

**ČESKÉ VYSOKÉ
UČENÍ TECHNICKÉ
V PRAZE**

**FAKULTA
BIOMEDICÍNSKÉHO
INŽENÝRSTVÍ**



**DIPLOMOVÁ
PRÁCE**

2018

**TEREZA
KORELOVÁ**



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

Analýza připravenosti lůžkových zdravotnických zařízení na péči o zraněné cizince při mimořádných událostech či krizových situacích

Analysis of the Preparedness of Bedside Health Facilities for the Care of Injured Aliens in Emergencies or Crisis Situations

Diplomová práce

Studijní program: Ochrana obyvatelstva

Studijní obor: Civilní nouzové plánování – kombinovaná forma studia

Vedoucí práce: Mgr. Martina Dingová Šliková

Bc. Tereza Korelová

Kladno, květen 2018

Z a d á n í d i p l o m o v é p r á c e

Student: **Bc. Tereza Korelová**
Studijní obor: Civilní nouzové plánování
Téma: **Analýza připravenosti lůžkových zdravotnických zařízení na péči o zraněné cizince při mimořádných událostech či krizových situacích**
Téma anglicky: Analysis of the Preparedness of Bedside Health Facilities for the Care of Injured Aliens in Emergencies or Crisis Situations

Zásady pro vypracování:

Cílem diplomové práce bude zjištění připravenosti vybraných konkrétních lůžkových zdravotnických zařízení na péči o zraněné cizince, k jejichž zranění došlo při mimořádných událostech či krizových situacích. Teoretická část vymezuje základní pojmy z oblasti krizového řízení, dále je zaměřena na popis nejčastějších zranění, která mohou vznikat v souvislosti s mimořádnými událostmi a krizovými situacemi. Teoreticky budou také zpracována opatření, která jsou realizována v uvedených lůžkových zdravotnických zařízeních při přijetí pacientů s různými druhy poranění při výše zmíněných situacích. Součástí bude zpracování problematiky specifík pacientů - cizinců.

Praktická část se bude týkat vybraných zdravotnických zařízení - Oblastní nemocnice Mladá Boleslav a Krajská nemocnice Liberec. Bude řešena kvalitativní formou výzkumu v podobě polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky tamní kliniky (lékaři, střední nelékařský personál), otevřeným zúčastněným pozorováním (cílené na postupy trauma týmu). Dále bude provedena analýza procesů oddělení při přijímání a péči o zraněné cizince. Ve výzkumné části bude využita SWOT analýza zaměřená na následnou péči při příjmu tohoto typu specifických pacientů. Výstupem práce bude zhodnocení postupů a stanovení doporučení ke zvýšení efektivity práce ve výše uvedených zdravotnických zařízeních.


Na základě výsledků proběhne komparace s daty získanými ve výzkumné sondě v roce 2009 na Portálu pro kritickou diskuzi o migraci v České republice a v zemích střední a východní Evropy.

Seznam odborné literatury:

- [1] ŠTĚTINA, Jiří, Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách. ed. 1., Praha: Grada Publishing, 2014, ISBN 978-80-247-4578-7
- [2] IVANOVÁ, Kateřina a kol., Multikulturní ošetrovatelství, ed. 1, Praha: Grada, 2005, ISBN 80-247-1212-1
- [3] NĚMEC, Jiří, Principy zdravotního pojištění, ed. 1, Praha: Grada, 2008, ISBN 978-80-247-2628-1

Vedoucí: Mgr. Martina Dingová Šliková

Zadání platné do: 20.08.2019


vedoucí katedry / pracoviště


děkan

V Kladně dne 02.10.2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem „Analýza připravenosti lůžkových zdravotnických zařízení na péči o zraněné cizince při mimořádných událostech či krizových situacích“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů, které uvádím v seznamu bibliografických odkazů.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon).

V Kladně dne 17.05.2018

.....

podpis

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat paní Mgr. Martině Dingové Šlikové, za odborné vedení diplomové práce, za cenné rady, které mi poskytla, za její čas a trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat všem zúčastněným, které jsem v rámci praktické části oslovila a v neposlední řadě i rodině, která mě podporovala v mém snažení.

Abstrakt

Cílem diplomové práce je zjištění současného stavu připravenosti vybraných lůžkových zdravotnických zařízení na péči o zraněné cizince, k jejichž zranění došlo při mimořádné události či krizové situaci. Vybraná lůžková zdravotnická zařízení zahrnuje Oblastní nemocnici Mladá Boleslav, a.s., (nemocnice Středočeského kraje) a Krajská nemocnice Liberec, a.s. (nemocnice Libereckého kraje). V teoretické části budou popsány základní pojmy, týkající se krizového řízení a oblasti azylové a migrační politiky. Zároveň je plánováno zpracovat přehled nejčastějších zranění, která mohou vzniknout při mimořádných událostech nebo krizových situacích. V souvislosti s přijetím a poskytováním akutní lůžkové zdravotní péče zraněným cizincům budou popsána specifika jednotlivých národnostních či etnických skupin, která jsou významná při jejich ošetřování. Součástí teoretické části práce představují jednotlivé konkrétní postupy, které zdravotnická zařízení realizují při příjmu většího počtu zraněných osob.

Obsahem praktické části je kvalitativní výzkum. Prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky tamní kliniky je plánováno zjišťovat znalosti respondentů ohledně specifíků etnických kultur, informovanost dotazovaných o druzích zdravotního pojištění, znalosti o neziskových organizacích určených cizincům a zmapovat samotný přístup ke zraněným pacientům – cizincům při mimořádných událostech či krizových situacích. Ve výzkumné části bude využita SWOT analýza zaměřená na silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby jednotlivých nemocnic. Výstupem práce bude zhodnocení postupů a v případě zjištění nedostatků stanovení doporučení ke zvýšení efektivity práce ve výše uvedených zdravotnických zařízeních.

Klíčová slova

Akutní lůžková zdravotnická péče; krizová situace; mimořádná událost; pojištění; zraněný; cizinec.

Abstract

The aim of this thesis is to detect the preparedness of the inpatient health care of foreigners who were injured in exceptional or critical situation. The chosen medical institutions are located in Mladá Boleslav and Liberec, that is Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s. (the hospital of Central bohemian region) a Krajská nemocnice Liberec, a.s. (the hospital of the Liberec region). In the theoretical part, there is the description of the concepts regarding crisis management and asylum and migration policy. At the same time it is planned to process an overview of the most common injuries that may occur during emergencies or crisis situations.. In connection with the adoption of and provision of acute inpatient health care to the injured foreigners will be described the specifics of individual national or ethnic groups that are significant in their treatment. Part of the theoretical part of the thesis represent individual specific procedures that health care facilities implement when receiving a larger number of injured persons.

The content of the practical part is a qualitative research. Through semi-structured interviews with the staff of the clinics we planned to determine the knowledge of the respondents about the specifics of ethnic cultures, the awareness of the respondents about the kinds of health insurance or, e.g., non-profit organizations dedicated to foreigners and to map the access to injured patients – strangers in emergencies or crisis situations. In the research part, the SWOT analysis will be used to focus on the strong and weak sides opportunity and threats of the hospitals. The conclusion of this thesis is the procedure evaluation and eventually recommendation for increasing work efficiency of the above mentioned health institutions.

Keywords

Acute inpatient health care; crisis situations; emergencies; insurance; injured; foreigner.

OBSAH

1	Úvod.....	10
2	Základní pojmy z oblasti krizového řízení ve zdravotnictví.....	11
2.1	Termíny, týkající se krizového řízení.....	11
2.2	Řešení rizik ve zdravotnictví	14
2.3	Pojmy z terminolog. slovníku z oblasti azylová a migrační politika	17
3	Popis nejčastějších zranění při/během MU nebo krizové situaci	20
3.1	Vybrané typy poškození při MU.....	20
3.1.1	Mechanické poranění.....	20
3.1.2	Termická poranění.....	21
3.1.3	Poškození ionizujícím zářením	22
3.1.4	Chemické zbraně	24
3.1.5	Biologické zbraně	26
3.2	Polytraumata – charakteristika a postup při první pomoci.....	27
3.2.1	Charakteristika polytraumatu.....	27
3.2.2	První pomoc	28
3.2.3	Plán hromadného příjmu raněných	29
4	Specifika problematiky pacientů – cizinců	30
4.1	Aktuální situace na území České republiky.....	30
4.2	Specifika cizinců.....	32
4.3	Zdravotní pojištění u cizinců	34
4.3.1	Země mimo Evropskou unii.....	34
4.3.2	Země v EU	36
5	Krizová připravenost ve zdravotnictví.....	37

5.1	Východiska připravenosti rezortu čelit mimořádným událostem a krizovým situacím.	37
6	Cíl práce a hypotézy	39
7	Metodika.....	40
7.1	Charakteristika	40
7.2	Charakteristika rozhovorů	41
7.3	Výběr respondentů.....	42
8	Výsledky	44
8.1	Opatření realizovaná v uvedených lůžkových zařízeních při přijetí pacientů s různými druhy poranění	44
8.1.1	Oblastní nemocnice Mladá Boleslav	44
8.1.2	Krajská nemocnice Liberec	46
8.2	Rozhovory.....	50
8.2.1	Seznámení se s respondenty.....	50
8.2.2	Výsledky rozhovorů	51
8.3	Charakteristika SWOT analýzy	65
8.3.1	SWOT analýza Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.....	66
8.3.2	SWOT analýza Krajské nemocnice Liberec, a.s.	70
9	Diskuze	73
10	Závěr.....	84
11	Seznam použitých zkratk.....	85
12	Seznam použité literatury	86
13	Seznam použitých obrázků	93
14	Seznamu použitých tabulek	94
15	Seznam Příloh	95

1 ÚVOD

Volba tématu této diplomové práce byla záměrná. Jako zaměstnance Mladoboleslavské nemocnice, zároveň dobrovolného hasiče (kdy jsem byla svědkem několika námětových cvičení zaměřených na podobné téma) a v neposlední řadě díky existenci cizinců ve vlastní rodině, mne zaujala problematika procesu přijetí zraněných cizinců v cílovém lůžkovém zařízení, jako v posledním článku záchranného řetězu.

Tím, že se Česká republika dá považovat za zemi bohatou na kulturní a společenské zážitky, což dokládají i statistiky návštěvností zahraničních turistů u nás, meziročně stoupá počet dlouhodobě i krátkodobě ubytovaných. Turisté nejčastěji navštěvují zajímavé přírodní scenérie, kulturní památky nebo mezinárodní festivaly. Při aktivním pohybu se samozřejmě stávají různé nehody s následkem úrazů, ať již jednotlivě nebo hromadně (dopravní nehody, přírodní katastrofy). Zmíněné turistické zajímavosti představují místa výskytu velkého počtu osob na jednom místě. V souvislosti s nestabilní politickou situací v některých zemích narůstá počet i brutalita teroristických činů. Teroristé cíleně vyhledávají právě takto exponovaná místa a lze očekávat, že počet zraněných cizinců z podobných útoků bude narůstat. Stejně tak nárůst pacientů cizinců můžeme očekávat díky ekonomické imigraci do České republiky.

Jak vyplývá z výše uvedeného textu, je nutné se do budoucna touto problematikou cíleně zabývat a zajistit cizincům nejen adekvátní akutní ošetření v terénu, ale i zmírnit či zabránit komplikacím, které může přinášet právě jejich kulturní odlišnost i v následující lůžkové péči.

2 ZÁKLADNÍ POJMY Z OBLASTI KRIZOVÉHO ŘÍZENÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

Terminologie v této oblasti je velmi obsáhlá, a proto pro účely této diplomové práce byly vybrány pojmy, které souvisejí s tématem.

Jak udává E. Antušák a J. Vilášek (2016, s. 39), k ujednocení pojmů v oblasti krizového managementu přispělo v České republice vydání slovníku, ze kterého je převážně čerpán následující text. Slovník vydalo Ministerstvo vnitra – *Terminologický slovník pojmů z oblasti krizového řízení a plánování obrany státu* (www.mvcr.cz).

2.1 Termíny, týkající se krizového řízení

Krizová situace

Krizovou situací je dle zákona č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení a o změně některých zákonů (krizový zákon) ve znění pozdějších předpisů „*mimořádná událost podle zákona o integrovaném záchranném systému, narušení kritické infrastruktury nebo jiné nebezpečí, při nichž je vyhlášen stav nebezpečí, nouzový stav nebo stav ohrožení státu*“ (Krizová legislativa, soubor zákonů, 2016, s. 231). Bližší rozpracování jednotlivých stavů viz Příloha č. 1.

Krizový stav

Krizový stav je vyhlášován určitými klíčovými představiteli státu. Stav nebezpečí mají v kompetenci vyhlásit hejtmani kraje nebo primátor hlavního města Prahy. Nouzový stav vyhláší vláda, popř. předseda vlády. Parlament České republiky vyhláší stav ohrožení státu a válečný stav. Tyto kroky podnikají v případě hrozby nebo vzniku krizové situace a v závislosti na jejím charakteru a rozsahu (Hlaváčková D., Štorek J., Fišer V. a kol., 2007, s. 21).

Integrovaný záchranný systém (IZS)

Webová stránka Hasičského záchranného sboru definuje daný termín takto: *„Integrovaný záchranný systém (IZS) je efektivní systém vazeb, pravidel, spolupráce a koordinace záchranných a bezpečnostních složek, orgánů státní správy a samosprávy, fyzických a právnických osob při společném provádění záchranných a likvidačních prací a přípravě na mimořádné události. Tak aby stručně řečeno „nikdo nebyl opomenut, kdo pomoci může a vzájemně si nikdo z nich nepřekážel.““ (www.hzscr.cz).*

Podle § 4 zákona 239/2000 Sb. O integrovaném záchranném systému jsou základními složkami IZS:

1. Hasičský záchranný sbor České republiky,
2. jednotky požární ochrany zařazené do plošného pokrytí kraje jednotkami požární ochrany,
3. poskytovatelé zdravotnické záchranné služby,
4. Policie České republiky (Vilášek J., Fiala M. a Vondrášek D., 2014, s. 22).

Ostatní složky IZS

Jedná se o vyčleněné síly a prostředky ozbrojených sil, ostatní ozbrojené bezpečnostní sbory, ostatní záchranné sbory, orgány ochrany veřejného zdraví, havarijní, pohotovostní, odborné a jiné služby, zařízení civilní ochrany, neziskové organizace a sdružení občanů, která lze využít k záchranným a likvidačním pracím. Ostatní složky integrovaného záchranného systému poskytují plánovanou pomoc na vyžádání při záchranných a likvidačních pracích (Krizová legislativa, soubor zákonů, s. 274).

Mimořádná událost

Pod tímto pojmem je v současných právních předpisech ČR uváděna řada pojmů jako jsou např. mimořádná situace, nouzová situace, pohroma, katastrofa,

havárie. Zákon termín definuje jako: „škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy, a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací.“ (Krizová legislativa, soubor zákonů, s. 273).

