primárních výjezdů k prioritním dg.			361
1.	Poranění hlavy a obličeje	celkem	143
2.	Poranění DK	celkem	129
3.	Bolesti břicha		89



graf 12 Prioritní diagnózy střediska Rychnov v absolutních číslech

6.5 Oblast Východ

6.5.1 Frekventované diagnózy oblasti Východ

Ve sledovaném období (od 1.1. 2006 do 31.12.2006) provedly výjezdové skupiny RZP oblasti Východ (Broumov, Jaroměř, Náchod, Rychnov nad Kněžnou) celkem 3340 primárních výjezdů.

Diagnózy, které v celoročním přehledu překročily absolutní počet 15-ti výjezdů (a lze je tudíž dle kritérií práce označit jako frekventované) činily celkem 22 položek reprezentujících 2578 primárních výjezdů (77,18 % všech primárních výjezdů oblasti). Jmenovitý seznam frekventovaných diagnóz oblasti Východ přináší tab. 9.

Tab. 9 Přehled frekventovaných diagnóz oblasti Východ

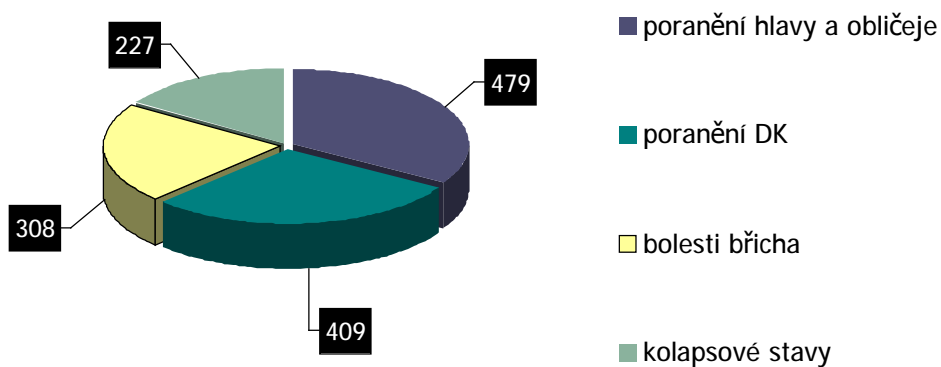
Oblast Východ 2006			Celkem
	Počet primárních výjezdů k frekventovaným dg.		2578
1.	Poranění hlavy a obličeje	celkem	479
2.	Poranění DK	celkem	409
3.	Bolesti břicha		308
4.	Kolapsové stavy		227
5.	Poranění HK	celkem	224
6.	Neurologický deficit	celkem	197
7.	Dušnost		137
8.	Bolest na hrudi		99
9.	Urologické obtíže		72
10.	Bolesti zad		71
11.	Vertigo		69
12.	Intoxikace		56
13.	Křečové stavy		42
14.	Prodromy porodu		33
15.	Epistaxe		30
16.	Psych.indikace		22
17.	Celkové zhoršení stavu		20
18.	Poruchy srd.rytmu		19
19.	Krvácivý stav		18
20.	Poranění hrudníku	celkem	16
21.	Gyn.příhoda		15
21.	Hypertenzní krize		15

6.5.2 Prioritní diagnózy oblasti Východ

Posádky RZP ZZS Královéhradeckého kraje, oblasti Východ provedly v období od 1.1. 2006 do 31.12.2006 celkem 1423 výjezdů k prioritním diagnózám, což odpovídá 55,19 % z celkového počtu 2578 primárních výjezdů k diagnózám frekventovaným. Prioritními diagnózami byly na základě výpočtových kritérií stanoveny celkem 4 položky. Jejich jmenný přehled přináší tab. 10.

Tab. 10 Přehled prioritních diagnóz oblasti Východ

Oblast Východ 2006		Celkem
Počet primárních výjezdů k prioritním dg.		1423
1.	Poranění hlavy a obličeje	celkem 479
2.	Poranění DK	celkem 409
3.	Bolesti břicha	308
4.	Kolapsové stavy	227



graf. 13 Prioritní diagnózy oblasti Východ v absolutních číslech

7 DISKUZE

7.1 Středisko Broumov

Výjezdová skupina RZP Broumov se podílí na poskytování péče v těžko přístupné oblasti Broumovského výběžku (viz obr. 8, s. 34). Zvláště zimní měsíce roku představují velké komplikace dostupnosti jednotlivých vesnic a osad u hranic s Polskou republikou a nutno je i počítat s dočasnou nesjízdností komunikací spojujících Broumov s bývalým okresním městem Náchod.

Spektrum frekventovaných diagnóz střediska Broumov je poměrně široké (17 položek) vzácné nejsou ani shody absolutního počtu výjezdů k jednotlivým diagnózám (viz tab. 1, s. 43). Pouze v rámci střediska Broumov můžeme ve skladbě frekventovaných diagnóz nalézt diagnózu prodromy porodu (33 výjezdů)

Prioritní diagnózy střediska Broumov (viz tab. 2, s. 45) sledují skladbu prioritních diagnóz oblasti Východ (viz tab.10, s. 55). **Poranění hlavy a obličeje** jasně dominuje (90 výjezdů), následuje shodné umístění **poranění dolních končetin a bolestí břicha** (77 výjezdů) a opět shoda na pomyslném třetím místě u **kolapsových stavů a neurologického deficitu** (48 výjezdů). Za pozornost stojí přítomnost neurologického deficitu mezi prioritními diagnózami střediska, které se opakuje pouze v případě střediska Náchod. Pravděpodobným důvodem relativně vysokého počtu výjezdů k neurologickému deficitu může být dána rozlohou spádové oblasti, absencí neurologického pracoviště v místně příslušné nemocnici a tím pádem častějším přebíráním klientů ošetřených posádkou RLP Broumov za účelem dokončení transportu na neurologické oddělení Oblastní nemocnice Náchod a.s.

7.2 Středisko Jaroměř

Město Jaroměř je komunikačním uzlem, kterým prochází hlavní komunikace spojující krajské město Hradec Králové s důležitým hraničním přechodem Náchod - Běloves a turisticky oblíbenými destinacemi Krkonoš. Strategická poloha výjezdového střediska umožňuje využití posádky RZP Jaroměř i v lokalitách působnosti sousedních středisek v případě duplicitních výzev.

Spektrum frekventovaných diagnóz střediska Jaroměř je v porovnání se střediskem Broumov poněkud užší a činí 13 položek (viz tab. 3, s. 45). Zvláštní pozornost si mezi frekventovanými diagnózami zaslouží 27 výjezdů k pacientům s bolestmi na hrudi různé etiologie. Tento počet je srovnatelný s počtem zásahů výjezdové skupiny RZP Náchod pracující v podmínkách okresního města (30 výjezdů).

Prioritní diagnózy střediska opět vedou *poranění hlavy a obličeje* (102 výjezdů), následovány *poraněními dolních končetin* (79 výjezdů), *bolestmi břicha* (65 výjezdů) a konečně *poraněními horních končetin* (54 výjezdů). Vyšší výskyt úrazových stavů, které posádka RZP v průběhu roku 2006 řešila nesouvisí jen se značnou frekvencí tranzitní dopravy, ale i s přítomností několika výrobních podniků v regionu města a okolí. Svůj podíl má i výrazně hustší osídlení v porovnání s Broumovským výběžkem.