Nemoci cizinců ohrožující veřejné zdraví

Za nemoci, které by mohly ohrozit veřejné zdraví, se považují:

- a) „nemoci podléhající hlášení podle Mezinárodního zdravotního řádu a další nově se vyskytující vysoce nebezpečné nákazy (např. těžký akutní respirační syndrom – SARS, pravé neštovice),
- b) tuberkulóza dýchacího ústrojí v aktivním stadiu mikroskopicky nebo kulturačně pozitivní nebo s tendencí rozvinutí,
- c) syfilis,
- nebo d) jiné infekční nemoci, pro které příslušný správní úřad k ochraně před jejich zavlečením stanovil ochranná opatření“ (www.mvcr.cz).

Proces managementu/řízení rizik

Zaměřují se na identifikaci, analýzu, zhodnocení, monitorování a ovlivňování hrozeb a z nich plynoucích rizik prostřednictvím systematické aplikace cíleně plánovaných aktivit. Jak udává E. Antušák (2009, s. 30) jedná se o specifickou aktivitu, jejímž cílem je „minimalizovat společenské ztráty plynoucí z existující nebo potenciální (latentní) hrozby“.

Terorismus

Organizované použití násilí nebo hrozby násilím, obvykle zaměřené proti nezúčastněným osobám, s cílem vyvolat strach, jehož prostřednictvím mají být splněny politické, náboženské nebo ideologické požadavky jak ve vnitrostátním, tak v mezinárodním měřítku (Smolík J., 2014, s. 68).

Zasažení lidé

Mezi osoby, které jsou zasaženy mimořádnou událostí nebo krizovou situací, patří například zasahující členové IZS, pracovníci krizového řízení, zranění a nezranění občané, jejich rodiny a kolegové, pozůstalí, přihlížející, pracovníci pomáhajících organizací nebo dobrovolníci. Zasažení mimořádnou nebo krizovou situací nejsou pouze jednotlivci, ale i jejich sociální okolí, v závislosti na rozsahu neštěstí i komunita, případně celá společnost. Na jednoho člověka, který je takovou situací přímo zasažen, připadá okolo deseti sekundárně zasažených osob z jeho okolí. Jako synonymum bývá používáno také spojení „lidé dotčení událostí“. (V minulosti se v této souvislosti hovořilo o „primárních a sekundárních obětech neštěstí“, pojem „oběť“ však sugeruje slabost a pasivitu subjektu a jako jejich možná vlastní role nebývá akceptován záchranáři.) (www.mvcr.cz)

2.2 Řešení rizik ve zdravotnictví

Řízení rizik

Procesem řízení rizik je myšlený systematický proces identifikace, hodnocení a provádění činností k prevenci nebo řízení klinický, administrativních, provozních a zaměstnaneckých bezpečnostních rizik v organizaci. Při poskytování zdravotní péče by měl být program řízení rizik zaměřen na minimalizování pravděpodobnosti výskytu negativních následků jak pro pacienty, personál tak i organizaci zaměstnavatele. Dále by měl sledovat a vyhodnocovat zpětnou vazbu z výstupů péče od pacientů i zaměstnanců. (Šupšáková P., 2017, s.6, 7)

Krizový management ve zdravotnictví

Krizový management ve zdravotnictví lze chápat ve dvou nezávislých rovinách. První je pojatá obecně. V době mírové je proces zaměřený preventivně, přípravou na události atd. Pokud ale vznikne mimořádná událost, nebo v období krizové

situace, nastává druhá rovina chápání. Zde mají krizoví manažeři za úkol maximální zmírnění důsledků negativního působení na systém. (Štětina J., 2014, s. 94)

Připravenost zdravotnického zařízení

Musí být zajištěna tak, aby na nevznikla nepředvídatelný stav, na který by toto zařízení nebylo schopné adekvátně reagovat. Proto je nutná, pro vypracování dokumentů vhodných pro řešení krizových situací, podrobná analýza všech možných rizik. Jedná se o rizika jak uvnitř zdravotnického zařízení, tak i vně.

Za hlavní součásti krizové připravenosti jsou považovány:

- části zaměřené na zvládnutí hromadného příjmu raněných a nemocných,
- traumatologický plán,
- pandemický plán,
- části zaměřené na zvládnutí vnitřního nebezpečí nebo vnějšího ohrožení zařízení (včetně výpadků technologických systémů, energií a dalších poruch chodu nemocnice),
- evakuační plán,
- krizové operační postupy (www.fzv.upol.cz).

Lůžkové zdravotnické zařízení

Od doby vzniku MU až po vyhlášení MU jsou postupně aktivovány postupy, které jsou nedílnou součástí zabezpečení jak lidských životů zraněných, zahrnují ale i koordinaci záchranných složek. Na posledním místě tohoto záchranného řetězce je cílové zařízení neboli zdravotnické zařízení lůžkového typu. Všechna taková zařízení mají vytvořený zásahový, tzv. Traumatologický plán (TRAUMAPLÁN), který v sobě zahrnuje všechna opatření nemocnice pro tyto situace.

Informování nemocnic je zajišťováno zdravotnickým operačním střediskem místně příslušné zdravotnické záchranné služby (dále ZZS). Ta informuje o:

- druhu a charakteru události,
- místě a době od vzniku události,
- předpokládaném počtu zraněných osob a převažujícím typu postižení,
- a předpokládané době příjezdu prvních zraněných do nemocnice.

Od přijetí výzvy přechází nemocniční ústředna na poplachový režim, kdy dochází k odklonu normálních hovorů a uvolňují se služební (poplachové) linky. (Hlaváčková D., Štorek J., Fišer V. a kol., 2007, s. 75)

Dochází k vyhlášení poplachu, které se vyhláší zvláštním, předem stanoveným postupem, s jasným obsahem hlášení, pomocí vnitřních poplachových směrnic. Jako první se vyrozumívají vedoucí pracovníci nemocnice a postupně zpravidla vedení klinik, a to pak uvědomuje postupně své potřebné pracovníky, lékaře, sestry atd. Dále jsou informovány laboratoře a radiodiagnostická pracoviště, správa nemocnice, kuchyně a rezervní síly. Neméně důležité je oznámit událost i součinným nemocnicím. Seznamy osob a kontaktů musí být odpovědnými pracovníky pravidelně aktualizovány (Hlaváčková D., Štorek J., Fišer V. a kol., 2007, s. 75-78).

Reakcí na poplach je uvolňování pracovníků z běžného zařazení, případně povolání do služby a jejich přechod do struktury zásahu nemocnice. Ta se speciálně upravuje podle potřeb TRAUMAPLÁNU. Jak již bylo zmíněno, dochází ke transferu struktury nemocnice. Organizuje se centrum zásahu, kde pracuje zásahový tým krizového štábu nemocnice, na který se svedou veškerá spojení komunikace a tok informací. Určené pracoviště je schopné třídit a směřovat zraněné na cílová pracoviště nemocnice. Dále se zastavují veškeré běžné činnosti nemocnice, nové nebo plánované úkony se nezahajují a ty, co jsou již započaté, se dokončují. Ukončují se návštěvy a návštěvníci musí opustit nemocnici. Bezpodmínečně se musí uvolnit a označit komunikace uvnitř nemocnice z důvodu zajištění plynulého provozu tak, aby nedocházelo k chaosu. Zřizují se čekárny pro postižené a

připravuje se systém registrace a dokumentace. (Hlaváčková D., Štorek, J., Fišer V. a kol., 2007, s. 76)

Články záchranného řetězce

Tento odstavec definuje D. Hlaváčková (2007, s. 12-13) jako:

- a) Místo události – laická první pomoc, vzájemná pomoc a svépomoc. Tato činnost není definována ve smyslu zákona č. 239/2000 Sb., protože není prováděna složkami IZS. Tato činnost je vzájemně ovlivňována ochotou poskytnout první pomoc a kvalitou této laické první pomoci.
- b) Odborná přednemocniční neodkladná péče – je poskytována zdravotnickou záchrannou službou (ZZS). Jelikož je ZZS základní složkou IZS dle zákona o IZS (239/2000 Sb.) vztahuje se tedy na ní ustanovení o provádění záchranných a likvidačních prací na místě vzniku MU.
- c) Odborná nemocniční neodkladná péče – z pohledu medicínsko-právního má charakter záchranných a likvidačních prací následků na zdraví po proběhlé mimořádné události či krizové situaci. Z pohledu zákona o IZS tomu však tak není, neboť pacient opouštějící místo události již nesplňuje podmínku pro požadavek záchranných a likvidačních prací.

2.3 Pojmy z terminolog. slovníku z oblasti azylová a migrační politika

Azyl

Jedná se o „Formu mezinárodněprávní ochrany osoby nacházející se mimo území země své státní příslušnosti, popř. mimo území země svého posledního trvalého bydliště, jeli osobou bez státní příslušnosti, která je ve své vlasti pronásledována za uplatňování politických práv a svobod nebo má odůvodněný strach z pronásledování z důvodu rasy, pohlaví, náboženství, národnosti, příslušnosti k určité sociální skupině nebo pro zastávání určitých politických názorů.“

Cizinec

Každá fyzická osoba, která není občanem České republiky. Pro účely zákona o pobytu cizinců se cizincem rozumí fyzická osoba, která není státním občanem České republiky, včetně občana Evropské unie.

Emigrace

Změna místa pobytu směrem z území domovského státu; emigrace je procesem, při němž obyvatelé opouštějí své domovské státy s cílem usídlit se v zahraničí

Imigrace

Změna místa pobytu směrem na území jiného než domovského státu; imigrace je procesem při němž se na území států usídlují cizinci (viz. definice cizince).

Integrace cizinců

Integrace cizinců je proces umožňující cizincům postupně se začlenit do české společnosti. Cílem integrace je oboustranně přínosné nekonfliktní soužití cizinců a majoritní společnosti.

Migrace

Přesun jednotlivců i skupin v prostoru, který je spolu s porodností a úmrtností klíčovým prvkem v procesu populačního vývoje a výrazně ovlivňuje společenské a kulturní změny obyvatel na všech úrovních. S ekonomickým rozvojem se intenzita migrace neustále zvyšuje.

Migrační vlna velkého rozsahu

Jedná se o situaci, kdy podstatným způsobem zesílí tlak cizinců na státní hranice ČR s cílem legálně a popř. i nelegálně vstoupit na toto území, tranzitovat přes ně do

dalších států či pobývat na něm. Tato situace nese řadu negativních důsledků v širokém spektru s možnými dopady na bezpečnostní situaci, ekonomiku, sociální sféru i jednání občanů. Zdrojem ohrožení jsou nepředvídatelná změna politického systému, porušování lidských práv, národnostní, rasové či náboženské konflikty, špatná sociálně ekonomická situace v zemích původu migrantů apod.

3 POPIS NEJČASTĚJŠÍCH ZRANĚNÍ PŘI/BĚHEM MU NEBO KRIZOVÉ SITUACI

Kapitola je věnována zraněním, které se vyskytují při různých MU nebo v KS.

MU	Vyjádření %	Celkem
požáry s účastí jednotky požární ochrany (JPO)	14,6 %	12 945
dopravní nehody	18,2 %	16 174
úniky nebezpečných chemických látek	6,2 %	5 503 (ropné produkty 3 942)
technické havárie	52,7 %	46 780
ostatní mimořádné události	1,2 %	1 064
plané poplachy	7,1 %	6273
všechny události	100 %	88 740

Tabulka 1 - Nejčastější MU v ČR – statistika zásahů HZS leden-září 2017 (zdroj:

www.hzscr.cz).

3.1 Vybrané typy poškození při MU

3.1.1 Mechanické poranění

Mechanické poranění mohou mít tyto příčiny:

- dopravní,
- pracovní,

- sportovní
- kriminální.

Mezi nejzávažnější poranění patří polytrauma, kdy je zasaženo současně více tělesných systémů či oblastí těla, přičemž nejméně jedno ohrožuje bezprostředně život postiženého. Mezi oblasti se závažným poraněním řadíme:

- hlava,
- hrudník,
- břicho,
- pohybová soustava.

Bez včasného zásahu na místě události mohou postižení skončit se špatnou prognózou. Proto je důležité na místě události sledovat u postiženého jak velikost krevní ztráty, tak i rychlost jejího nástupu a průběhu. Základní odbornou pomocí na místě události proto vždy musí být:

- postupy při neodkladné resuscitaci, které zajišťují základní životní funkce,
- stavění krvácení,
- hrazení krevních ztrát,
- imobilizace,
- léčba bolesti (Hlaváčková D., Štorek J., Fišer V. a kol., 2007, s.120-121).

3.1.2 Termická poranění

Příčinou a mechanismem hromadného termického úrazu bývá opaření, popálení, zasažení elektrickým proudem nebo chemikálie. Řadí se sem i postižení prostřednictvím nízkých teplot (omrznutí, podchlazení) a prostřednictvím termických účinků (ionizující záření, UV záření).

Faktory ovlivňující prognózu jsou:

- předchorobí,
- lokalizace popálenin,
- hloubka postižení,
- věk postiženého,
- rozsah popálení,
- mechanismus úrazu včetně dalších možných doprovodných zranění
(Hlaváčková D., Štorek J., Fišer V. a kol., 2007, s. 123-124).

D. Hlaváčková (2007, s. 124) udává, že: *„K formulování prognózy je důležitý u dospělých součet věku postiženého v letech a rozsah popálené plochy v procentech. Je-li tento součet vyšší než sto, je prognóza vůči přežití nepříznivá.“*

3.1.3 Poškození ionizujícím zářením

Příčinou tohoto typu poškození organismu jsou nukleární zbraně, dále havárie jaderné elektrárny, poškození přepravovaného materiálu a poškození při uskladňování. Pokud dojde k výbuchu udávají se poměry projevu:

- 50 % tlaková vlna,
- 35 % světlo a teplo,
- 15 % ionizující záření.

První pomocí při vzniku stavu nebezpečí ionizujícím zářením je okamžitá evakuace. Osoby se přemisťují co nejdále od místa zdroje ionizujícího záření, a to mimo směr větru, který sebou nese šíření radioaktivní stopy. Aby byli evakuovaní informováni o aktuálním dění, je nutno poslouchat média, převážně pak rozhlas, nebo televizní vysílání.

Další nedílnou součástí je použití primitivních prostředků ochrany. Tím se rozumí např. použití plastových sáčků na ruce. Velmi zásadní význam má pak ochrana dýchacích cest. Následky závisí na dávce absorbovaného záření. Z toho plyne, že projevující se nemocí je akutní nemoc z ozáření (Bydžovský J., 2008, s. 231).

Nemoc z ozáření nastává u ozáření celého těla vysokou dávkou. Jedná se o mimořádně vzácnou událost, u které je nebezpečí z prodlení. Dalším druhem ozáření může být lokalizované. Zasahuje kůži postiženého a je nejčastějším vyskytujícím se druhem (Hlaváčková D., Štorek J., Fišer V. a kol., 2007, s. 128).

Dále můžeme dělit kontaminaci na povrchovou, která může přispět k radiačnímu poškození kůže. Při podezření na povrchovou kontaminaci je nutné bezprostředně provést dekontaminaci (Štětina, J., 2014, s. 322). Vnitřní kontaminace může nastat po požití ozářené látky a je nutno u postiženého zajistit sběr moče, stolice, sekretu z nosu a úst. Pokud je k dispozici podává se specifické antidotum (Hlaváčková D., Štorek J., Fišer V. a kol., 2007, s. 129).

Ochrana před zářením spočívá v ochraně jak jednotlivců, tak jejich potomků a lidstva jako celku. Pro stochastické účinky je charakteristická bezprahová funkce dávky. Minimální dávka záření je schopna vyvolat patologické změny v organismu. J. Rosina (2013, s. 165) udává, že: *„Čím větší je dávka záření, tím vyšší je pravděpodobnost, že u ozářeného jedince dojde ke vzniku nádorového onemocnění nebo k poškození genetické výbavy.“* Deterministické účinky jsou účinky předurčené. Řadíme se např. akutní nemoc z ozáření, která je způsobena biologickým účinkem ionizujícího záření na organismus. Vzniká obvykle po jednorázovém velkém zevním ozáření. Dávka záření musí mít určitou velikost, jinak se deterministické účinky nevyskytnou (Rosina, J., 2013, s. 165).

Definice zbraní hromadného ničení (dále ZHN): *„Zbraně s vysoce ničivými účinky, které mohou být použity k rozsáhlému ničení živé síly, infrastruktury nebo jiných zdrojů.“*

Jde o souhrnný výraz pro jaderné, biologické a chemické zbraně.“ (Zbraně hromadného ničení www.mvcr.cz)

3.1.4 Chemické zbraně

Jako dominantní charakteristika bojových otravných látek je jejich toxicita. Letální otravné látky působí v krátké době a způsobují usmrcení nebo těžká poškození lidského organismu. Řadíme mezi ně nervově paralytické látky, zpuchýřující, obecně jedovaté a dusivé látky. Neletálně otravné chemické látky slouží k oslabení a dostatečnému oslabení. Těmi jsou látky dráždivé, psychicky a fyzicky zneschopňující. (Štětina J., 2014, s. 335).

Nervově paralytické látky

Skupina označující se jako blokátory acetylcholinesterázy zahrnuje látky řady G: tabun GA, sarin GB, soman GD a látky série V: např. VX. Jedná se o nejvýznamnější skupinu bojových chemických látek (dále BChL). Pronikají všemi membránami vstupu, včetně kůže. Charakteristickým projevem otravy je příznak zúžení zorniček, které nastává poškozením hladkého svalu oka, dále poruchy vidění a bolest hlavy. Výrazně se zvýší slinění, výtok z nosu, zvýšené pocení, křeče nebo samovolná defekace. Nastává paralýza dýchacích svalů a při nejtěžších stavech nastává smrt v důsledku selhání jak dechové činnosti, tak i srdeční. (Šín R. et al., 2017, s. 163-164).

Zpuchýřující látky

Vyznačují se cytostatickým a cytotoxickým účinkem. Při kontaktu vyvolávají výrazné patologické změny ve strukturách tkáně. Na sliznicích a kůži se objevují zánětlivé a nekrotické reakce, kde jsou typické puchýře a vředy. Nalezneme zde lewisit nebo yperit. (Šín R. et al., 2017, s. 164).

Obecně jedovaté

Jsou reprezentovány kyanovodíkem a chlorkyanem. Tyto látky mají nízkou relativní hustotu vůči vzduchu. Při otravě takovými látkami můžeme pozorovat tkáňové dušení. Dochází k inhibici cytochromoxidázy, díky níž dojde k absenci kyslíku na konci dýchacího řetězce. Symptomy se mohou rozvinout velmi rychle. Záleží také na koncentraci dávky. Do organismu pronikají dýchacím systémem. Kyanovodík v kapalné formě (páchne po hořkých mandlích) může pronikat i kůží a sliznicí dutiny ústní. (Štětina J., 2014, s. 338)

Příznaky jsou slabost, bolest hlavy, nevolnost. Do 30 vteřin nastává bezvědomí, kdy u postiženého můžeme pozorovat silně červené zbarvení sliznic a silné křeče. Objevuje se také hypertenze. První pomocí je okamžité nasazení ochranné masky a evakuace, následuje dekontaminace a sledování životních funkcí. Nutné je podat antidotum (amylnitrit, natrium thiosulfát), postiženému dát sedaci, případně analgezii. (Bydžovský J., 2008, s. 232).

Dusivé látky

Jedná se např. o: fosgen, difosgen, či chlorpikrin. Jejich distribuce probíhá plynnou formou. Zasahují zejména dýchací cesty a plíce. Tyto látky vyvolávají nevratné změny na plicní tkáni. V plicích poškozují alveoly, ty nejsou schopné přijímat kyslík. Rozvíjí se plicní edém v důsledku změny permeability bariéry (vzduch – kapilární krev). Nastává zánětlivý exsudát (výpotek), který vytváří zvýšený odpor v plicním oběhu a následně vede k selhání srdečního oběhu. (Šín R. et al., 2017, s. 164).

Dráždivé látky

Tato skupina je někdy označována jako látky rušivé. Jedná se o moderní látky, které mají polyvalentním účinkem projevující se slzením a drážděním horních cest

dýchací. Některé mohou vyvolat zvracení nebo i bolest kůže. Řadí se sem CS, CR chloracetonfenon, kapsaicin a jeho analoga. K potlačování nepokojů se používají jako běžná součást chemických prostředků. Ačkoliv se řadí do skupiny nesmrtících chemických zbraní, při vysokých koncentracích a v uzavřených prostorech mohou výrazně poškodit zdraví nebo způsobit smrt. (Šín R. et al., 2017, s. 165).

3.1.5 Biologické zbraně

Jako biologické agens charakterizujeme živé choroboplodné mikroorganismy či výsledky jejich činnosti, z nichž je možné vytvořit infekční materiál, který dokáže vyvolat infekční onemocnění, smrt nebo zneschopnění lidí a zvířat. (Prymula R., 2002, s. 30)

Používají se různé druhy bakterií. Některé mají funkci sporulace. Jedná se o tvorbu spor, vytvářející odolné formy, které přežívají i velmi nepříznivé podmínky. Řadíme mezi ně např. rickettsie, viry, houby a plísňe. (Bydžovský J., 2008, s. 233)

Anthrax

Původcem nemoci je bakterie *Bacillus anthracis*. Jde o vysoce infekční onemocnění dobytka přenosné na člověka kontaminovanou vodou či masem. Postižený se může nakazit vzdušnou cestou, vdechnutím spór. Bakterie si je vytvářejí a jsou velmi odolné okolnímu prostředí.

Rozlišujeme 3 formy nemoci: kožní, střevní a plicní. **Kožní forma** je nejčastější. Na kůži se objeví puchýř, který se postupně mění v nebolestivý vřed s černou nekrózou. Mohou být přítomny i celkové příznaky, jako např. nevolnost, teplota, zvětšení okolních uzlin. U **plícní formy** jsou příznaky podobné chřipce. Jeví se jako dušnost, kašel, postižený má vysoké horečky a vykašlává krvavé hleny. Obvykle do 2–3 dnů umírají pod obrazem srdečního selhání. **Střevní forma** je relativně vzácná.

Vykazuje příznaky bolestí břicha, nevolností, krvavý průjem, zvracení. (Šín R. et al., 2017, s. 187)

Botulismus

Mezi laickou veřejností je znám jako klobásový jed. Toxiny produkuje bakterie *Clostridium botulinum*. Patří mezi nejprudší jedy. Přenáší se fekálně-orální cestou. Postižený pocítuje sucho v ústech (někdy naopak zvýšené slinění), je slabý, obtížně otevírá víčka. Bývá přítomný nystagmus (rytmicky se opakující pohyby očí v určitém směru, které nejsou ovlivnitelné vůlí). Postupně dochází k nervové paralýze od obličeje po končetiny. Pokud není zahájena léčba, nemocný umírá na respirační a kardiální selhání. Léčba spočívá v umělé plicní ventilaci, která může trvat i několik týdnů. Dále léčba spočívá v pasivní imunizaci (antitoxinové sérum). (Šín R. et al., 2017, s. 191)

3.2 Polytraumata – charakteristika a postup při první pomoci

3.2.1 Charakteristika polytraumatu

Definování termínu je pro porovnání citováno jak z knihy medicíny, tak i ošetrovatelství. Autor R. Remeš (2013, s. 196) ve své publikaci Praktické příručky přednemocniční urgentní medicíny vykládá pojem jako: *„náhle vzniklé úrazové poškození dvou nebo více orgánových systému, orgánů nebo těla, z nichž postižení alespoň jednoho z nich nebo jejich kombinace ohrožuje základní životní funkce. Nejčastější příčinou úmrtí po vzniku polytraumatu je poškození mozku a hemoragický šok, pozdější příčinou je sekundární poškození mozku a multiorgánové selhání“*.

J. Kelnarová (2013, s. 68) ve své publikaci pro ošetrovatelství: První pomoci II. – Pro studenty zdravotnických oborů udává definici: *„jako mnohočetné (sdružené) poranění několika orgánových systémů nebo tělní oblasti spojené s postižením základních*

životních funkcí – dýchání, oběh, vědomí a vnitřního prostředí, které vedou k bezprostřednímu ohrožení života.“

Charakteristickým znakem péče o polytrauma je interdisciplinární přístup zaměřený na pacienta. Akutní hodnocení a řešení většiny traumatických poranění jsou dobře vymezená a koordinovaná. (Cifu D. X., Lev H.L., 2014, s.4)

3.2.2 První pomoc

Při přístupu ke zraněnému je jako první důležité okamžité zhodnocení aktuálního stavu postiženého. První kritérium je přítomnost masivního krvácení, které je třeba ihned zastavit kompresí. Dalšími opatřeními jsou protišoková opatření, polohování, krytí ran a imobilizace fraktur. (McNab Ch., 2010, s. 127-128)

Při zastavení masivního krvácení se hodnotí stav postiženého. Pokud je to neodkladné, přistupuje se k resuscitaci. Prvním krokem je zajištění dýchacích cest. Mezi nejzákladnější úkony se řadí:

- imobilizace hlavy oběma rukama (ne přes uši),
- oslovení postiženého,
- zhodnocení dýchání (Přítomnost? Frekvence? Cyanóza?),
- kontrola obsahu dutiny ústní, odstranění cizích předmětů. (Dobiáš V., 2012, s. 62)

Dále následuje kontrola krevního oběhu a zajištění kolujících tekutin. Záchranáři na místě u této problematiky kontrolují pulzaci, zjišťují frekvenci. Zajišťují periferní žilní vstupy kanylami, která slouží k aplikaci bolusů krystaloidů. Pokračují k vyšetření břicha pohledem, pohmatem, vyšetření stability pánevního řečiště atd. (Bydžovský J., 2010, s. 33–34.)

Odborná literatura shrnuje následující úkony neodkladné resuscitace do předem pojmenovaných kroků, které jsou označeny pro snadné použití a zapamatování velkými počátečními písmeny abecedy

A – airway – zhodnocení vědomí, obnovení a zajištění průchodnosti dýchacích cest,

B – breathing – zhodnocení a zajištění základní životní funkce dýchání,

C – circulation – zhodnocení a zajištění základní životní funkce krevního oběhu.

Díky automatickým externím defibrilátorům je v případě jejich dostupnosti do základní neodkladné resuscitace zařazen i výkon laické defibrilace:

D – defibrillation – provedení defibrilace proškoleným laikem.

Rozšířená neodkladná resuscitace zahrnuje (kromě výše uvedeného):

D – defibrillation – elektrická defibrilace fibrilujícího myokardu,

E – EKG – monitorace elektrické aktivity myokardu,

F – fluids and drugs – podání léků a infuzních roztoků (Šeblová J., Knor J., 2013, s. 108).

3.2.3 Plán hromadného příjmu raněných

V podkapitole předcházející byla popsána první pomoc na místě MU. Dalším postupem, který následuje po ošetření zraněných na místě události je transport do zdravotnického zařízení lůžkového typu. Jedná se o poslední fázi a cílové zařízení. Při příjmu se spouští plán hromadného příjmu raněných (též nazývaný jako MASCAL). Tomuto typu plánu odpovídá traumatologický plán, který si každé zdravotnické zařízení zpracovává. (Šín R. et al., 2017, s. 249)

R. Šín et al. (2017, s. 249) udávají: „*Základním principem činnosti při vyhlášení signálu MASCAL je zajistit efektivní odsun pacientů z místa incidentu tak, aby nedocházelo k prodlení v ošetření, pro pacienty s prioritami P1 a P2 a do určených zdravotnických zařízení byl transportován počet a struktura pacientů odpovídající aktuálnímu schopnostem.*“

4 SPECIFIKA PROBLEMATIKY PACIENTŮ – CIZINCŮ

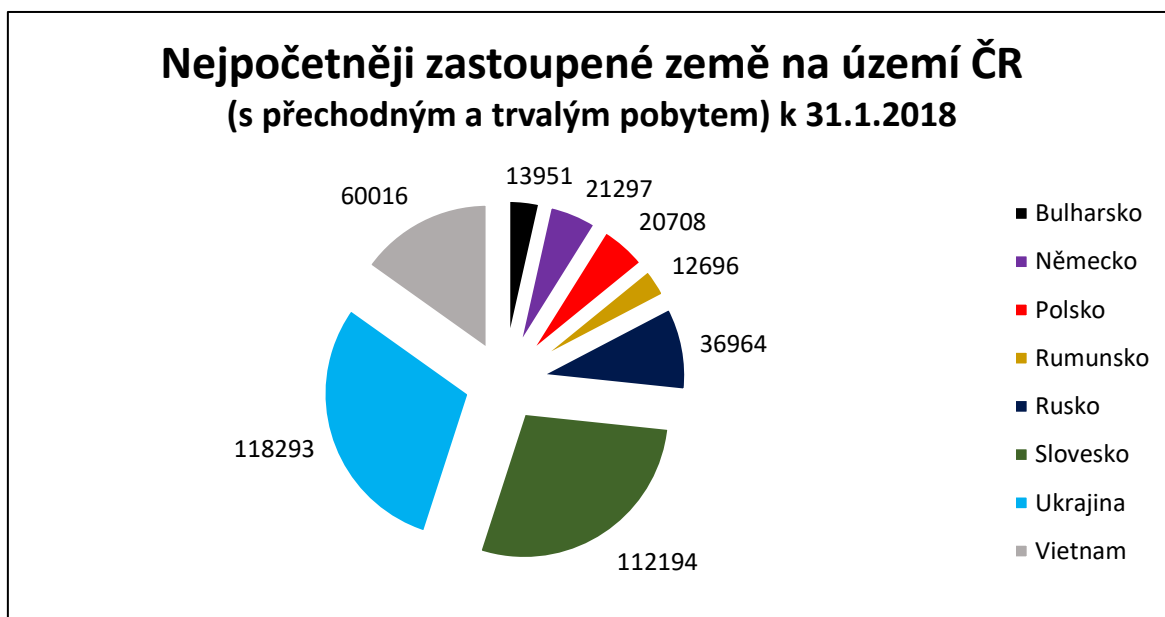
Každé území se potýká s imigranty – přistěhovalci. Některá země tuto otázku řeší důkladněji, některá méně.