7.3 Středisko Náchod

Výzkum jednoznačně potvrdil, že výjezdová skupina RZP Náchod je zatížena nejvyšším počtem primárních výjezdů celé oblasti Východ. Srovnáme-li počet primárních výjezdů k frekventovaným diagnózám, dosáhla posádka RZP Náchod celkem **763 výjezdů** oproti **610 výjezdům** střediska Broumov, **588 výjezdů** střediska Jaroměř a **617 výjezdům** střediska Rychnov nad Kněžnou.

Skladba frekventovaných diagnóz střediska Náchod dosáhla stejného počtu položek jako středisko Jaroměř (13 položek), ale s výraznými rozdíly v absolutních počtech výjezdů. (viz tab. 5, s. 48). Zajímavý je poměrně značný rozdíl mezi frekvencí výjezdů k poranění dolních končetin a poranění horních končetin (124:63). Počty primárních výjezdů k pacientům s neurologickým deficitem (80 výjezdů), kolapsovými stavy (86 výjezdů) a bolestí na hrudi (30 výjezdů) nepřekročilo ve sledovaném období žádné další středisko.

Prioritní diagnózy RZP Náchod tradičně vedou *poranění hlavy a obličeje* (144 výjezdů), které jsou v souladu s trendem oblasti následovány *poraněními dolních končetin* (124 výjezdů). Fakt, že *kolapsové stavy* (86 výjezdů) a *neurologický deficit* (80 výjezdů) uzavírají skladbu prioritních diagnóz zmíněný trend spíše neguje. Skladba prioritních diagnóz střediska plně odráží skutečnost, že posádka RZP Náchod pracuje v podmínkách okresního města (v těsném sousedství a tudíž v obvyklém spádovém regionu posádky se nacházejí další tři malá města – Hronov, Nové město nad Metují, Česká Skalice), které je permanentně zatíženo vysokým stupněm osobní a i nákladní dopravy, vyšší koncentrací obyvatel a existencí několika průmyslových podniků (textilní a gumárenský průmysl). Stranou nesmí zůstat ani skutečnost, že řada pacientů vyšetřených v Oblastní nemocnici Náchod a.s. pro akutní obtíže byla dále prostřednictvím posádky RZP transportována na pracoviště vyššího typu. Tito pacienti, ač podstoupili nemocniční ošetření, nebyli hospitalizováni a jejich ošetření a převoz posádkou RZP tak nelze označit jako sekundární.

7.4 Středisko Rychnov nad Kněžnou

Spádový region výjezdové skupiny Rychnov nad Kněžnou zasahuje vedle samotné městské aglomerace a sousedních obcí i turistická a sportovní střediska Orlických hor. Tento fakt se nutně promítá do skladby 12 ti položek frekventovaných diagnóz střediska (viz tab. 7, s. 51), kde lze pozorovat dominantní postavení „traumatologických diagnóz“ - **poranění hlavy a obličeje** (143 výjezdů) a **poranění dolních končetin** (129 výjezdů). Výskyt těchto diagnóz je svým absolutním počtem výjezdů plně srovnatelný s výsledky střediska Náchod. Raritním a v celé oblasti ojedinělým je výskyt 16 ti výjezdů k pacientům postiženým **poraněním hrudníku** a to především v souvislosti se sportovními aktivitami v horských oblastech. Podobně jako v případě středisek Broumov a Jaroměř můžeme i v případě střediska Rychnov detekovat výrazně nižší počet výjezdů k neúrazovým diagnózám typu **neurologický deficit** (33 výjezdů) a **kolapsové stavy** (45 výjezdů), než u střediska Náchod.

Skladba prioritních diagnóz střediska Rychnov nad Kněžnou je nejužší z celé sledované oblasti. Vedle již jmenovaných **poranění hlavy a obličeje** (143 výjezdů) a **poranění dolních končetin** (129 výjezdů) se poslední prioritní diagnózou střediska staly **bolesti břicha** (89 výjezdů).

7.5 Shrnutí

Výsledky výzkumu potvrdily empirický předpoklad skladby prioritních diagnóz oblasti Východ. Posádky rychlé zdravotnické pomoci středisek Broumov, Jaroměř, Náchod a Rychnov nad Kněžnou musely v průběhu roku 2006 nejčastěji poskytovat prvotní ošetření klientům stíženým:

1. **Poraněním hlavy** (479 výjezdů),
2. **poraněním dolních končetin** (409 výjezdů),
3. **bolestmi břicha** (308 výjezdů),
4. **kolapsovémi stavy** (227 výjezdů).

Prioritní diagnózy oblasti Východ činí 1423 primárních výjezdů, což je 55,19 % z 2578 primárních výjezdů k frekventovaným diagnózám.

8.0 NÁVRHY STANDARDNÍCH OŠETŘOVATELSKÝCH POSTUPŮ

8.1 Návrh SOP – Poranění hlavy a obličeje

Číslo SOP:	nevedeno
Platnost od:	nevedeno
Platnost do:	nevedeno
Odborný garant :	MUDr. Libor Seneta
Autor:	Radek Mathauser
Zkontroloval:	nevedeno
Schválil:	nevedeno

8.1.1 Cíl SOP

- § Zajištění základních životních funkcí klienta,
- § zajištění a udržení dostatečné ventilace klienta,
- § zajištění dostatečného tkáňového prokrvení,
- § záznam osobních a anamnestických dat klienta,
- § záznam vývoje stavu klienta,
- § sjednocení postupu výjezdových skupin RZP ZZS Královéhradeckého kraje oblasti Východ.

8.1.2 Pomůcky a vybavení

- § Záznam o výjezdu, pero,
- § ochranné rukavice, ochranné brýle,
- § sterilní obvazový materiál, elastická obinadla,
- § tonometr a fonendoskop,
- § stavitelný fixační límec,
- § bifázický defibrilátor Life Pack 12 s příslušenstvím pro monitoring EKG,
- § pulsní oxymetr,
- § tužková svítlna,
- § prostředky ke kanylaci periferního žilního vstupu:
 - periferní venózní katétr a materiál k překrytí katetru
 - sterilní tampóny
 - desinfekce na kůži
 - leukoplast
 - jednorázová injekční stříkačka 20 ml

- spojovací hadička
 - Na Cl 0,9 % 100 ml infuze
- § infuzní sety,
- § Na Cl 0,9 % 500 ml infuze,
- § zdroj tlakového kyslíku, dávkovací ventil, polomaska s přívodní hadičkou,
- § vakuová matrace, elektrická anebo ruční odsávačka.

8.1.3 Kompetentní pracovníci

- § Samostatně pracující zdravotnický záchranář dle podmínek Zákona č.96/2004 Sb. a Vyhlášky č.424/2004 Sb.
- § Samostatně pracující všeobecná diplomovaná sestra dle podmínek Zákona č.96/2004 Sb. a Vyhlášky č.424/2004 Sb.