4.1 Aktuální situace na území České republiky

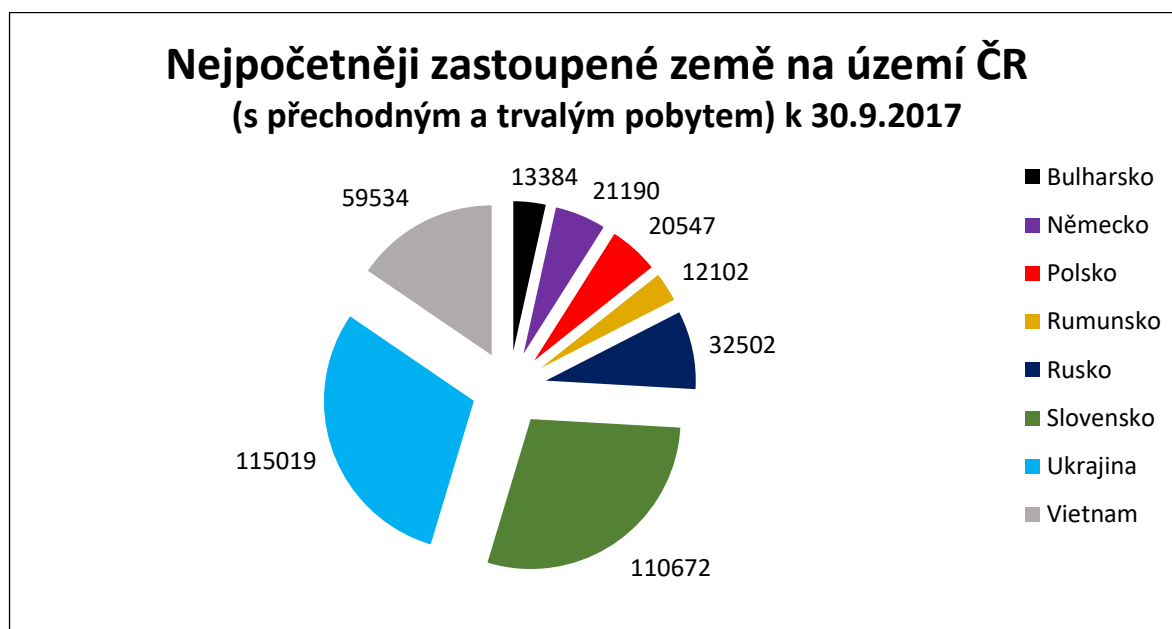
Ministerstvo vnitra ČR pravidelně (jednou za měsíc) aktualizuje na svých webových stránkách údaje o cizincích. Statistika eviduje cizince mužského a ženského pohlaví z třetích zemí, Evropské unie, Islandu, Norska, Švýcarska a Lichtenštejnska s povoleným přechodným či trvalým pobytem na území České republiky.

Pro přehled vývoje situace na našem území jsou v práci použity studie z půlročního pozorování, kdy byla použita data z dokumentu končícího v září roku 2017 a ke dni 31. 1. 2018.

Ke 30. 9. 2017 bylo na našem území evidováno 516983 cizinců. Přechodně, to znamená po dobu delší než 3 měsíce, bylo evidováno 236575 osob. Trvalý pobyt na území ČR získalo 280408 příslušníků jiných států. Při sečtení přechodných a trvalých pobytů osob na našem území přesáhlo desetitisícovou hranici 8 národností. Jedná se o národnosti s tradičně vysokou mírou pobytů v České republice (www.mvcr.cz).



Graf č.1 - Nejpočetněji zastoupené země na území ČR (s přechodným a trvalým pobytem) k 30.9.2017 (zdroj: www.mvcr.cz)



Graf č.2 - Nejpočetněji zastoupené země na území ČR (s přechodným a trvalým pobytem) k 31.1.2018 (zdroj: www.mvcr.cz)

Jak z grafů vyplývá, počty cizinců jak s přechodným, tak s trvalým pobytem na našem území se během sledovaných čtyř měsíců zvýšily.

Poskytování zdravotní péče lidem jiných národů a kultur v sobě nese zohlednění jejich etnických a kulturních hodnot. Dále je třeba brát v potaz názory a praktiky, které se vztahují k jejich vlastnímu zdraví. Jako první krok je třeba při vstupním posouzení zjistit od pacientů, jaké jsou rozdíly v kulturních zvyklostech související s péčí a pokud to lze, tak na základě těchto informací poskytovanou péči přizpůsobit jejich potřebám. (Plevová I. a kol., 2011, s. 129)

4.2 Specifika cizinců

Jak z předchozího textu vyplývá, nejpočetněji jsou na našem území zastoupeny Ukrajina, Slovenská republika, Vietnam, Rusko, Polsko, Německo, Bulharsko a Rumunsko. V následujícím textu jsou popsány čtyři nejpočetněji zastoupené menšiny.

Ukrajina

Ukrajinci spolu se Slováky tvoří nejpočetnější národnostní menšinu u nás. Převážně se objevují ve městech Praha, Karlovy Vary, Děčín, Brno nebo Ostrava. Lidé z Ukrajiny bývají věřící a vykazují vyšší míru národní hrdosti. Ukrajinská kultura vyrůstá z křesťanských tradic, především z pravoslaví, ale také z řeckého katolictví (Kutnohorská J., 2013, s. 115). Jako pacienti se jeví ukázněně a skromně. Emoce nedávají příliš najevo. Bolestivé výkony snášejí trpělivě. Přizpůsobují se velmi ochotně k nemocničnímu režimu. Co je největším problémem, tak je jazyková bariéra. Neznalostí českého jazyka vznikají komunikační neshody. Pokud je zde cizinec ukrajinské národnosti hospitalizován, nedochází k návštěvám rodinnými příslušníky, protože nebývají v ČR přítomni. Dalším problémem je pojištění. (Zeleníková D., 2014, s. 37-38).

Specifika v komunikaci je rozlišování tykání a vykání. V běžné mluvě není zvykem používání akademických titulů. Jejich hlavním rysem je říkat, co si myslí,

ve svém projevu jsou přímočaří. Bývají nedochvilní. Dotek ruky na rameni je v komunikaci přípustný (Kutnohorská J., 2013, s. 116).

Slovenská republika

Tato národnostní menšina se liší od ostatních jmenovaných tím, že jazyková bariéra není tak složitá a dorozumění je mnohem jednodušší. Pro Slováky je nejdůležitější rodina. U mladší generace se udává respekt, závaznost a akceptování zvyků a tradic souvisejících s kulturou. Hlavou rodiny je otec, zato matka rozhoduje o záležitostech v domácnosti.

Při rozhovoru udržují oční kontakt, otevřeně projevují emoce zejména vůči rodině a dobrým známým. Jsou dost konzervativní. Při ošetřování nenastává problém s jazykovou bariérou. Problém může nastat s názvy měsíců nebo orgánů, které mají odlišné názvy. Ke vztahu k ošetřujícímu personálu jsou slušní a ochotni spolupracovat. (Zeleníková D., 2014, s. 38-39)

Vietnam

Vietnamci více věří přírodní medicíně, kterou také preferují. Zpočátku se spoléhají na domácí léčitelství. Co se týče lékařské péče, tu vyhledávají až v momentě, kdy se u nich projeví akutní potíže. Ovšem poté si lékařů váží. U této menšiny je hlavou rodiny muž, se kterým je důležité konzultovat zdravotní stav členů rodiny (Mastiliaková D., 2007, s. 76).

Typická, především u žen, je stydlivost. Proto, pokud se týká ošetření, požadují tento úkon od člena rodiny. Snaží se provádět hygienu samostatně. I při sběru anamnéz jsou ostýchaví (Kutnohorská J., 2013, s. 111).

Pokud se vyskytne bolest, trpělivě jí snášejí. O analgetika si sami neříkají. Mají strach z vedlejších účinků pozřené látky. Pokud je člen rodiny nemocný, ostatní členové mají snahu o jeho povzbuzení. (Tóthová, 2010, 132, 150).

Rusko

V Rusku je zvykem se oslovovat nejprve křestním jménem a posléze jménem otce, je ovšem vhodné se pacienta zeptat, jak chce být oslovován. Jak již bylo zmíněno u ukrajinské komunity, ani u Rusů není zvykem používat v běžné mluvě akademické tituly. Na co je třeba dbát ohled je oční kontakt. Ten je třeba udržovat po celou dobu rozhovoru. Pokud jde o setkání, nebo loučení, podávají si Rusové Ruce. Starší muž dokonce ženám líbá ruku. Bez rozdílu pohlaví se významnější osoby líbají třikrát střídavě náznakem na tvář. Jako tradiční projev přátelství se u Rusů jeví objetí obličeje dlaněmi. Za projev nepřátelství se dá považovat, pokud se takovému kontaktu vyhneme. (Mastiliaková D., 2007, 152).

Ve společnosti nejsou Rusová zpravidla hluční. Rádi navazují kontakty. Proto se může stát, že při dlouhém čekání se budou snažit navázat rozhovor. Je třeba dbát v potaz, že při komunikaci hodně gestikulují a také se nemusí usmívat na člověka se kterým právě vedou rozhovor. (Mastiliaková D., 2007, s. 152–153).

4.3 Zdravotní pojištění u cizinců

4.3.1 Země mimo Evropskou unii

Každý, jež chce v ČR pobývat, tudíž i cizinec musí být zdravotně pojištěný. Zdravotní pojištění se dělí na veřejné a komerční (smluvní).

Veřejné zdravotní pojištění zahrnuje:

- občany ČR s trvalým bydlištěm v ČR;

- cizince s povoleným trvalým pobytem v ČR;
- cizince bez trvalého pobytu, který je zaměstnanec zaměstnavatele se sídlem v ČR;
- žadatele o mezinárodní ochranu;
- cizince, kterým byl udělen azyl nebo doplňková ochrana;
- cizince s dlouhodobým vízem nebo dlouhodobým pobytem za účelem strpění pobytu na území ČR v konkrétně stanovených případech.

Pro tyto osoby je povinnost účast na veřejném zdravotním pojištění, která je stanovena zákonem. (Němec J., 2008, s. 195)

Komerční zdravotní pojištění musí mít:

- cizinci s dlouhodobým vízem a dlouhodobým pobytem, kteří nejsou zaměstnanci zaměstnavatele se sídlem v ČR;
- cizinci s přechodným pobytem rodinného příslušníka občana EU.

Pokud osoby pobývající na území ČR déle než 3 měsíce, mají přechodný pobyt rodinného příslušníka občana EU, žádají o vydání nebo prodloužení povolení k dlouhodobému pobytu musí mít sjednáno zdravotní pojištění v rozsahu komplexní péče. Toto komplexní zdravotní pojištění zajišťuje hrazení zdravotní péče v rozsahu, který se blíží veřejnému zdravotnímu pojištění (pokrývá např. očkování dětí, některé preventivní prohlídky, těhotenství a porod.) Pojištění může být sjednáno na období od 4 měsíců až do dvou nebo tří let. Vztahuje se na péči poskytovanou ve smluvním zařízení pojišťovny (pojišťovny mají smlouvu s vybranými lékaři), jen v případě akutního stavu můžete využít kterékoliv zdravotnické zařízení. Některé pojišťovny vyžadují, aby pojištěný v případě potřeby péče nejdříve kontaktoval asistenční službu (www.cicpraha.org).

4.3.2 Země v EU

Nárok na účast ve veřejném zdravotním pojištění mají občané zemí EU, pokud:

- mají trvalý pobyt na území České republiky,
- na území České republiky nemají trvalý pobyt, avšak jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR,
- podléhají předpisům ČR na základě nařízení EU (do této skupiny patří osoby výdělečně činné v ČR /zaměstnanci a osoby samostatně výdělečně činné/ i osoby pobírající dávky z předchozí výdělečné činnosti, tj. starobní důchody, a rodinní příslušníci všech oprávněných, tj. druhý z manželů a nezaopatřené děti).

Po příjezdu do České republiky musí cizinec navštívit některou ze zdravotních pojišťoven a nahlásit se zde. Tato pojišťovna pak vydá kartičku pojištěnce, kterou se budou cizinci prokazovat při svých návštěvách u lékaře (www.czech.cz).

5 KRIZOVÁ PŘIPRAVENOST VE ZDRAVOTNICTVÍ

5.1 Východiska připravenosti rezortu čelit mimořádným událostem a krizovým situacím.

Rámec řešení

Koncepční a obsahové řešení krizové připravenosti rezortu zdravotnictví na zvládnutí zdravotních následků mimořádných situací je vymezen prostřednictvím sady tzv. krizových stavů. Legislativní zakotvení v ústavním zákonu 110/1998 Sb. O bezpečnosti České republiky a v zákonu o krizovém řízení (zákon 240/2000 Sb.).

Přístup k řešení

Poskytování zdravotní péče pokrývá spektrum požadavků a vyžaduje si systémové a systematické řešení, vycházející z aktuálních a reálných možností poskytovatelů péče. Úrovně:

- a) standartní přednemocniční neodkladné péče prostřednictvím zdravotnického záchranného systému (ve smyslu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování). Nástrojem záchranného systému je záchranný řetězec, se svým řetězcem přežití z prostoru zdravotního postižení až do prostor nemocniční péče.
- b) adaptace záchranného systému do prostředí neštěstí prostřednictvím a v rámci územního havarijního systému (ve smyslu požadavků zákona č. 225/2015 Sb., o prevenci závažných havárií (Hlaváčková D., Štorek J., Fišer V. a kol., 2007, s. 64).

J. Štorek (2007, s. 65) udává, že: *„Nástrojem zdravotnictví uvnitř havarijního plánu správního celku je traumatologický plán, řešící potřeby zdravotní péče a možnosti poskytovatelů při výskytu hromadného postižení osob.“*

c) adaptace celého systému poskytovatelů zdravotní péče, včetně záchranného systému, na mechanismus zajišťování nezbytných dodávek zdravotních služeb a potřeb prostřednictvím krizového systému (ve smyslu požadavků krizového zákona č. 240/2000 Sb., a zákona o hospodářských opatřeních č. 241/2000 Sb.) (Hlaváčková D., Štorek J., Fišer V. a kol., 2007, s. 65).

Smyslem systémových opatření je dle J. Štorka (2007, s. 65): *„zajištění postupného narůstání možností uvnitř rezortu zdravotnictví s cílem zabezpečit funkčnost systému poskytování zdravotnické péče prostřednictvím optimálního využívání struktur systému, její dostupnosti, včetně nutné podpory mimorezortními kapacitami (dodávkami vstupů pro funkčnost systému“*. Pro bližší přehlednost viz Příloha č. 2.

6 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

Cíl 1 - zhodnocení stavu připravenosti lůžkových zdravotnických zařízení na péči o zraněné cizince, kteří byli zraněni při mimořádné události nebo krizové situaci. Vybraná zařízení jsou Oblastní nemocnice Mladá Boleslav a Krajská nemocnice Liberec.

Výzkumná otázka 1–V porovnání obou nemocnic, je nemocnice v Liberci lépe organizovaná a připravená na práci s cizinci.

Výzkumná otázka 2 – Vy vybraných nemocnicích není materiál pro komunikaci s cizinci.

Cíl 2 - zhodnocení postupů a případné stanovení doporučení ke zvýšení efektivity práce ve výše uvedených zdravotnických zařízeních.

7 METODIKA

7.1 Charakteristika

Pro splnění cíle byla použita kvalitativní forma výzkumu v podobě polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky tamních klinik (lékaři, střední nelékařský personál) a SWOT analýza zjištěných informací, které jsem získala zmíněným osobním dotazováním.