8.1.4 Standardní postup

1. Dbej na vlastní bezpečnost (ochranné rukavice, brýle). Zhodnoť základní životní funkce klienta, v případě zástavy dechu a oběhu okamžitě zahaj rozšířenou resuscitaci dle SOP Rozšířená resuscitace č. (neuvedeno).
2. Ošetři krvácející poranění hlavy přiložením sterilního obvazu, v případě masivního žilního anebo tepenného krváčení postupně přilož 10 sterilních čtverců 10x10 cm na postižené místo a silně je proti poranění stáhni elastickým obinadlem.
3. Zhodnoť stav vědomí klienta. **Je-li přítomna kvantitativní porucha vědomí pokračuj od kroku 12!!** U klienta při vědomí zjisti : Jméno a příjmení, rodné číslo, kód zdravotní pojišťovny, základní osobní anamnézu, farmakologickou anamnézu a alergickou anamnézu. Zjištěné údaje zaznamená řidič NZP (SZP) do dokumentace.
4. Zafixuj krční páteř klienta stavitelným fixačním límcem, zajisti tělesnou teplotu klienta.
5. Proved' měření TK, A.S., SpO₂, GCS. Zjisti subjektivní obtíže klienta. Výsledky měření zaznamená řidič-NZP (SZP) do dokumentace s udáním časového údaje (hodina a minuta).
6. Polohuj klienta v polosedě.
7. Aktivně pátrej po objektivních známkách hypotenze. **V případě, že naměřený systolický krevní tlak je menší než 100 torrů pokračuj od kroku 24!!**
8. Proved' kanylaci periferního žilního vstupu a zaved' udržovací infusi F1/1 100 ml.
9. Podávej kyslík maskou 8 l/min v případě, že saturace klienta kyslíkem je nižší než 96%.

10. Proved' zhodnocení velikosti a fotoreakce zornic klienta. **V případě stranového rozdílu velikosti zornic, obleněné fotoreakce zornic, rozdílného postavení bulbů pokračuj od kroku 18!!**
11. Transportuj klienta na nejbližší chirurgické pracoviště schopné poskytnout definitivní ošetření.
12. U klienta s poruchou vědomí zhodnot' Glasgow Coma Scale. **Je li GCS<12 okamžitě žádej cestou ZOS příjezd lékaře na místo ošetření. Dále pokračuj od kroku 20!!**
13. Zafixuj krční páteř klienta stavitelným fixačním límcem, zajisti tělesnou teplotu klienta.
14. Proved' měření TK, A.S., SpO₂. Připoj klienta k EKG a trvale monitoruj svody I,II,III. Proved' grafický záznam EKG. Výsledky měření zaznamená řidič-NZP (SZP) do dokumentace s udáním časového údaje (hodina a minuta).
15. Proved' kanylaci periferního žilního vstupu.
16. Aktivně pátrej po objektivních známkách hypotenze (systolický krevní tlak < 100 torrů, tachykardie, kvantitativní porucha vědomí, bledost, hyposaturace, chladná periferie, event.zvýšená náplň krčních žil). **V případě, že naměřený systolický krevní tlak je menší než 100 torrů pokračuj od kroku 25!!**
17. Podávej kyslík maskou 8 l/min v případě, že saturace kyslíkem je nižší než 96 %.
18. Proved' zhodnocení velikosti a fotoreakce zornic klienta. V případě stranového rozdílu velikosti zornic, obleněné fotoreakce zornic, rozdílného postavení bulbů proved' celkovou imobilizaci vakuovou matrací s elevací hlavy 15°. **Při nepřítomnosti anizokorie proved' krok 11!!**
19. Volej lékaře RLP anebo ZOS prostřednictvím monitorované linky.
20. Prohlédni dutinu ústní klienta a odstraň patologický obsah, pevně zaklesnutá cizí tělesa nevyjímej!!
21. Zafixuj krční páteř klienta stavitelným fixačním límcem, zajisti tělesnou teplotu klienta.
22. Proved' měření TK, A.S., SpO₂. Připoj klienta k EKG a trvale monitoruj svody I,II,III. Proved' grafický záznam EKG. Výsledky měření zaznamená řidič-NZP (SZP) do dokumentace s udáním časového údaje (hodina a minuta).
23. Aktivně pátrej po objektivních známkách hypotenze.
24. Proved' kanylaci periferního žilního vstupu (nebyla-li provedena dříve).
25. V případě, že naměřený systolický krevní tlak je menší než 100 torrů, podávej rychle Na Cl 0.9 % 500 ml infuzí nebo Ringerův roztok 500 ml infuzí, podej kyslík maskou 8 l/min. **Nejsou-li známky hypotenze, proved' kroky 17, 18, 19 a postupuj podle ordinace lékaře.**

26. Proved' celkovou imobilizaci vleže prostřednictvím vakuové matrace.
27. Při přidruženém poranění hrudníku, břicha, páteře a končetin postupuj v souladu s příslušným standardem.
28. Volej lékaře RLP nebo ZOS prostřednictvím monitorované linky.
29. Kontroluj TK každých 5 minut, SpO₂, A.S., EKG kontinuálně
30. V případě náhlé zástavy dechu a oběhu postupuj dle SOP Rozšířená resuscitace č.(nevedeno).
31. Připrav se na možnou intubaci. Měj po ruce ruční dýchací vak s filtrem a maskou, laryngoskop, intubační kanyly a zavaděč.
32. Připrav se na možnou aplikaci analgetik, benzodiazepinů, myorelaxancií, anestetik.

8.1.5 Komplikace

- § Zástava dechu a oběhu,
- § bezvědomí,
- § přidružené poranění hrudníku,
- § přidružené poranění páteře,
- § přidružené poranění břicha,
- § přidružené poranění končetin,
- § nausea + zvracení,
- § zmatenost, agitovanost, hostilita klienta,
- § generalizovaný záchvat křečí.

8.1.6 Související standardní ošetrovatelské postupy

- § SOP Rozšířená resuscitace (ALS) č. (nevedeno)
- § SOP Poranění hrudníku č. (nevedeno)
- § SOP Poranění břicha č. (nevedeno)
- § SOP Poranění páteře č. (nevedeno)
- § SOP Poranění končetin č. (nevedeno)
- § SOP Bezvědomí č. (nevedeno)

8.1.7 Zdroje literatury

1. ADAMS, B.: *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 1999, 488s. ISBN 80-7169-893-8
2. MASTILIAKOVÁ, D.: *Úvod do ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003.160 s. ISBN 80-246-0428-0
3. POKORNÝ, J. et al.: *Lékařská první pomoc*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 351 s. ISBN 80-7262-214-5
4. ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J.: *Intenzivní medicína*. 2.rozšířené vyd. Praha: Galén, 2003. 422 s. ISBN 80-7262-203-X

8.1.8 Revize

§ Neuvedeno

8.2 Návrh SOP – Poranění končetin

Číslo SOP:	neuvedeno
Platnost od:	neuvedeno
Platnost do:	neuvedeno
Odborný garant :	MUDr. Libor Seneta
Autor:	Radek Mathauser
Zkontroloval:	neuvedeno
Schválil:	neuvedeno

8.2.1 Cíl SOP

- § Zajištění dostatečného tkáňového prokrvení,
- § záznam osobních a anamnestických dat klienta,
- § záznam vývoje stavu klienta,
- § sjednocení postupu výjezdových skupin RZP ZZS Královéhradeckého kraje oblasti Východ.