U kvalitativní vědecké metody se výzkum může týkat života lidí, příběhů, chování ale také např. chodu organizací nebo vzájemných vztahů. Jeho podstata spočívá ve zkoumání jevů, odhalení spojení a závislostí interpretace smyslu nebo funkce. Kvalitativní výzkum umožňuje poznání širšího kontextu v jejich přirozených podmínkách (Kutnohorská J., 2009, s. 22).

U kvalitativního výzkumu mají údaje charakter textu. Výzkum probíhá na místech, které mají pro výzkumníka ustálený smysl (Kutnohorská J., 2009, s. 23). Proto pro naše účely probíhaly rozhovory na pracovištích respondentů. Mezi charakteristiky patří:

- soubor respondentů je poměrně malý, využívá hloubkové individuální rozhovory,
- provádí se systematický sběr dat,
- kvalitativní výzkum má tendenci vyzdvihovat dynamické a individuální aspekty,
- každá zkušenost je významná a potřebná (Kutnohorská J., 2009, s. 24).

Dále proběhl nestrukturovaný rozhovor s vrchními sestrami, jak z centrálního příjmu v Mladé Boleslavi, tak z traumacentra v Liberci, o procesech při přijímání a péči o zraněné cizince při mimořádné události nebo krizové situaci. Volba

respondentů byla záměrná. Předpokládala jsem u nich ucelený přehled nad procesy oddělení a postupy při mimořádné události nebo krizové situaci.

Ve výzkumné části byla využita SWOT analýza zaměřená na silné a slabé stránky jednotlivých nemocnic, jejich příležitosti a hrozby.

Mezi otázky, které byly použity při výzkumu, patří:

S jakou národností u cizinců se respondenti setkali?

V jaké frekvenci?

Typ pobytu na našem území. Turista / legálně / nelegálně

Úhrady zdravotního pojištění – je-li cizinec nepojištěn – platí v hotovosti?

Jsou problémy v komunikaci? Popř. je možnost zajistit tlumočnicka u vyšetření?

Komunikační pomůcky – Uvítali by je? Používají je? Existují letáky?

Měli by se zdravotníci přizpůsobovat cizincům?

Celkový přehled použitých otázek je uveden v příloze č. 2.

7.2 Charakteristika rozhovorů

Rozhovory se zaměstnanci vybraných nemocnic probíhaly od konce února do konce měsíce března. Část rozhovorů probíhala osobním kontaktem a část telefonicky. Jelikož je Liberec vzdálenější od mého místa bydliště, bylo složitější realizování osobních rozhovorů. V Mladoboleslavské nemocnici zčásti o výběru respondentů rozhodovali přátelské vztahy s uživateli. Dále byly rozhovory uskutečňovány s respondenty, kteří byli doporučeni již oslovenými kolegy. Situace v Mladé Boleslavi byla jednodušší. V Liberci mi velmi pomohla vrchní sestra Traumatologicko-ortopedického centra, která mi poskytla kontakty na vhodné respondenty.

Rozhovory probíhaly volně podle předem připravených otázek. V průběhu rozhovorů otázky přibývaly, nebo naopak, některé byly z předem naplánované předlohy odstraněny, pro svou nedůležitost.

Struktura byla následující:

- Představení výzkumníka a seznámení respondentů s danou problematikou.
- Seznámení se s respondentem, získání důvěry (anonymizace dat)
- Řízený rozhovor podle předem připravených otázek formou diskuze.
- Prostor pro vlastní připomínky.
- Poděkování a rozloučení se s respondentem.

Bylo uskutečněno celkem 22 rozhovorů a délka jednotlivých diskuzí zabrala od 14 do 40 minut. Čas se odvíjel od jednotlivých časových možností respondentů, jejich osobním zájmem o problematiku nebo jejich komunikativností.

7.3 Výběr respondentů

Výběr respondentů probíhal na základě jak doporučení od vrchních sester, tak i na mnou zvolených pracovištích, tedy technikou *snowball*. Tato technika řetězení respondentů umožňuje výzkum i obtížně zjistitelných informací, vzhledem k tomu, že je založena na vzájemné důvěře a systému *Gate Keepers* (otevíračů brány – klíčových osob, umožňujících vstup do prostředí) (Bužgová R. a Plevová I., 2011, s. 223).

Oddělní jsem vybírala záměrně traumatologické a chirurgické, kde se prvotně a převážně přichází do kontaktu s osobami po úrazech. Dále byl výběr respondentů náhodný, kdo byl zrovna v uvedené době na pracovišti. Na konci rozhovoru došlo k domluvě se zúčastněnými, že chtějí své výroky ponechat anonymně. Jejich požadavku bylo vyhověno a data byla anonymizována.

8 VÝSLEDKY

8.1 Opatření realizovaná v uvedených lůžkových zařízeních při přijetí pacientů s různými druhy poranění

Kapitola se věnuje opatřením, která jednotlivá pracoviště realizují při příjmu většího počtu zraněných. Materiálem pro zpracování bylo nahlížení do Trauma plánu doplněného rozhovorem s vrchními sestrami. Pro účely této diplomové práce se nepodařilo získat oprávnění originální výtisk použít. Za Oblastní nemocnici v Mladé Boleslavi se jednalo o vrchní sestru Centrálního příjmu. V Krajské nemocnici Liberec byla oslovena vrchní sestra Traumatologicko-ortopedického centra. Rozhovory byly zaznamenány v podobě terénních poznámek a následně analyzovány.

8.1.1 Oblastní nemocnice Mladá Boleslav

Při mimořádné události je důležité zhodnocení nastalé situace, monitorování místa neštěstí, třídění raněných na místě MU a následný transport do zdravotnického zařízení. Mladoboleslavská nemocnice rozlišuje 3 stupně aktivace.

- 1.stupeň: je poškození 5-10 osob, nebo 3 a více těžce zraněných. Situaci je možné zvládnout silami a prostředky personálu, který právě vykonává službu.
- 2. stupeň: poškozeno je 11-20 osob. Situace zle zvládnout silami a prostředky službukonajícím personálem a povoláním zaměstnanců nemocnice s bydlištěm v Mladé Boleslavi.
- 3. stupeň: poškozeno je 20 a více osob. Situaci již nelze zvládnout silami a prostředky službukonajícího personálu. Je nutné povolání všech oddělení

nemocnice a zaměstnanců nemocnice a je nutná výpomoc na úrovni kraje a pomoc ostatních zdravotnických zařízení v okolí.

Jelikož nemocnice prošla rekonstrukcí, centralizoval se příjem. Nově byl vybudován nízkoprahový urgentní příjem, kde na jedné straně najdeme složku chirurgicko– ortopedickou a na protilehlé straně je část interní. Při MU se tedy zohledňuje, zda jsou přítomny traumata nebo mají ráz interní (např. intoxikace apod.). Podle typu zranění se následně upřednostňuje ta část, které se to týká. Zde se pak zřizuje kontaktní místo. Protilehlá část plní podpůrnou funkci.

Při příjmu oznámení o MU musí kontaktní místo zjistit a zapsat:

- druh a charakter události,
- předpokládaný počet zraněných osob,
- převažující typ postižení,
- předpokládaný příjezd prvních raněných.

Jelikož se jedná o oblastní nemocnici, jednotlivé části centrálního příjmu disponují určitými počty lůžek. Interní část má 10 lůžek, chirurgicko ortopedická pak 6. Prostory jsou na této části menší, protože součástí je i velká, prostorná čekárna a rentgenové přístroje.

Sled událostí

Při telefonní výzvě zhodnotí operátoři ZZS stupeň aktivace. Při prvním stupni dojde k aktivaci jednotlivých oddělení, personálně pokryjí situaci pouze zaměstnanci ve službě (oddělení chirurgie, ortopedie, ARO, centrálních operačních sálů, rentgenu, hematologicko – transfúzní oddělení a ambulance chirurgie a ortopedie). Při aktivaci druhého stupně dojde také k aktivaci jednotlivých oddělení, ale k personálnímu pokrytí je nutné povolání zaměstnanců z místa bydliště v Mladé Boleslavi (oddělení zůstávají stejná jako u aktivace prvního stupně, zde dle potřeby

dojde k aktivaci očního oddělení a porodnicko – gynekologických ambulancí). Při aktivaci třetího stupně se zalarmují všechny oddělení v nemocnici. Dochází k povolání všech zaměstnanců.

Při vyhlášení aktivace v pracovní době je hlavním odpovědným vedoucím lékař centrálního příjmu. Při aktivaci v době ústavní pohotovostní služby přejímá odpovědnost lékař interní služby nebo starší chirurg ve službě na základě vyhodnocení informací od ZZS. Zvolený vedoucí lékař je pak označován jako „Vedoucí lékař Triage“.

Triage je prostor pro třídění raněných a je umístěn ve vstupní hale Centrálního příjmu. Prvotní zásahový tým tvoří personál z chirurgicko – ortopedické nebo interní části. Pacienti jsou dle urgentnosti označováni barevnými štítky. Od zelené, přes žlutou až po červenou.

Funkci technika Bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a Požární ochrany zastává v organizaci pan Tomáš Šulc.

8.1.2 Krajská nemocnice Liberec

Jako každé zdravotnické zařízení, tak i Krajská nemocnice v Liberci má svůj předem stanovený postup, kterým se řídí v případě mimořádné události. Jelikož se jedná o krajskou nemocnici, je aktivace většího rozsahu.

Prvním krokem je třídění raněných a vyhlášení stupně aktivace. Třídění provádí v návaznosti na metodu START, kdy jsou pacienti označováni barevnými štítky od zelené, žluté, červené až po černou. Třídění raněných provádí lékař ZZS na místě zásahu.

Cílem třídění na místě události je určit priority ošetření, popřípadě odsunu. Principem třídění je co nejrychlejší získání přehledu o všech zúčastněných. Existuje

několik schémat třídění, z nichž některá jsou použitelná také pro záchranáře nelékaře a nezdravotnické záchranáře (především hasiče). Nejznámějším třídícím schématem je tzv. metoda START schéma (zkratka ze Snadné Třídění A Rychlá Terapie) (Bartůněk, P. a kol., 2016, s. 19).

Nemocnice vyhláší celkem 5 stupňů aktivace. První stupeň se týká 4-10 zasažených osob, kdy situaci zvládne směna na pracovišti.

Druhý stupeň je charakterizován jako režim hromadného neštěstí menšího rozsahu, kdy zasažených osob je 10-30. V druhém stupni se aktivuje jak telefonní ústředna, krizový štáb tak i oddělení a centra nemocnice. Zde se už posiluje tým o personál z místa bydliště.

Třetím stupněm je režim hromadného ničení značného rozsahu. Zasažených osob je 30-100. Kromě aktivace telefonní ústředny, krizového štábu a ostatních oddělení a center, je zde aktivace lůžkových oddělení, k zajištění lůžek. Navíc od druhého stupně je zde aktivace všech zdravotnických a nezdravotnických zaměstnanců, kteří plní úkoly na úseku materiálně technického zabezpečení.

Stupně 4 a 5 jsou velmi podobné stupni číslo 3, jen se liší intenzitou zasažených osob. Čtvrtý stupeň je režimem hromadného neštěstí velkého rozsahu s počtem zasažených osob více než 100. Nejzávažnějším je pátý stupeň, charakterizovaný jako režim hromadného neštěstí masivního rozsahu. Pokud je postiženo je více než 1000 osob, dochází k vyhlášení krizového stavu.

Další bodem je místo příjmu. Rozlišuje se, zda se jedná o:

- úrazové stavy,
- neúrazové stavy
- podezření na infekční onemocnění.

Pokud se jedná o úrazové stavy, zohledňuje se již přerozdělené barevné označení. Prioritou číslo jedna jsou postižení s červeným označením. Tyto osoby přijímá Pávilon chirurgických oborů. Žlutě označené přijímá Pávilon interních oborů a zeleně značené raněné přijímá Pávilon péče o matku a dítě.

Neúrazové stavy zajišťuje v Pávilonu interních oborů Urgentní interní příjem dospělých. Pokud je podezření, že je jedná o hromadný výskyt osob s infekčním onemocněním, převážejí se pacienti do budovy Kožní a Infekce, která se nachází mimo areál nemocnice.

Činnost na každém příjmovém místě řídí vedoucí lékař, který je označen modrou vestou. Dále na každém příjmu je veden přehled pacientů hromadného neštěstí. Neidentifikovaní zranění jsou označováni číslem, které je uvedeno v Třídící kartě zraněného Zdravotnické záchranné služby. Na jednotlivých příjmech jsou umístěny boxy s obsahem určeným pro použití v případě vyhlášení a aktivace Traumatologického plánu.

Sled událostí

Při volání na operační středisko ZZS Libereckého kraje zhodnotí operátoři situaci, informují příslušné příjmové místo, které při přijetí výzvy aktivuje Traumatologický plán a podle rozsahu informuje telefonní ústřednu, která přechází na příslušný režim. Podle vyhlášeného stupně telefonní ústředna vyhodnotí a povolá zaměstnance (dle seznamu vyzoumívaných). Jedná-li se o 2. až 5. stupeň aktivace, telefonní ústředna vyzoumí krizový štáb Krajské nemocnice Liberec (dále KNL), jehož úkolem je se neprodleně dostavit do sídla krizového štábu.

Hlavní úkoly krizového štábu

Materiálně technické zajištění

- Udržuje přehled o počtu volných a uvolněných lůžek,
- zabezpečuje kyslík a medicínální plyny,
- koordinuje zabezpečení především léků a zdravotnického materiálu,
- dále koordinuje zabezpečení dalších zdrojů (strava, voda a pitný režim, elektrickou energii, tepelnou energii a požadavky na dopravu).

Personální zajištění pro zabezpečení lůžkové kapacity a pro rozšíření ambulantních složek, dostatečný počet:

- lékařů,
- středně zdravotnického personálu,
- pomocného personálu.

Pro funkčnost technického zázemí a materiálně technického zabezpečení zajišťuje dostatečné množství nezdravotnického personálu.

Organizační zajištění

Krizový štáb rozhoduje o spolupráci s jinými zdravotnickými zařízeními. Ve spolupráci s bezpečnostní a hlídací agenturou zajišťuje ochranu a vnitřní bezpečnost nemocnice a to:

- obsazením služby u všech vjezdů do areálu a zvedání závory,
- okamžité uzavření vjezdu do areálu nemocnice a volný průjezd pro sanitní vozy nebo pro vozidla zabezpečující likvidaci hromadného neštěstí,
- uzavření nemocnice pro veřejnost,
- sanity s pacienty označenými červeně a žlutě vjíždí do areálu branou u pavilonu Chirurgických oborů,

- sanity s pacienty zeleně označenými vjíždí do areálu branou u pavilonu Péče o matku a dítě,
- s pacienty s neúrazovými akutními vjíždí branou u pavilonu Chirurgických oborů,
- veškerá vozidla opouštějí areál u pavilonu Péče o matku a dítě,
- pacienty s podezřením na infekční onemocnění do areálu nemocnice nevjíždějí, jedou do budovy Kožní a vjíždí přímo do dvora,
- u aktivace III. A vyššího stupně jsou příbuzní obětí shromažďováni v přednáškovém sále knihovny, která je v areálu nemocnice.

Krizový štáb spolupracuje s krizovým štábem ZZS a krizovým štábem Krajského úřadu Libereckého kraje. Dále zajišťuje trvalé spojení všech účastníků zapojených do akce a poskytuje informace správním orgánům. Vedoucí oddělení bezpečnosti a krizového řízení zastává paní Marcela Jílková.

8.2 Rozhovory

Jednotlivé rozhovory byly nahrávány a poté proběhl přepis do písemné formy, pro lepší orientaci.

8.2.1 Seznámení se s respondenty

Za celý měsíc byly navštíveny dvě vybrané nemocnice a osloveno 22 lidí. Převážná většina dotazovaných byly ženy, z řad nelékařského sektoru. Z lékařské složky pak převážná většina mužů. Přesněji určeno – 18 žen a 4 muži. Věková hranice začínala od 24 let a končila lehce před 60 rokem. Věková skladba respondentů tedy zahrnovala střední věk, tudíž běžný produktivní věk. Nikdo výrazně mladší ani starší se ve výzkumném vzorku neobjevil. Co se týče profesní skladby, za nemocnici v Mladé Boleslavi:

- 7 všeobecných sester,
- 1 zdravotnický asistent,

- 2 lékaři
- a 1 administrativní pracovnice.

V Liberci byla skladba respondentů následující:

- 8 všeobecných sester,
- a 3 lékaři.

Co se týče odbornosti a oddělení, byly preferovány centra traumatologicko-ortopedická, chirurgická, ortopedická, centrální příjem a interní příjem.

8.2.2 Výsledky rozhovorů

První otázkou v řízeném rozhoru bylo: S jakými cizinci se dotyční setkali a jak často? (v jaké frekvenci do roka)

Odpovědi, které se objevili na tuto otázku byly velmi obsáhlé. Nedá se přesně určit, který národ v rámci zraněných a ošetřených se objevil nejvíc.

Mladá Boleslav

Z oddělení traumatologie uváděli dotazovaní: *„Němci, Američané, Rusové, Maďaři, Slováci, Poláci. Slováci a Poláci se objevují častěji, téměř každý měsíc. Cizinec ze vzdálenějších zemí se objevuje 1 x za půl roku“*, dále *„Ukrajina, Rusko, Vietnamci, zhruba 1x měsíčně“*. Ošetřující personál, který je na chirurgické jednotce intenzivní péče (CHIR-JIP) sdělil: *„Ukrajinci, Asiati, Poláci, Němec. Minimálně 20x ročně, na vše si nevzpomenu“*, lůžkové oddělení chirurgického oddělení: *„Ukrajinci, Vietnamci, Turci, Angličané - max. 10krát do roka“*. Také byla oslovena administrativní pracovnice Centrálního příjmu, která uvedla: *„Většina cizinců je z celé Evropy, studenti ze Západní Evropy a dělníci z východní Evropy a Asie. Ve velmi vysoké frekvenci, několikrát týdně, někdy i několikrát během dne.“*

Na webovém portálu *Českého statistický úřad* (ČSÚ) můžeme dohledat data o cizincích, žijící na území Mladé Boleslavi. Statistika k roku 2016 udává počet 10 067 osob, což je nejvyšší podíl cizinců v kraji v roce 2016. Pro okres Mladá Boleslav je podíl 7,9 %, která byla třetí nejvyšší hodnotou mezi všemi okresy republiky po hlavním městě Praze (14,5 %) a okrese Cheb (8,2 %). Co se týče národů zastoupených na území se řadí na první místo obyvatelé Slovenska, dále Ukrajina, Vietnam a Rusko. „*Téměř jedna čtvrtina Slováků žijících v kraji byla soustředěna do okresu Mladá Boleslav (23,6 %). Slováci zde tvořili 45,3 % všech cizinců okresu.*“ (www.czso.cz).

Liberec

Respondenti uváděli: „*Objevili se 3x do roka, většinou úraz v rámci dovolené v ČR a hospitalizace na chirurgické jednotce intenzivní péče*“ všeobecná sestra z oddělení anesteziologicko-resuscitačního (ARO). Ošetřující z oddělení chirurgie: „*Cizinci z Polska, Ukrajiny, Německa, Rumunska, USA, Vietnamu, Slovenska, Francie, Ruska se u nás objevují v průměru 2x do měsíce*“. Respondenti dotazovaní na traumatologicko-ortopedickém centru: „*Celkem často. Tak 20krát do roka, možná víckrát, nevím přesně. Jednalo se hlavně o Poláky, Ukrajince, občas Němci*“.

Dle údajů na portálu ČSÚ je na území Libereckého kraje evidováno celkem 18 705 cizinců, z toho 9 115 žije ve městě Liberec. Nejpočetnější národnostní menšinou v tomto městě jsou obyvatelé z Ukrajiny, dále Slovenska, Vietnamu a Polska (www.czso.cz).

Dále portál ČSÚ uvádí data z cestovního ruchu, kde můžeme dohledat návštěvnost v loňském roce na našem území. Celkem přijelo do ČR 20 061 635 cizinců, kdy nejpočetnější zastoupení měla země Německa, dále Slovenska, Polska, Ruska a USA. Statistika udává i počty v jednotlivých krajích. Námi sledované nemocnice leží jedna ve Středočeském kraji, kde byla návštěvnost 1 029 353 osob a

druhá nemocnice leží v kraji Libereckém. Zde byla návštěvnost 935 972 cizinců (www.czso.cz).

Otázka č. 2: Znáte typ pobytu cizinců na našem území?

Druhá otázka zjišťovala u respondentů znalost pobytů cizinců na našem území. Zda si vůbec dotazovaní tuto skutečnost uvědomovali. Převážná většina odpověděla bez váhání. U pár osob byla chvilka odmlky a následně nejednoznačná odpověď.

Co se týče legálního a nelegálního pobytu cizinců na našem území, dle Policie.cz znamená: *„že dominantní skupinou cizinců v nelegálním postavení jsou ti, kteří na naše území obvykle legálně vstoupili, avšak překročili povolenou dobu pobytu, čímž se jejich pobyt stal nelegálním“*. Nejčastější národy byli Ukrajinci, Rusové a Vietnamci, kdy největší koncentrace byla v Praze (40%). Největší zastoupení v krajích nalezneme v Jihomoravském a Ústeckém (www.policie.cz).

Mladá Boleslav

Jen jedna respondentka uvedla, že neví, zda byl hospitalizovaný cizinec na našem území legálně. 8 z 11 dotazovaných odpovědělo, že v instituci, kde pracují byli hospitalizováni převážně cizinci – turisté, kteří na v ČR byli legálně. Jen 2 dotazovaní uvedli, že si myslí, že cizinci na našem území byli nelegálně.

Liberec

V této instituci se také našla jen jedna respondentka, které nevěděla, jaký typ pobytu na našem území cizinec má. Dále uvedla, že neměla potřebu tuto skutečnost zjišťovat. U zbytku dotazovaných se objevila shoda, že hospitalizovaní nebo ošetření byli turisté a na našem území byli legálně.

Otázka č. 3: Úhrady zdravotního pojištění – vědí zaměstnanci, že jejich organizace má speciální pracoviště na setkání a komunikaci s cizinci?

Mladá Boleslav

U této otázky se nedá jednoznačně určit výsledek. Objevilo se 5 odpovědí, kdy respondenti vůbec nevěděli, zda nějaké takové pracoviště v jejich organizaci existuje. 2 všeobecné sestry uvedli, že si myslí, že právě takové pracoviště v nemocnici existuje. Ale na další otázky, kde bychom takové pracoviště hledali, už nebyli schopné odpovědět. Tři lékaři a vrchní sestra byli v této otázce jistější. Odpověděli, že jsou vědomi, že jejich pracoviště takové oddělení nemá. Pouze řeší finanční vyrovnání přes Oddělení styku s pojišťovny.

Pracoviště, oddělení nebo odbor, týkající se cizinců, jejich integrací, komunikace s nimi apod. tato klinika nemá. Pouze existuje oddělení Styku s pojišťovny, kdy mají na starosti, zda cizinci hradí nebo uhradí svou hospitalizaci.

Liberec

Po rozhovoru s vrchní sestrou traumatologického centra mi bylo řečeno, že přímo určené pracoviště pro setkávání s cizinci nemají. Jak již v případě Mladé Boleslavi, řeší pouze s ekonomickým úsekem zdravotní pojištění cizinců, popřípadě vymáhání dluhů za poskytnutou péči. Sami respondenti v 5 případech uvedli, že jejich pracoviště takové oddělení nemá. Nadpoloviční většina, tedy 6 respondentů, uvedlo, že nevědí, zda se v jejich organizaci také pracoviště objevuje.

Otázka č. 4: Je-li cizinec nepojištěn – platí v hotovosti?

V další otázce už byli respondenti přesnější a jejich odpovědi byly jasnější a srozumitelnější.

Mladá Boleslav

Dostane-li se na konci hospitalizace k vyrovnání uvedli tři dotazovaní, že nevědí, jak přesně dojde k úhradě. Všeobecná sestra z traumatologie uvedla: „*Upřímně, co se týče vyrovnání, to už jsem neřešila. Nevím, jak to dále probíhalo.*“ Všeobecná setra z chirurgického oddělení uvedla: „*S takovým případem jsem se nesečkala.*“ Dalšíh devět respondentů odpovědělo celkem rychle, že nepojištěný cizinec platí v hotovosti. Zbylé dvě byli ve svých odpovědích otevřenější. Všeobecná sestra z traumatologie: „*U nás je mu vystavena faktura. Jak ji zaplatí nevím.*“ Všeobecná setra z chirurgického oddělení uvedla: „*Platí v hotovosti nebo na splátky s uznáním dluhu.*“

Liberec

I zde převládal názor, že nepojištěný cizinci po hospitalizaci platí úhradu v hotovosti. Celkem šest dotazovaných. Tři dotazovaní uvedli, že nepojištění cizinci po hospitalizace v hotovosti neplatili. Jak ale postupovali pacienti dál, to už dotazovaní nevěděli. Lékař z traumatologického centra uvedl, že se setkal s případem, kdy cizinec platil bankovním převodem. Všeobecná setra z příjmové části uvedla, že se s takovým případem nesečkala. Dá se to přisuzovat její krátké praxi, jelikož jako dostudovaná sestra prezenční formy vysokoškolského studia nastoupila na toto oddělení.

Otázka č. 5: Znají zdravotníci kulturní odlišnosti u jednotlivých národnostních menšin?

Konkrétní specifikace u jednotlivých národnostních menšin byla popsána v teoretické části. Mě ale zajímalo, zda personál v praxi se s takovými případy setkal a jak reagoval. Zde už nešlo odpovědět pouze jedním slovem, proto odpovědi byly obsáhlé. Záměrem bylo, dostat je do sumáře a vyjádřit hlavní myšlenku dotazovaných.

Mladá Boleslav

Jelikož jsem oslovila 11 respondentů, nejde určit přesná polovina. Teda nadpoloviční většina, šesti lidí, odpovědělo, že *„vlastní zkušenosti zatím z nemocniční oblasti nemám“*. Zbylí dotazovaní kulturní odlišnosti znali a snažili se na toto téma více konverzovat. Všeobecná sestra z CHIR-JIPu: *„Ano, některé kulturní odlišnosti znám, případně si je mezi kolegyněmi předáme.“*. Lékař z chirurgického oddělení, působící i na operačních sálech: *„Vyšší míra studu (svlékání spodního prádla až na operačním sále), rozdílnosti v jídle, náboženství, rozhoduje pouze muž.“*. Dále dotazovaní uváděli v opakujících se případech: *„Odmítnutí masa, modlení, ...“* apod.

Liberec

Tři dotazovaní uváděli, že kulturní odlišnosti neznají, nebo že se s takovým případem nesetkali. Další dotazovaní již na danou tematiku odpovídali kladně. Všeobecná sestra z chirurgického oddělení odpověděla: *„Z vlastních zkušeností vím, že např. Vietnamky se stydí a jejich manželé nechtějí, aby u nich sestra provedla hygienu. Pokud sami nemohou, přišel si manžel sám. Jiné zkušenosti nemám.“*. Podobná tematika se prolínala i u další respondentky: *„Rodiny od vietnamských pacientů chodí velmi často na návštěvy a vždy donesou nemocnému velké množství ovoce. Také mi přijde, že více dbají na intimitu např. při hygieně.“*. Další odpověď se týkala stavování: *„Ano, především co se jídla týká.“* Zbylé odpovědi si byly velmi podobné: *„Hodně obecně, ještě co nás učili ve škole.“*, *„Základní znalosti.“*, *„Znalosti jsou omezené.“*

Otázka č. 6: Jsou problémy v komunikaci? Popř. je možnost zajistit tlumočnicka u vyšetření?

Co se týče komunikace v cizím jazyce, uvádí portál i60.cz následující tvrzení: *„Jazykové znalosti Čechů patří v porovnání s ostatními evropskými státy dlouhodobě k nejhorším. Například v evropském průzkumu z roku 2012 v aktivní znalosti angličtiny Češi zcela propadli a zařadili se až na poslední místo ze všech členských zemí Evropské unie.“*

Průměr Česku nezvedla ani mladší generace, ta skončila třetí od konce," říká Olga Hyklová, majitelka a výkonná ředitelka společnosti AC JOBS, která vyhledává kvalitní pracovníky na určité pracovní pozice."(www.i60.cz).

Mladá Boleslav

Zde převládal názor, že v komunikaci s hospitalizovanými pacienty jsou problémy. Respondenti udávali, že: *„Ano, problémy jsou. Nedokáží si v cizím jazyce domluvit.“*. *„Ano, někdy je složitá komunikace. Naše nemocnice, oddělení chirurgie, zaměstnává hodně cizokrajných lékařů (Ukrajinci, Slováci, Rusové aj.)“*. Jiný názor na danou věc měla všeobecná sestra z CHIR-JIPu: *„Ano jsou a tlumočnick není.“*. Nebo: *„Většinou přichází s někým, kdo je schopen překládat.“* Dalším zajímavým názorem bylo: *„Pokud mluví anglicky, tak se většinou dorozumí. Ano je možno domluvit tlumočnicka.“*. Mezi další názor lze zmínit i: *„Tlumočnicka je možné zajistit, ne vždy, ale v tu dobu, kdy to potřebujeme. Většinou se domlouváme pomocí předem tištěných frází nebo piktogramů, popř. ruka/noha a domluvíme se vždycky.“*. Toto uvedla respondentka, pracující na oddělení chirurgického oddělení – jednotky intenzivní péče.

Liberec

I zde se respondenti shodli na názoru, že problémy v komunikaci s pacienty z cizích zemí jsou. Uváděli tyto názory: *„Problémy v komunikaci jsou nejen z hlediska sesterského personálu, ale i lékařského personálu. Tlumočnick by měl jít zajistit.“*, dále *„Ano problémy s komunikací jsou. Lékaři se snaží zjistit, zda někdo z rodiny pacienta umí česky, popřípadě se s takovýmto členem rodiny spojí. Oficiálního tlumočnicka jsem na našem oddělení nikdy nepotkala.“*. Jiný názor měli jak všeobecná sestra: *„Vždycky se nějak domluvíme s pacienty, pokud ne tak postačí lékař, naši lékaři mluví velmi dobře anglicky a německy. Myslím že tlumočnicka zajistit lze.“*, tak i lékař: *„Ano tato možnost tu je, popřípadě se vyšetření může zúčastnit i rodinný příslušník schopný tlumočit.“*

Otázka č. 7: Komunikační pomůcky – Uvítali by je? Používají je? Existují letáky?