8.2.2 Pomůcky a vybavení

- § Záznam o výjezdu, pero,
- § ochranné rukavice, ochranné brýle,
- § sterilní obvazový materiál, elastická obinadla,
- § tonometr a fonendoskop,
- § pulsní oxymetr,

- § prostředky ke kanylaci periferního žilního vstupu:
 - periferní venózní katétr a materiál k překrytí katetru
 - sterilní tampóny
 - desinfekce na kůži
 - leukoplast
 - jednorázová injekční stříkačka 20 ml
 - spojovací hadička
 - Na Cl 0,9 % 100 ml infuze
- § infuzní sety,
- § Na Cl 0,9 % 500 ml infuze,
- § vakuové dlahy na končetiny, elektrická anebo ruční odsávačka.

8.2.3 Kompetentní pracovníci

- § Samostatně pracující zdravotnický záchranář dle podmínek Zákona č.96/2004 Sb. a Vyhlášky č.424/2004 Sb.
- § Samostatně pracující všeobecná diplomovaná sestra dle podmínek Zákona č.96/2004 Sb. a Vyhlášky č.424/2004 Sb.

8.2.4 Standardní postup

1. Dbej na vlastní bezpečnost (ochranné rukavice, brýle). Zhodnot' základní životní funkce klienta, v případě zástavy dechu a oběhu okamžitě zahaj rozšířenou resuscitaci dle SOP Rozšířená resuscitace č. (neuvedeno).
2. **V případě, že se jedná o poranění horní končetiny pokračuj od kroku 17!!**
3. Ošetři krvácející poranění dolní končetiny přiložením sterilního obvazu, v případě masivního žilního anebo tepenného krváčení postupně přilož 10 sterilních čtverců 10x10 cm na postižené místo a silně je proti poranění stáhni elastickým obinadlem.
4. Proved' měření TK, A.S., SpO₂, GCS. Zjisti subjektivní obtíže klienta. Výsledky měření zaznamená řidič-NZP (SZP) do dokumentace s udáním časového údaje (hodina a minuta).
5. Zjisti : Jméno a příjmení, rodné číslo, kód zdravotní pojišťovny, základní osobní anamnézu, farmakologickou anamnézu a alergickou anamnézu. Zjištěné údaje zaznamená řidič NZP (SZP) do dokumentace.

6. Opatrně vyšetří poraněnou končetinu, aktivně pátrej po patologickém postavení, omezení hybnosti, bolestivém pohmatu, krepitacích. **Při nepřítomnosti uvedených známek pokračuj od kroku 8!!**
7. Zkontroluj pulsaci na arteria dorsalis pedis, barvu kožního krytu, teplotu a čítí poraněné končetiny. V případě, nepřítomnosti periferní pulsace okamžitě volej lékaře RLP nebo ZOS prostřednictvím monitorované linky.
8. Proveď kanylaci periferního žilního vstupu a spusť infuzi F1/1 500 ml.
9. Aktivně pátrej po známkách hypotenze. V případě, že systolický krevní tlak klienta je pod hranicí 100 torrů, proveď kanylaci druhého žilního vstupu a spusť infuzi Gelafusinu 500 ml. Aktivně pátrej po nastupujících známkách převodnění. **Pokračuj od kroku 11!!**
10. Při nepřítomnosti známek hypotenze ($STK < 100$) proveď opakované zhodnocení bolesti, kterou klient pociťuje. **V případě, že klient udává hodnotu bolesti 6 a více bodů škálovací stupnice pokračuj od kroku 12!! Při klientem udávané hodnotě bolesti 5 a méně škálovací stupnice pokračuj od kroku 14!!**
11. Kontroluj TK klienta každých 5 minut, A.S.a SpO_2 kontinuálně.
12. Volej lékaře RLP nebo ZOS prostřednictvím monitorované linky, žádej ordinace analgetik případně přítomnost lékaře na místě zásahu.
13. Proveď ordinaci lékaře. Zaznamenej druh provedené ordinace, jméno a příjmení ordinujícího lékaře, hodinu a minutu provedení do záznamu o výjezdu.
14. Proveď imobilizaci poraněné končetiny vakuovou dlahou.
15. V případě, že lékař rozhodne o repozici, asistuj při výkonu. Připrav se na aplikaci opiátů, benzodiazepinů nebo anestetik. Uklidni klienta a vysvětli mu jednotlivé kroky výkonu.
16. Transportuj klienta na nejbližší chirurgické pracoviště, které je schopno poskytnout definitivní ošetření.
17. Ošetří krvácející poranění dolní končetiny přiložením sterilního obvazu, v případě masivního žilního anebo tepenného krváčení postupně přilož 10 sterilních čtverců 10x10 cm na postižené místo a silně je proti poranění stáhni elastickým obinadlem.
18. Proveď měření TK, A.S., SpO_2 , GCS. Zjisti subjektivní obtíže klienta. Výsledky měření zaznamená řidič-NZP (SZP) do dokumentace s udáním časového údaje (hodina a minuta).
19. Zjisti : Jméno a příjmení, rodné číslo, kód zdravotní pojišťovny, základní osobní anamnézu, farmakologickou anamnézu a alergickou anamnézu. Zjištěné údaje zaznamená řidič NZP (SZP) do dokumentace.

20. Opatrně vyšetři poraněnou končetinu, aktivně pátrej po patologickém postavení, omezení hybnosti, bolestivém pohmatu, krepitacích. **Při nepřítomnosti uvedených známek pokračuj od kroku 8!!**
21. Zkontroluj pulsaci na arteria radialis, barvu kožního krytu, teplotu a, čítí poraněné končetiny. V případě, nepřítomnosti periferní pulsace okamžitě volej lékaře RLP nebo ZOS prostřednictvím monitorované linky.
22. Proveď kanylaci periferního žilního vstupu na neporaněné končetině a spusť infuzi F1/1 500 ml.
23. Aktivně pátrej po známkách hypotenze. V případě, že systolický krevní tlak klienta je pod hranicí 100 torrů, proveď kanylaci druhého žilního vstupu a spusť infuzi Gelafusinu 500 ml. Aktivně pátrej po nastupujících známkách převodnění. **Pokračuj od kroku 11!!**
24. Při nepřítomnosti známek hypotenze ($STK < 100$) proveď opakované zhodnocení bolesti, kterou klient pociťuje. **V případě, že klient udává hodnotu bolesti 6 a více bodů škálovací stupnice pokračuj od kroku 12!! Při klientem udávané hodnotě bolesti 5 a méně škálovací stupnice pokračuj od kroku 14!!**
25. Kontroluj TK klienta každých 5 minut, A.S.a SpO_2 kontinuálně.
26. Volej lékaře RLP nebo ZOS prostřednictvím monitorované linky, žádej ordinace analgetik případně přítomnost lékaře na místě zásahu.
27. Proveď ordinaci lékaře. Zaznamenej druh provedené ordinace, jméno a příjmení ordinujícího lékaře, hodinu a minutu provedení do záznamu o výjezdu.
28. Proveď imobilizaci poraněné končetiny vakuovou dlahou.
29. V případě, že lékař rozhodne o repozici, asistuj při výkonu. Připrav se na aplikaci opiátů, benzodiazepinů nebo anestetik. Uklidni klienta a vysvětli mu jednotlivé kroky výkonu.
30. Transportuj klienta na nejbližší chirurgické pracoviště, které je schopno poskytnout definitivní ošetření.

8.2.5 Komplikace

- § Zástava dechu a oběhu,
- § hemoragický šok,
- § ischemie končetiny,
- § zmatenost, agitovanost, hostilita klienta.

8.2.6 Související standardní ošetrovatelské postupy

- § SOP Rozšířená resuscitace (ALS) č. (neuveďeno).

§ SOP Amputace končetin č. (neuvedeno).

8.2.7 Zdroje literatury

1. ADAMS, B.: *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 1999, 488s. ISBN 80-7169-893-8
2. MASTILIAKOVÁ, D.: *Úvod do ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003.160 s. ISBN 80-246-0428-0
3. POKORNÝ, J. et al.: *Lékařská první pomoc*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 351 s.
4. ISBN 80-7262-214-5
5. ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J.: *Intenzivní medicína*. 2.rozšířené vyd. Praha: Galén, 2003. 422 s. ISBN 80-7262-203-X

8.2.8 Revize

§ Neuvedeno

8.3 Návrh SOP – Bolesti břicha

Číslo SOP:	neuvedeno
Platnost od:	neuvedeno
Platnost do:	neuvedeno
Odborný garant:	MUDr. Libor Seneta
Autor:	Radek Mathauser
Zkontroloval:	neuvedeno
Schválil:	neuvedeno

8.3.1 Cíl SOP

- § Zajištění základních životních funkcí klienta,
- § zajištění dostatečné ventilace klienta,
- § zajištění dostatečného tkáňového prokrvení,
- § záznam osobních a anamnestických dat klienta,
- § záznam vývoje stavu klienta,
- § sjednocení postupu výjezdových skupin RZP ZZS Královéhradeckého kraje oblasti Východ.

8.3.2 Pomůcky a vybavení

- § Záznam o výjezdu, pero,
- § ochranné rukavice, ochranné brýle,

- § sterilní obvazový materiál,
- § tonometr a fonendoskop,
- § pulsní oxymetr,
- § glukometr,
- § hemoglobinometr,
- § prostředky ke kanylaci periferního žilního vstupu:
 - periferní venózní katétr a materiál k překrytí katetru
 - sterilní tampóny
 - desinfekce na kůži
 - leukoplast
 - jednorázová injekční stříkačka 20 ml
 - spojovací hadička
 - Na Cl 0,9 % 100 ml infuze
- § infuzní sety,
- § Na Cl 0,9 % 500 ml infuze,
- § Gelafusine 500 ml infuze.

8.3.3 Kompetentní pracovníci

- § Samostatně pracující zdravotnický záchranář dle podmínek Zákona č.96/2004 Sb. a Vyhlášky č.424/2004 Sb.
- § Samostatně pracující všeobecná diplomovaná sestra dle podmínek Zákona č.96/2004 Sb. a Vyhlášky č.424/2004 Sb.

8.3.4 Standardní postup

1. Dbej na vlastní bezpečnost (ochranné rukavice, brýle). Zhodnot' základní životní funkce klienta, v případě zástavy dechu a oběhu okamžitě zahaj rozšířenou resuscitaci dle SOP Rozšířená resuscitace č. (neuveđeno).
2. **V případě, že se nejedná o úraz břicha pokračuj od kroku 17!!**
3. Případné cizí těleso ve stěně břišní měkce oblož sterilními čtverci a leukoplastí fixuj k povrchu těla. Je-li pronikající těleso rozměrné vyžádej se spolupráci Hasičského záchranného sboru ČR.
4. Případné vnější poranění stěny břišní ošetři přiložením 2-5-ti sterilních čtverců, v případě masivního žilního anebo tepenného krvácení postupně přilož 10 sterilních čtverců 10x10 cm na postižené místo a silně je komprimuj proti poranění. Provede řidič NZP (SZP).

5. Proved' měření TK, A.S., SpO₂, Hb. Stanov a zhodnot' GCS klienta. Výsledky měření zaznamenaná řidič-NZP (SZP) do dokumentace s udáním časového údaje (hodina a minuta).
6. Proved' kanylaci periferního žilního vstupu a spusť infuzi F 1/1 500 ml.
7. Vyšetři břicho postiženého pohledem, pohmatem, poklepem, případně poslechem. Aktivně pátrej po známkách peritoneálního dráždění, retencích, pooperačních jizvách. Udává-li klient akutní bolest stupně 6 a více škálovací stupnice anebo při známkách peritoneálního dráždění volej lékaře RLP nebo ZOS prostřednictvím monitorované linky. Žádej ordinace, případně přítomnost lékaře na místě zásahu. Proved' ordinaci lékaře. **Při nepřítomnosti bolesti anebo peritoneálního dráždění pokračuj od kroku 10!!**
8. Zrychli žilní návrat uložením klienta do polohy vleže se zvýšenými dolními končetinami.
9. Proved' kanylaci 2. periferního žilního vstupu a spusť infuzi Gelafusine 500 ml. Podej klientovi kyslík maskou 6 l/min. **Dále pokračuj od kroku 12!!**
10. Aktivně pátrej po známkách hypotenze. V případě, že systolický krevní tlak klienta je pod hranicí 100 torrů volej lékaře RLP anebo ZOS prostřednictvím monitorované linky. Proved' kroky 8, 9. **Dále pokračuj od kroku 12!!**
11. Podej klientovi kyslík maskou klesá-li saturace kyslíkem pod hranici 95 %.
12. Kontroluj TK klienta každých 5 minut, A.S. a SpO₂, kontinuálně.
13. V případě náhlé zástavy dechu a oběhu postupuj dle SOP Rozšířená resuscitace č. (neuveďeno).
14. V případě poruchy vědomí postupuj dle SOP Bezvědomí č. (neuveďeno).
15. Zaznamenej do výjezdové dokumentace:
 - § Čas nástupu bolesti/úrazu,
 - § charakter bolesti a lokalizaci bolesti,
 - § intenzitu bolesti dle škálovací stupnice,
 - § propagaci bolesti,
 - § čas posledního jídla, které klienta snědl,
 - § čas a charakter poslední stolice,
 - § datum poslední menses.

Provede zdravotnický záchranář/všeobecná sestra – specialista.