U této otázky mě převážně zajímalo, zda organizace má k dispozici vytvořené komunikační pomůcky. Ať se jedná o vlastní tvorbu, nebo staženou ze stránek Ministerstva zdravotnictví. Zde odbor zdravotnických služeb vytvořil karty, které mají dvojjazyčně definovaný problém. Na stránkách je devět jazykových mutací, které jsou rozděleny do pěti oblastí.

Na kartách nalezneme jazyk:

- anglický,
- arabský,
- bulharský,
- německý,
- rumunský,
- ruský,
- španělský,
- ukrajinský
- vietnamský.

„Každá karta obsahuje soubor otázek v českém jazyce, jejich překlad do cizího jazyka a také fonetický přepis výslovnosti v tomto jazyce.“ (www.mzcr.cz).

Oblastmi jsou:

- dětské lékařství,
- gynekologie a porodnictví,
- ošetřovatelství,
- vnitřní lékařství
- seznam obtíží + strava.

Mladá Boleslav

U této otázky měli oslovení lékaři shodný názor. Jsou natolik obratní v ovládnutí cizího jazyka (ať se jedná o anglický nebo např. ruský jazyk, záleží také na národnosti lékaře), že si dokáží poradit a i dorozumět. Co se týče všeobecných sester, tady už názory byly rozdílné. Zdravotnické asistentka z oddělení traumatologie

uvedla, že žádné takové pomůcky na oddělní nemají. Dorozumívá se rukama, nohama a co si nakreslí. Tento názor měli ještě další tři všeobecné sestry. Jedna odpověď se nedá nikam přesně přiřadit. Respondentka uvedla, že sice informované souhlasy v cizím jazyce mají, ale to je vše. Zbylé odpovědi byly již kladné. Uváděly, že mají přehled o materiálech vyskytujících se na oddělení. Všeobecné sestry z chirurgických oddělení odpovídaly: *„Jednoduché pomůcky máme, nicméně vždy je lepší sehnat někoho, kdo se zvládne dorozumět.“*, *„Předtištěné fráze, piktogramy, máme běžně na oddělení.“*. Další odpověď je od administrativní pracovnice: *„Máme letáky a seznamy obtíží v cizích jazycích.“* a respondentka z centrálního příjmu řekla, že *„Komunikační pomůcky máme – pár letáků“*.

Liberec

Na oddělení traumatologicko-ortopedickém sama vrchní sestra uvedla, že přesně takové karty, jaké dalo k dispozici Ministerstvo zdravotnictví, mají na oddělení. Tudíž od respondentů, oslovených na tomto oddělení, byla odpověď jasná. Ostatních 6 oslovených jak z oddělní chirurgických a příjmové oblasti, odpověděli, že takové pomůcky nemají, ale rádi by je uvítali. *„Nemáme je na oddělení. Určitě bychom letáky uvítali.“*

Otázka č. 8: Mají zdravotníci povědomí o existenci neziskových organizacích pomáhající cizincům?

U této otázky jsme příliš nediskutovali. Jen mě zajímal názor, zda zdravotníci vědí o existenci takové organizace. Jak uvádí odborná literatura, v České republice existuje několik organizací na podporu cizinců. Například:

- Centrum pro integraci cizinců (CIC),
- Integrační centrum Praha
- Občanské sdružení Klub Hanoi: Informační kancelář, právní a účetní poradenství pro cizince z jihovýchodní Asie

- IOM- Mezinárodní organizace pro migraci, mezivládní organizace. (Zeleníková D., 2014, s. 35)

Co se týče Centra pro integraci cizinců v Praze, na svých webových stránkách nabízí i kontaktní místa sociálního poradenství.

Mladá Boleslav

Převážná většina dotazovaných na tuto otázku odpověděla kladně. Mají povědomí o existenci organizací pomáhající cizincům. Celkový počet pozitivně odpovídajících byl 8 respondentů. Oslovený lékař uvedl: *„přece na všechno existují pomáhající organizace, ať se jedná o postižené úrazem, nebo vrozené vady, nebo Vámi zmínění cizinci. Všichni mají svoji organizaci.“*. Pouze tři respondentky nevěděli o existenci takové organizace.

Liberec

Nedá se určit, zda převažoval názor pozitivní nebo negativní. Zde to bylo vyrovnané. Jelikož máme lichý počet oslovených, budu s čísly konkrétní. Tedy 6 respondentů uvedlo, že neví o existenci a 5 respondentů má povědomí.

Otázka č. 9: Myslíte si, že jsou cizinci informováni o tom, co kryje zdravotní pojištění?

Jaké máme druhy zdravotního pojištění pro cizince bylo popsáno již v teoretické části práce. Cizinci, kteří nespádají do systému veřejného zdravotního pojištění, mohou uzavřít smluvní zdravotní pojištění. Dle rozsahu hrazené zdravotní péče přitom rozlišujeme zdravotní pojištění na neodkladnou péči a pojištění na komplexní zdravotní péči. U obou typů pojištění hradí pojišťovna zdravotní péči v rozsahu stanoveném ve smlouvě.

Zpravidla platí tyto podmínky:

Zdravotní pojištění na neodkladnou péči:

- z pojištění se hradí pouze nutná a neodkladná péče (tzn. nezbytné ošetření a hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení, pokrytí nutné operace a následné péče i neodkladné ošetření zubů, proplacení lékařem předepsaných ambulantních léků),
- je možné smlouvu uzavřít až na 3 roky (zde záleží na délce pobytu, zda cizinci mají představu o čase stráveném na území ČR).
- sjednává se na jednotlivé dny,
- cena se pohybuje okolo 5 tisíc Kč za rok.

Ministerstvo zdravotnictví vydalo v srpnu 2009 novou vyhlášku (MZČR/2009, Věstník číslo 6), která se týká plateb za zdravotní ošetření cizinců. Dle této vyhlášky nesmí být ceny za nutnou a neodkladnou zdravotní péči poskytnutou cizincům účtovány v tržních cenách, ale ve stejné výši, jakou proplácují veřejné zdravotní pojišťovny (www.mighealth.net).

Pojištění na komplexní zdravotní péči:

- z pojištění se hradí zdravotní péče v rozsahu, který je srovnatelný s veřejným zdravotním pojištěním (kromě neodkladné péče sem spadají i preventivní prohlídky, očkování, platby léků, akutní stomatologie atd.)
- lze uzavřít na období od 6 měsíců až do 3 let,
- pojištění se vztahuje na Českou republiku, státy tzv. schengenského prostoru a tranzitní země,
- cena se pohybuje okolo 29 100 Kč za rok za osobu středního věku.

U smluvních zdravotních pojištění si musí cizinec hradit pojistné sám. Výše pojistného je uvedena v pojistné smlouvě (www.asimos.cz).

Mladá Boleslav

Informace o tom, co vše zahrnuje jejich pojištění, jsou přesvědčeni 3 respondenti, že znají a vědí, co vše obsahuje. Všeobecná sestra z oddělení traumatologie uvedla: *„Ano, na našem oddělení se cizincům snažíme vysvětlit, co jejich pojištění hradí a co ne. Když to samozřejmě víme.“*. Všeobecná sestra z oddělení chirurgie odpověděla: *„Myslím si, že každý by si tuto informaci měl obstarat ještě před vycestováním. Příjmový lékař určitě nějakou informaci cizincům standardně podává a ptá se, zda je pojištěn.“*. Administrativní pracovnice na Centrálním příjmu odpověděla: *„Někteří více, někteří méně. Odvíjí se to od délky pobytu u nás.“*. Čtyři respondenti nemají o této problematice znalosti, tudíž nedokázali odpovědět nebo nevěděli, zda pacienti jsou o této problematice informováni. Jeden respondent uvedl, že: *„Domnívám se, že takové informace nemají. S jistotou na tuto otázku nedokážu odpovědět.“*. Zbylí čtyři respondenti uvedli, že cizinci jsou velmi špatně informováni o tom, co kryje jejich zdravotní pojištění.

Liberec

Zde oslovení respondenti zastávali ve velké míře názor (7 osob), že nevědí a nemají vůbec ponětí, zda má cizinec takové informace. Na moji další otázku, zda se o tuto problematiku zajímali, mi bylo odpovězeno, že na podobné téma nebavili. Jedna respondentka uvedla, že pouze obyvatelé Slovenska věděli, co kryje jejich zdravotní pojištění, jinak cizinci neznali obsah svého pojištění. Zbytek (tři) respondentů odpovědělo, že se s takovou problematikou setkali a cizinec znal a věděl co je náplní jeho pojistného plnění.

Otázka č. 10: Měli by se zdravotníci přizpůsobovat cizincům?

V rámci Centra pro výzkum veřejného mínění proběhlo v březnu 2017 šetření na téma: *Postoje české veřejnosti k cizincům*. Více jak polovina dotazovaných uvedlo, že nově příchozí občané jiných národností představí pro ČR problém, z pohledu

celku. Ovšem otázka zaměřující se na oblast jejich bydliště již byla odlišná. Zde uváděli dotazovaní, že tito lidé nepředstavují problém. Co se týče problematiky cizinců, žijící na našem území dlouhodobě, došlo zde k nárůstu odpovědí. V březnu si necelá polovina (49 %, z původních 33 % z března 2015) respondentů myslí, že tento druh cizinců ohrožuje náš způsob života (www.cvvm.soc.cas.cz).

Mladá Boleslav

Zde nebyl názor jednotný. Co člověk, to jiný náhled na danou problematiku. Všeobecná sestra z oddělení traumatologie uvedla: *„Pouze minimálně. V základních zvyklostech. Každý cizinec by měl při vstupu do jiné země respektovat její pravidla.“*. Velmi zajímavý názor měla všeobecná sestra z CHIR-JIPu: *„Ne, měla by pracovat společně, oba mají stejný cíl – uzdravení a soběstačnost pacienta. Zdravotníci i cizinci mají práva i povinnosti a obě strany by se tím měli řídit. Realita je bohužel jiná, cizinci (a nejen oni) si myslí, že mají pouze práva a svoje povinnosti vůbec neberou v potaz, ať už je to nedodržování léčebného režimu nebo neplacení účtů u nepojištěných jedinců.“*. Pět respondentů měli velmi podobný pohled na problematiku. Uvedli, že přizpůsobovat ano, ale do jisté míry. Administrativní pracovnice z oblasti centrálního příjmu řekla, že: *„Je to velice individuální. Případ od případu. Mnoho cizinců není ochotno se přizpůsobit zdravotníkům, nerespektují jejich pokyny a postupy.“*. Zbýlí tři respondenti na tuto otázku odpověděli záporně. Zdravotníci by se neměli přizpůsobovat cizincům.

Liberec

I zde byly názory různorodé. Dotazovaní odpovídali, že je to jak v rukou pacienta, tak ošetřujícího personálu a měl by se každý podílet svou měrou na odvedené práci. Celkem takový názor mělo osm respondentů. Pár ukázek z odpovědí respondentů. Všeobecná sestra z oddělení traumatologie: *„Pouze do jisté míry, i oni musí respektovat, že jsou v jiné zemi, která má svoje zvyky a odlišnosti... Pokud sem cestují, měli by to sami respektovat.“*. Z oddělení příjmu: *„V určitých případech ano, ale v jiných případech by se měl zase cizinec přizpůsobit zdravotníkům.“*. Z oddělení ortopedického sloužící lékař

uvedl: *„Jak v čem. Měli bychom je respektovat, ale i oni nás.“*. Odlišný názor měla všeobecná sestra z oddělení chirurgie: *„Bylo by dobré, kdyby sestry uměli alespoň trochu cizí jazyky, ale zároveň se najdou cizinci, co tu žijí 5 a více let také nemají snahu učit se česky.“*. Zbýlí dva respondenti udávali, že by se zdravotníci cizincům přizpůsobovat neměli.

8.3 Charakteristika SWOT analýzy

Cílem analýzy je identifikovat silné a slabé stránky, jejich příležitosti a hrozby. Ať už se jedná o podnik, nebo např. při postupech nebo jednání. Je použitelná téměř pro všechna odvětví, od firem po krizové řízení. V našem případě bude použita k zhodnocení postupů, přístupů k cizincům a k nemocnici jako takové. Určuje, do jaké míry má současná strategie specifická silná a slabá místa, a jak je schopna se vyrovnat se změnami, které nastávají v prostředí. Dá se pojmenovat jako analýza slabých a silných stránek, příležitostí a hrozeb. Skládá se z původně ze dvou analýz, a to analýzy SW a OT. Literatura dále pojednává o smyslu analýzy ve formě tabulky (Jakubíková D. 2013, s. 129).

Silné stránky (strengths)	Slabé stránky (weaknesses)
Zaznamenávají se skutečnosti, přinášející výhody	Zaznamenávají se ty skutečnosti, které se nedělají dobře, správně, nebo ve kterých si jiní vedou lépe
Příležitosti (opportunities)	Hrozby (threats)
Zaznamenávají se skutečnosti, které mohou zvýšit uspokojení nebo přinést výhody do systému	Zaznamenávají se skutečnosti, trendy a události, které mohou snížit kvalitu systému nebo zapříčinit nespokojenost

Tabulka 2 – Charakteristika SWOT analýzy (zdroj: Jakubíková D. 2013, s. 129)

V praktické části bylo využito právě této analýzy z důvodu snadné aplikace a rychlého zhodnocení výsledků. Tedy jejich silných, slabých stránek, příležitostí a hrozeb v přístupu k pacientům – cizincům. SWOT analýza byla aplikována na Oblastní nemocnici Mladá Boleslav a Krajskou nemocnici Liberec, a.s. z důvodu vykonávané praxe při předchozím studiu, a tudíž znalostí pracoviště. Dalším

důvodem bylo zhodnocení postupů a stanovení případného doporučení ke zvýšení efektivity práce ve výše uvedených zdravotnických zařízeních.

8.3.1 SWOT analýza Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.

Silné stránky (strengths)	Slabé stránky (weaknesses)
<ul style="list-style-type: none"> • Nově vybudovaný centrální příjem – přehlednost o přijímaných zraněných • Neustálá modernizace pracovišť a oddělení • moderní zdravotnické a technické vybavení Centrálního příjmu • nově vznikající bezbariérové přístupy • zaměstnanci znají pobytové statuty u cizinců 	<ul style="list-style-type: none"> • Práce s cizinci – není zřízeno oddělení na integraci s cizinci • Práce s cizinci – pouze řešení úhrad zdravotního pojištění • Převaha neznalosti kulturních odlišností • Jazyková bariéra • Komunikační pomůcky – nejsou • Vrchní sestra je zaneprázdněna a zatížena povinnostmi • Nedostatek parkovacích míst v okolí (centrum města)
Příležitosti (opportunities)	Hrozby (threats)
<ul style="list-style-type: none"> • Vyčlenění 2 zaměstnanců na setkávání a práci s cizinci • Vzdělávání v oblasti náboženských a etnických kultur • Tvorba komunikačních pomůcek 	<ul style="list-style-type: none"> • Nově vybudovaný Centrální příjem – doposud nezažitá MU, nebo taktické cvičení • Mimořádná událost – vysoká obloženost oddělení • MU – nedostatek personálu

<ul style="list-style-type: none"> • Administrativní pracovnice – snížení zatíženosti vrchní sestry • Vybudování parkovacího domu 	<ul style="list-style-type: none"> • Odliv pracovních sil • nedostatek kvalifikovaných pracovníků na trhu práce
---	---

*Tabulka 3 - SWOT analýza Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.
(Zdroj: vlastní zpracování)*

Nemocnice v Mladé Boleslavi se může pochlubit nově zrekonstruovaným Centrálním příjmem. Došlo k centralizaci jak příjmu interního, tak i chirurgicko – ortopedického. Proběhlá rekonstrukce se netýká jen Centrálního příjmu. V nemocnici probíhají i další práce. Nově se vybuďovali odběrové místnosti, vchod do nemocnice z hlavní třídy, vznikly nové ortopedické ambulance. Již druhým rokem funguje nový pavilon Onkologie a již šestým rokem funguje pavilon interních oborů. Což sebou nese i modernizaci nemocnice a technické vybavení. Jak již bylo zmíněna rekonstrukce Centrálního příjmu a hlavního vchodu, architekti řešili stavebně i bezbariérové přístupy do nemocnice. Co se týče výzkumu, dotazování odpovídali a celkem všichni se zajímali a zjišťovali pobytové statuty cizinců u nás.