16. Transportuj klienta na nejbližší chirurgické pracoviště, které je schopné poskytnout klientovi definitivní ošetření.
17. Vyšetři břicho postiženého pohledem, pohmatem, poklepem, případně poslechem. Aktivně pátrej po známkách peritoneálního dráždění, retencích, pooperačních jizvách. Udává-li klient akutní bolest stupně 6 a více škálovací stupnice anebo při známkách

peritoneálního dráždění uveďte klienta do polohy vleže na zádech s pokrčenými dolními končetinami. **Při nepřítomnosti bolesti anebo peritoneálního dráždění pokračuj od kroku 19!!**

18. Volej lékaře RLP nebo ZOS prostřednictvím monitorované linky. Žádej ordinace, případně přítomnost lékaře na místě zásahu. Proveď ordinaci lékaře.
19. Proveď měření TK, A.S., SpO₂, TT, glykémie. Stanov a zhodnoť GCS klienta. Výsledky měření zaznamenej řidič-NZP (SZP) do dokumentace s udáním časového údaje (hodina a minuta).
20. Proveď kanylaci periferního žilního vstupu a spusť udržovací infuzi F 1/1 100 ml.
- 21. Aktivně pátrej po známkách hypotenze. V případě, že systolický krevní tlak klienta je pod hranicí 100 torrů volej lékaře RLP anebo ZOS prostřednictvím monitorované linky. Žádej ordinace, případně přítomnost lékaře na místě zásahu. Proveď ordinaci lékaře. Má li klient normotenzi pokračuj od kroku 28!!**
22. Uveďte dolní končetiny klienta do zvýšené polohy.
23. Proveď kanylaci 2. periferního žilního vstupu a spusť infuzi Gelafusinu 500 ml. Podej klientovi kyslík maskou 6 l/min.
24. Kontroluj TK klienta každých 5 minut, A.S. a SpO₂, kontinuálně.
25. V případě náhlé zástavy dechu a oběhu postupuj dle SOP Rozšířená resuscitace č. (neuveďeno).
26. V případě poruchy vědomí postupuj dle SOP Bezvědomí č. (neuveďeno).
- 27. Proveď kroky 15 a 16!!**
28. Podej klientovi kyslík maskou klesá-li saturace kyslíkem pod hranici 93 %.
29. Zaznamenej do výjezdové dokumentace:
 - § Čas nástupu bolesti/úrazu,
 - § charakter bolesti a lokalizaci bolesti,
 - § intenzitu bolesti dle škálovací stupnice,
 - § propagaci bolesti,
 - § čas posledního jídla, které klienta snědl,
 - § čas a charakter poslední stolice.
- Provede zdravotnický záchranář/všeobecná sestra – specialista.
30. Transportuj klienta na nejbližší chirurgické pracoviště, které je schopné poskytnout klientovi definitivní ošetření.

8.3.5 Komplikace

- § Zástava dechu a oběhu,
- § bezvědomí,
- § nausea + zvracení,
- § hemoragický šok,
- § hypovolemický šok,
- § perforace orgánu v dutině břišní.

8.3.6 Související SOP

- § SOP Rozšířená resuscitace (ALS) č.(neuvedeno)
- § SOP Bezvědomí č. (neuvedeno)
- § SOP Krvácení do GIT č. (neuvedeno)

8.3.7 Zdroje literatury

1. ADAMS, B.: *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 1999, 488s. ISBN 80-7169-893-8
2. MASTILIAKOVÁ, D.: *Úvod do ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003.160 s. ISBN 80-246-0428-0
3. POKORNÝ, J. et al.: *Lékařská první pomoc*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 351 s. ISBN 80-7262-214-5
4. ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J.: *Intenzivní medicína*. 2.rozšířené vyd. Praha: Galén, 2003. 422 s. ISBN 80-7262-203-X

8.3.8 Revize

- § Neuvedeno

8.4 Návrh SOP – Kolapsový stav

Číslo SOP:	neuvedeno
Platnost od:	neuvedeno
Platnost do:	neuvedeno
Odborný garant :	MUDr. Libor Seneta
Autor:	Radek Mathauser
Zkontroloval:	neuvedeno
Schválil:	neuvedeno

8.4.1 Cíl SOP

- § Zajištění základních životních funkcí klienta,
- § zajištění dostatečné ventilace klienta,
- § zajištění dostatečného tkáňového prokrvení,
- § záznam osobních a anamnestických dat klienta,
- § záznam vývoje stavu klienta,
- § sjednocení postupu výjezdových skupin RZP ZZS Královéhradeckého kraje oblasti Východ.

8.4.2 Pomůcky a vybavení

- § Záznam o výjezdu, pero,
- § ochranné rukavice, ochranné brýle,
- § tonometr a fonendoskop,
- § pulsní oxymetr,
- § glukometr s testačními proužky,
- § bifázický defibrilátor Life Pack 12 s příslušenstvím pro záznam 12-ti svodového EKG,
- § prostředky ke kanylaci periferního žilního vstupu:
 - periferní venózní katétr a materiál k překrytí katétru
 - sterilní tampóny
 - desinfekce na kůži
 - leukoplast
 - jednorázová injekční stříkačka 20 ml
 - spojovací hadička
 - Na Cl 0,9 % 100 ml infuze
- § infuzní sety,
- § Na Cl 0,9 % 500 ml infuze.

8.4.3 Kompetentní pracovníci

- § Samostatně pracující zdravotnický záchranář dle podmínek Zákona č.96/2004 Sb. a Vyhlášky č.424/2004 Sb.
- § Samostatně pracující všeobecná diplomovaná sestra dle podmínek Zákona č.96/2004 Sb. a Vyhlášky č.424/2004 Sb.

8.4.4 Standardní postup

1. Dbej na vlastní bezpečnost (ochranné rukavice, brýle). Zhodnot' základní životní funkce klienta, v případě zástavy dechu a oběhu okamžitě zahaj rozšířenou resuscitaci dle SOP Rozšířená resuscitace č. (neuveđeno).
- 2. V případě aktuální poruchy vědomí pokračuj od kroku 17!!**
3. V případě, že klient udává bolesti na hrudi volej lékaře RLP nebo ZOS prostřednictvím monitorované linky a dále postupuj dle SOP Bolesti na hrudi č.(neuveđeno).
4. Polohuj klienta vleže se zvýšenými dolními končetinami.
5. Podávej kyslík maskou 6 l/min.
6. Proved' měření TK, A.S., SpO₂, glykémie. Stanov a zhodnot' GCS klienta. Připoj klienta k defibrilátoru a proved' grafický záznam svodů I, II, III. Výsledky měření zaznamená řidič-NZP (SZP) do dokumentace s udáním časového údaje (hodina a minuta).
7. Vyptej se klienta (rodinných příslušníků, spolupracovníků) na jeho jméno a příjmení, rodné číslo, kód zdravotní pojišťovny, základní osobní anamnézu, farmakologickou anamnézu a alergickou anamnézu. Zjištěné údaje zaznamená řidič NZP (SZP) do dokumentace.
8. Proved' kanylaci periferního žilního vstupu a spusť udržovací infuzi Na Cl 0,9 % 100 ml.
9. Aktivně pátrej po známkách hypotenze. V případě, že systolický krevní tlak klienta je pod hranicí 100 torrů zahaj infuzi Na Cl 0.9 % 500 ml.
- 10. Při přítomnosti poruchy srdečního rytmu proved' 12-ti svodové EKG. V případě, že klient v souvislosti poruchou rytmu pociťuje palpitace, vertigo, nauseu či subjektivní nevolnost volej lékaře RLP nebo ZOS prostřednictvím monitorované linky. Žádej ordinace , případně přítomnost lékaře na místě zásahu. Při nepřítomnosti poruchy rytmu pokračuj od kroku 12!!**
11. Kontroluj TK klienta každých 5 minut, EKG sumační svod, A.S. a SpO₂, kontinuálně.
12. V případě poklesu hladiny glykémie pod 3,0 mmol/l podej G 10% 500 ml infuzí.
13. V případě neurologického deficitu (monoparézy, hemiparézy, motorická, expresivní a totální afázie) postupuj dle SOP CMP č. (neuveđeno).
14. Kontroluj TK klienta každých 5 minut, EKG sumační svod, A.S. a SpO₂, kontinuálně.
15. V případě náhlé zástavy dechu a oběhu postupuj dle SOP Rozšířená resuscitace č. (neuveđeno).
16. Transportuj klienta do zdravotnického zařízení schopného poskytnout mu definitivní ošetření.

17. Zkontroluj klientovi dutinu ústní, odstraň nebo odsaj případný cizorodý obsah (krev, hlen, zvratky, volná solidní tělesa). Klienta polohuj vleže na zádech a proved' záklon hlavy.
18. Podávej kyslík maskou 8 l/min.
19. Proved' měření TK, A.S., SpO₂, glykémie. Stanov a zhodnoť GCS klienta. Připoj klienta k defibrilátoru a proved' grafický záznam 12-ti svodového EKG. Výsledky měření zaznamena řidič-NZP (SZP) do dokumentace s udáním časového údaje (hodina a minuta).
20. Proved' kanylaci periferního žilního vstupu a spusť udržovací infuzi Na Cl 0,9 % 100 ml.
21. Při přetrvávající poruše vědomí poruše vědomí volej lékaře RLP nebo ZOS prostřednictvím monitorované linky a dále postupuj dle SOP CMP č.(neuvedeno).
22. V případě, že klient udává bolesti na hrudi volej lékaře RLP nebo ZOS prostřednictvím monitorované linky a dále postupuj dle SOP Bolesti na hrudi č.(neuvedeno).
23. Aktivně pátrej po známkách hypotenze. V případě, že systolický krevní tlak klienta je pod hranicí 100 torrů zahaj infuzi Na Cl 0,9 % 500 ml.
24. Při přítomnosti poruchy srdečního rytmu volej lékaře RLP nebo ZOS prostřednictvím monitorované linky. Žádej ordinace anebo přítomnost lékaře na místě zásahu.
25. V případě poklesu hladiny glykémie pod 3,0 mmol/l podej G 10% 500 ml infuzí.
26. V případě neurologického deficitu (monoparézy, hemiparézy, motorická, expresivní a totální afázie) postupuj dle SOP CMP č. (neuvedeno).
27. Kontroluj TK klienta každých 5 minut, EKG sumační svod, A.S. a SpO₂, kontinuálně.
28. V případě náhlé zástavy dechu a oběhu postupuj dle SOP Rozšířená resuscitace č. (neuvedeno).
29. Konzultuj stav klienta s lékařem RLP nebo ZOS prostřednictvím monitorované linky.
30. Transportuj klienta do zdravotnického zařízení schopného poskytnout definitivní ošetření.

8.4.5 Komplikace

- § Zástava dechu a oběhu,
- § bezvědomí,
- § akutní infarkt myokardu,
- § cévní mozková příhoda
- § poruchy srdečního rytmu,
- § hypoglykémie.

8.4.6 Související SOP

- § SOP Rozšířená resuscitace (ALS) č.(neuvedeno)
- § SOP Bezvědomí č. (neuvedeno)
- § SOP Bolesti na hrudi č. (neuvedeno)
- § SOP CMP č.(neuvedeno)

8.4.7 Zdroje literatury

1. ADAMS, B.: *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 1999, 488s. ISBN 80-7169-893-8
2. MASTILIAKOVÁ, D.: *Úvod do ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 160 s. ISBN 80-246-0428-0
3. POKORNÝ, J. et al.: *Lékařská první pomoc*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 351 s. ISBN 80-7262-214-5
4. ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J.: *Intenzivní medicína*. 2.rozšířené vyd. Praha: Galén, 2003. 422 s. ISBN 80-7262-203-X

8.4.8 Revize

- § Neuvedeno

ZÁVĚR

Výzkum, který mapoval výskyt a četnost frekventovaných a prioritních diagnóz v rámci primárních výjezdů posádek RZP ZZS Královéhradeckého kraje, oblasti Východ v roce 2006 poukázal na konkrétní čtyři diagnózy, které ve sledovaném období a regionu tvoří významný podíl celkového počtu výjezdů.

Opatřením těchto čtyř diagnóz (**poranění hlavy a obličeje, poranění dolních končetin, bolesti břicha, kolapsové stavy**) standardními ošetrovatelskými postupy by jen v roce 2006 umožnilo pokrýt 1423 (42,6 %) primárních výjezdů RZP z celkového počtu 3340 všech primárních výjezdů ZZS Královéhradeckého kraje, oblasti Východ. Předpokládám, že vývoj v roce 2007 i v letech následujících bude tento podíl sledovat pouze s drobnými odchylkami.

S ohledem na výsledky výzkumu se domnívám, že by bylo reálné, logické a vhodné, aby proces standardizace postupů posádek RZP ZZS Královéhradeckého kraje, oblasti Východ započal právě výše uvedenými čtyřmi diagnózami. Doufám, že návrhy SOP, které jsou přímou reakcí na zjištěné výsledky, přinesou spíše než finální řešení, námět k zamyšlení a široké diskusi. Pouze diskuse se zapojením co největšího pracovníků přinese korekční připomínky, které povedou k preklinickému testování a tím perspektivnímu zavedení standardů do denní praxe.

ANOTACE

Autor:	Radek Mathauser
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Vybrané standardní ošetrovatelské postupy pro posádky RZP
Vedoucí práce:	Mgr. Kristýna Fejfarová
Počet stran:	98
Počet příloh:	8
Rok obhajoby:	2007
Klíčová slova:	Kvalita, standardizace, rychlá zdravotnická pomoc, standardní ošetrovatelský postup, frekventovaná diagnóza, prioritní diagnóza

Bakalářská práce se cíleně zaměřuje na obecné otázky a přístupy v zajišťování kvality ve zdravotnictví s přihlédnutím ke specifickým podmínkám neodkladné přednemocniční péče. Zvláštní pozornost je věnována významu standardizace jako jednoho ze všeobecně uznávaných a široce používaných nástrojů k dosažení žádoucí kvality ošetrovatelské péče. Práce by měla přinést přehled základních poznatků, které by měly sloužit jako úvod do problematiky tvorby strukturálních, procesuálních a výsledkových standardů.

Těžiště práce tvoří originální kvantitativní průzkumné šetření, které má stanovit četnost diagnóz řešených posádkami rychlé zdravotnické pomoci Zdravotnické záchranné služby Královéhradeckého kraje, oblasti Východ a návrh formální i algoritmické podoby standardních ošetrovatelských postupů tzv. prioritních diagnóz oblasti Východ.

The bachelor thesis is focused on general issues of quality healthcare with a consideration of specific conditions in emergency pre-hospital care. Special attention is paid to the importance of standardization as one of generally recognized and widely used tools for achieving a desirable quality of nursing care. The thesis outlines the basic knowledge which could serve as an introduction to designing structural, process and outcome standards.

The central point of the thesis is a quantitative research aimed at determining the frequency of diagnoses addressed by emergency crews of Emergency Healthcare of Hradec Králové Region, Area East, together with a proposal of formal and algorithmic draft of standard nursing procedures for the so called priority diagnoses in the Area East.

LITERATURA A PRAMENY

Monografie

- ADAMS, B., HAROLD, C.E.: *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 1999, 488s. ISBN 80-7169-893-8
- GLADKIJ, I. et al.: *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003, 380s. ISBN 80-7226-996-8
- MASTILIAKOVÁ, D.: *Úvod do ošetrovatelství II. Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 160 s. ISBN 80-246-0428-0
- POKORNÝ, J. et al.: *Lékařská první pomoc*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 351 s. ISBN 80-7262-214-5
- ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J.: *Intenzivní medicína*. 2.rozšířené vyd. Praha: Galén, 2003. 422 s. ISBN 80-7262-203-X
- ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M.: *Kreativní ošetrovatelský management*. 1.vyd. Praha: Advent-Orion, 2003, 496 s. ISBN 80-7172-841-1
- VLČEK, F.: *Mezinárodní akreditační standardy pro zdravotní transport. Komentovaný oficiální překlad*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 164 s. ISBN 80-247-1002-1

Elektronické zdroje

- DLOUHÝ, M., STRNAD, L.: *Nemocnice: kvalita, efektivita, finance*. Praha: IGA MZ ČR, 1999 [online]. s. 51-57 [cit. 2006-10-20]
Dostupné na
WWW<<http://izpe.cz/files/vysledky/jinevysledky/02.pdf>>
- STRÁTEZSKÝ, R.: *Kvalita ve zdravotní péči II*. [online]. s. 2-11 [cit. 2006-11-6]
Dostupné na
WWW<<http://fm.vse.cz/dept/imzh/docs/kvalita.ppt>>
- TICHÁČEK, M.: *Kompetence posádek RZP. Doporučený postup výboru OS*. [online] s. s. 1-2 [cit. 2007-02-10] Dostupné na:
WWW<http://urgmed.cz/postupy/kompetence_rzp.doc>
- TŮMA, P.: *Statistické aspekty standardizace zdravotnických ukazatelů*. [online]. s. 9 [cit. 2006-11-8] Dostupné na
WWW<http://nrc.ipvz.cz/skoleni.doc.nrc/2005/17.02.2005/Tuma_Standardizace_ukazatelu_20050217.ppt>
<URL: <http://www.zzskhk.cz>>

Přednášky

ANTOŠ, K.: *Kvalita*. Přednáška v předmětu Management ve zdravotnictví, Lékařská fakulta v Hradci Králové, 2005.

PRAUNOVÁ, M., MATHAUSER, R.: *Standardizace postupů RZP. Rozmar nebo nutnost?* Konference pracovníků zdravotnických záchranných služeb, Broumov-Olivětín, červen 2006.

VAŠÁTKOVÁ, I.: *Řízení kvality ošetrovatelské péče*. Přednáška v předmětu Management v ošetrovatelské péči, Lékařská fakulta v Hradci Králové, 2005.

Zákony a vyhlášky

Vyhláška MZ č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě.

Vyhláška MZ č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných zdravotníků.

Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních.

SEZNAM ZKRATEK

A.S	akce srdeční (srdeční frekvence)
ALPHA	Agenda for Leadership in Programs in Healthcare Accreditation
ALS	Advanced Life Support (rozšířená podpora životních funkcí)
ARIP	anesteziologie, resuscitace, intenzivní péče
CMP	cévní mozková příhoda
CQI	Continuous Quality Improvement
DK	dolní končetina
DKK	dolní končetiny
EFQM	European Foundation for Quality Management
EKG	elektrokardiogram
F 1/1	fyzilogický roztok Na Cl 0,9 %
G 10%	roztok 10 % glukózy
GCS	Glasgow Coma Scale
gly	glykémie
Hb	hemoglobin
HK	horní končetina
i.v.	intravenózně
ISO	International Organisation for Standardisation
ISQ	International Society for Quality in Health Care
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare
JCIA	Joint Commission International Accreditation
KZOS	krajské zdravotnické operační středisko
l/min	litr za minutu
LZS	letecká záchranná služba
NZP	nižší zdravotnický pracovník
R 1/1	Ringerův roztok
RLP	rychlá lékařská pomoc
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
SOP	standardní ošetrovatelský postup
SpO ₂	saturace kyslíkem
SZP	střední zdravotnický pracovník
O ₂	kyslík
TK	tlak krve

TT	tělesná teplota
TQM	Total Quality Management
WHO	World Health Organisation
ZOS	zdravotnické operační středisko

SEZNAM GRAFŮ

- graf 1 Frekventované diagnózy střediska Broumov v absolutních číslech, s. 44
- graf 2 Frekventované diagnózy střediska Broumov v procentuálním podílu, s. 44
- graf 3 Prioritní diagnózy střediska Broumov v absolutních číslech, s. 45
- graf 4 Frekventované diagnózy střediska Jaroměř v absolutních číslech, s. 47
- graf 5 Frekventované diagnózy střediska Jaroměř v procentuálním podílu, s. 47
- graf 6 Prioritní diagnózy střediska Jaroměř v absolutních číslech, s. 48
- graf 7 Frekventované diagnózy střediska Náchod v absolutních číslech, s. 50
- graf 8 Frekventované diagnózy střediska Náchod v procentuálním podílu, s. 50
- graf 9 Prioritní diagnózy střediska Náchod v absolutních číslech, s. 51
- graf 10 Frekventované diagnózy střediska Rychnov v absolutních číslech, s. 53
- graf 11 Frekventované diagnózy střediska Rychnov v procentuálním podílu, s. 53
- graf 12 Prioritní diagnózy střediska Rychnov v absolutních číslech, s. 54
- graf 13 Prioritní diagnózy oblasti Východ v absolutních číslech, s. 56

SEZNAM TABULEK

Tab. 1	Přehled frekventovaných diagnóz střediska Broumov, s. 43
Tab. 2	Přehled prioritních diagnóz střediska Broumov, s. 45
Tab. 3	Přehled frekventovaných diagnóz střediska Jaroměř, s. 46
Tab. 4	Přehled prioritních diagnóz střediska Jaroměř, s. 48
Tab. 5	Přehled frekventovaných diagnóz střediska Náchod, s. 49
Tab. 6	Přehled prioritních diagnóz střediska Náchod, s. 51
Tab. 7	Přehled frekventovaných diagnóz střediska Rychnov, s. 52
Tab. 8	Přehled prioritních diagnóz střediska Rychnov, s. 54
Tab. 9	Přehled frekventovaných diagnóz oblasti Východ, s. 55
Tab. 10	Přehled prioritních diagnóz střediska Východ, s. 56

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 Přehled primárních výjezdů střediska Broumov v roce 2006
- Příloha 2 Přehled primárních výjezdů střediska Jaroměř v roce 2006
- Příloha 3 Přehled primárních výjezdů střediska Náchod v roce 2006
- Příloha 4 Přehled primárních výjezdů střediska Rychnov nad Kněžnou v roce 2006
- Příloha 5 SOP Poranění hlavy a obličeje v algoritmické podobě
- Příloha 6 SOP Poranění končetin v algoritmické podobě
- Příloha 7 SOP Bolesti břicha algoritmické podobě
- Příloha 8 SOP Kolapsový stav v algoritmické podobě

PŘÍLOHY