Z rozhovorů nám dále vyplynul fakt, že daná nemocnice nemá pracoviště na setkávání a práci s cizinci. Co se týče práce s cizinci, dotazování shodně uváděli, že řeší pouze úhrady za zdravotní péči poskytovanou cizincům. To sebou nese i neznalost kulturních a etnických zvyklostí dané země a následně se jeví za problém i jazyková bariéra z řad zaměstnanců. Při dotazování vyšlo najevo, že komunikační pomůcky spíše chybí a zaměstnanci, převážně z nelékařského sektoru by je uvítali. To má pak za následek např. špatné určení potřeb, přání nebo i diagnóz z řad ošetřujícího personálu. Dále bylo velmi obtížné sehnat a sjednat si schůzku s vrchní sestrou Centrálního příjmu. Přes své vytížení jsem se musela několikrát připomínat ohledně schůzky, ovšem po konečném shledání byla velmi příjemná, ochotná a komunikativní. Když už jsem se za vrchní sestrou vydala, musela jsem obtížně a dlouho hledat místo na zaparkování. Nemocnice je situována uprostřed města,

okolo panelové domy, zastavěné plochy apod. Sama nemocnice nabízí parkování na nezpevněném place, pokrytém z části panelovými bloky. Toto parkoviště je od brzkých ranních hodin obsazené. Parkují zde jak zaměstnanci, tak i první pacienti mířící do nemocnice. Uvažuje se o stavbě parkovacího domu, jenže doposud nejsou stavební práce započaté.

Nemocnice nemá zřízeno pracoviště na práci s cizinci. Ve městě, kde je vysoký výskyt cizinců, by takové pracoviště určitě mělo své uplatnění. Negativně také zdravotníci hodnotili své znalosti v oblasti zvyklostí jednotlivých kultur. Zde by se daly zavést např. semináře, besedy, výuky v oblasti etnickým a náboženských kultur. Výrazně by ošetřujícímu personálu pomohly komunikační pomůcky a vrchní sestře by určitě ve výkonu své funkce pomohla administrativní pracovnice. Pacientům a rodinným příslušníkům by určitě přišlo vhod lepší a dostupnější místa k parkování.

Jak již byl zmíněna rekonstrukce, nese s sebou velké riziko kolapsu. V měsíci dubnu roku 2018 proběhlo slavnostní spuštění a nebyl ještě čas a příležitost k námětovému cvičení. Může to představovat hrozbu z důvodu neorganizovanosti. Další hrozbou se jeví i vysoká obložnost oddělní. Je to zapříčiněno i nedostatkem ošetřující personálu a nedávné uzavření jednoho patra interních oborů a nově zřízeného oddělení kožních nemocí. Stav obložnosti nemocnice viz. příloha č. 5 a 6. Jak již byla zmíněna absence ošetřující personálu, může být na vině i přítomnost automobilového podniku, který v kraji nabízí jiné platové ohodnocení. Navíc pracovní příležitosti jsou stále k dispozici. Což sebou nese další hrozbu, a to nedostatek kvalifikovaných pracovníků na trhu práce, protože klesá zájem o zdravotnické obory. To také dokazuje i článek na portálu Zdravotnický deník, který zveřejnil tvrzení: *„„Dle jednotlivých typů škol a studentů, kteří byli osloveni, nám vychází, že ani ne polovina všech studentů má zájem po dostudování nastoupit do nemocnic. Konkrétně chce do nemocnic nastoupit 42,5 procenta vysokoškoláků, 35,5 procenta studentů vyšších odborných škol zdravotnických a 33,5 procenta studentů asistentského povolání, tedy*

studentů středních zdravotnických škol. Zbylá procenta studentů buď chtějí pracovat v ambulantním sektoru, farmacii, nebo do českého zdravotnictví nemají v plánu vstoupit vůbec. Důvody k nenastoupení do pracovního procesu v českém zdravotnictví jsou plánované vycestování nebo špatná volba povolání. Z této analýzy vyplývá, že připravovaná změna v pregraduálním vzdělávání všeobecných sester zřejmě nepřinese zvýšený počet absolventů do nemocnic, které se nejvíce potýkají s nedostatkem právě tohoto povolání, když už studenti nemají zájem do nemocnice nastoupit," říká k tomu Tomáš Válek, předseda Profesní a odborové unie zdravotnických pracovníků." (www.zdravotnickydenik.cz).

8.3.2 SWOT analýza Krajské nemocnice Liberec, a.s.

Silné stránky (strengths)	Slabé stránky (weaknesses)
<ul style="list-style-type: none"> • Postupy při MU – na vysoké úrovni organizovanosti (velmi podrobně vypracován Taumatolog. Plán) • Přístup k cizincům – nepodléhají jejich kultuře • Dobré řešení příjezdových a odjezdových tras • Členění druhu zranění a rozmístění do příslušného pavilonu • Vznik akreditovaných center (traumacentrum, neurocentrum, apod.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Práce s cizinci – není zřízeno oddělení na integraci s cizinci • Práce s cizinci – pouze řešení úhrad zdravotního pojištění • Jazyková bariéra • Komunikační pomůcky – nejsou všude • Nedostatek parkovacích míst v okolí (centrum města) • Stav, kapacita a uspořádání stávajících budov areálu nemocnice • Chybějící centrální urgentní příjem • roztržitost provozů v rámci areálu (KNL poskytuje péči v 35 objektech v areálu).
Příležitosti (opportunities)	Hrozby (threats)
<ul style="list-style-type: none"> • Vyčlenění 2 zaměstnanců na setkávání a práci s cizinci • Vzdělávání v oblasti náboženských a etnických kultur 	<ul style="list-style-type: none"> • Poměrně velká spádová oblast (spojení s nemocnicí v Turnově dne 1.1.2014) • MU – vysoká obloženost • Odliv pracovních sil

<ul style="list-style-type: none"> • Tvorba komunikačních pomůcek • Modernizace a plánovaná rekonstrukce budov • Vybudování centrálního příjmu 	<ul style="list-style-type: none"> • nedostatek kvalifikovaných pracovníků na trhu práce
---	---

Tabulka 4 - SWOT analýza Krajské nemocnice Liberec, a.s. (zdroj: vlastní zpracování)

Silnými stránkami pro Krajskou nemocnici v Liberci jsou postupy při MU, které na vysoké úrovni organizovanosti (velmi podrobně vypracován Taumatolog. Plán), do které mi vrchní sestra dovolila nahlédnout a pod její kontrolou jsme diskutovaly nad danými postupy. Při rozhovoru bylo zjištěno, že proběhlo neohlášené námětové cvičení a nemocnice se k tomu postavila jako k opravdovému zásahu. Spustila TRAUMA plán, zastavila operativu, vyklidila ambulance a čekala na příjem prvních zraněných. Poté jim bylo ohlášeno, že se jedná pouze o cvičení a nemocnice se vrátila do normálního režimu. Sami aktéři zhodnotili velmi kladně proběhlou akci. Při diskuzi s vrchní sestrou dále vyplynulo, že mají dobré řešení příjezdových a odjezdových tras. Při vjezdu hlavní bránou do areálu nemocnice začíná fungovat takový pomyslný kruh, kdy vozy jedou kolem Pavilon chirurgických oborů, za zatáčkou míjí Pavilon interních oborů a dojedou až k Pavilonu péče o matku a dítě. Tam vozy vyjedou ven z areálu, na hlavní ulici. Schéma viz příloha č. 5. Jak zásahová vozidla absolvují trasu, zastavuje automobil u pavilonu, s příslušným druhem zranění. Dále vyplynulo z rozhovorů, že pokud se setkají s cizincem, nepodléhají jejich kultuře. Mezi silnou stránku se řadí i vznik akreditovaných center (traumacentrum, neurocentrum, apod.).

Slabými stránkami, co se týče prostor a řešení jednotlivých budov, je jejich roztržštěnost v rámci areálu (KNL poskytuje péči v 35 objektech v areálu). S tím souvisí i stav, kapacita a uspořádání stávajících budov areálu nemocnice a dále pak

nedostatek parkovacích míst v okolí (jedná se o centrum města). Co ovšem sama nemocnice shledává za největší slabou stránku je chybějící centrální urgentní příjem. Z rozhovorů dále vyplynul fakt, že i zde chybí pracoviště na setkávání a integraci s cizinci, a i zde se zabývají pouze otázkou plateb za poskytnutou zdravotní péči. Také převažoval názor na velkým problém v komunikaci a respondenti se shodovali, že by komunikační pomůcky uvítaly.

Co by pomohlo agendu cizinců zvládat by bylo zřízení pracoviště na setkávání a práci s cizinci. Výrazně by pomohlo i vzdělávání v oblasti náboženských a etnických kultur. Zaměstnanci by mohli v rámci seminářů, besed, kratších sezení poznávat různé zvyklosti a dále s nimi při kontaktu s cizinci pracovat. Respondenti by jednoznačně uvítali vyrobené, a hlavně dostupné komunikační pomůcky. I sama nemocnice si nechávala vypracovat SWOT analýzu, kdy na svých internetových stránkách dokládá výsledky. Co vidí jako vizi do budoucna je modernizace a plánovaná rekonstrukce budov s vybudovaným centrálním příjmem.

Co se jeví jako hrozba, je poměrně velká spádová oblast. Dne 1.1.2014 došlo ke spojení s nemocnicí v Turnově, která je od krajského města Liberec vzdálená necelých 30 kilometrů. Z dokumentu předloženého na zasedání města Liberce v květnu 2014 jasně vyplynulo, v jakém stavu se nynější nemocnice nachází. Rozebrány byly jak jednotlivé provozy, tak i areál jako celek. V dokumentu můžeme dohledat, že oddělení chirurgických oborů je zaplněno standardně z 85 % a oddělení traumatologie je chronicky přeplněná, není plněna povinnost mít 10% lůžek volných pro akutní příjmy (www.docs.liberec.cz). Ani zde není výjimkou, že výraznou hrozbou pro nemocnici je odliv pracovních sil a nedostatek kvalifikovaných pracovníků na trhu práce. Sama nemocnice nabízí nepřeborné množství volných pracovních míst od lékařů, po nelékařský zdravotnický personál až po technickohospodářský sektor.

9 DISKUZE

V této části jsou zhodnoceny výsledky výzkumného šetření. Pro srovnání připravenosti lůžkových zdravotnických zařízení byly vybrány dvě nemocnice. Jedná se jak o krajskou úroveň poskytování zdravotní péče, tak oblastní úroveň. Zde probíhalo výzkumné šetření metodou rozhovorů s pracovníky tamních klinik a následná analýza zjištěných informací. SWOT analýza se věnuje jednak problematice pacientů – cizinců, tak i aktuální situaci, která se nyní vyskytuje na pracovištích jednotlivých nemocnic. K analýze silných, slabých stránek, jejich příležitostí a hrozeb pomohly osobní rozhovory a poskytnuté materiály. K traumatologickému plánu u obou nemocnic jsem nedostala oprávnění ke zveřejnění, proto jsem použila osobní dotazování.

Z osobních rozhovorů vyplynulo, že se pacienti – cizinci objevují na lůžkových pracovištích. Jsou oddělení, kde se s cizinci setkávají častěji a oddělení, kde nejsou tolik frekventováni. Co se týče mladoboleslavské nemocnice, různorodost ošetřovaných osob jiné národnosti byla pestrá. Je to dáno také zaměstnaností k tomto městu. Významným artiklem na poli zaměstnavatelů hraje velkou měrou automobilový průmysl a automobilový závod. Stále rostoucí a expandující firma láká do kraje, a zejména do města, mnoho pracovními pozicemi, což sebou nese i velké zastoupení právě zmíněných národnostních menšin. Pokud bereme v potaz, že sice nejvýznamnějším zaměstnavatelem je právě Škoda – Auto, je zde i mnoho externích firem, které právě pro tento podnik pracují. Mezi své zaměstnance berou i cizince, proto se ve městě objevuje mnoho lidí s odlišným komunikačním jazykem. V samotné nemocnici jsou také zaměstnání cizinci. Jak na pozicích uklízeček ženy původem z Ukrajiny, tak se v malé míře objevují na oddělní i jako ošetřující personál. Jak uvádí portál ČSÚ, v okrese Mladá Boleslav má velké zastoupení národy ze Slovenska, Ukrajiny, Polska a Vietnamu.

Dalším národem zastoupeným ve výčtu je Vietnamská menšina. Důkazem toho jsou i místní obchody orientované „na východ“. Převážná část odpovědných vedoucích samoobsluh a večerek jsou právě cizinci z Vietnamu. Jejich klady je flexibilita, s jakou přistupují k drobnému prodeji. Stále velkým problémem je komunikační bariéra. Na to, jak některé skupiny žijí na našem území dlouho, nejsou schopny se dorozumět a porozumět našemu jazyku.

Co se týče Liberecké nemocnice, na pozicích uklízečů pro jednotlivá oddělení takový problém nemají. Dle slov vrchní sestry z trauma centra, jednotlivé provozy si na tuto pozici hledají vhodné osoby. Jedná se ale o českou národnost. Existuje ale v nemocnici externí firma, zajišťující čistotu jak na chodbách a prostorech společných. Zde se nacházejí i cizinci.

Srovnávaná výzkumná sonda na portálu Migrace Online (dále jen výzkumná sonda) se zaměřila na více druhů zdravotnických zařízení. Od fakultní nemocnice, po nemocnice, ambulance se specializací, ambulance primární péče a odborný léčebný ústav. V našem výzkumu (dále jen výzkum) byly srovnávané pouze dvě nemocnice, a to oblastní a krajská. Nepatrným rozdílem bylo, že v našem výzkumu převažoval mezi oslovenými respondenty střední zdravotnických personál. Výzkumná sonda oslovila převážnou většinu lékařů.

Se srovnáním výzkumné sondy respondenti udávali, že nejčastěji ošetřovaní byli lidé z Ukrajiny, Ruska, zemí EU, dále Američani, Kanaďany, a z Asiatů Číňani a Vietnamci. Ve srovnání s naším výzkumem se neliší zjištěné údaje. Mají podobný charakter. V obou případech žádná národnost menšina nepřevažovala.

Dalším bodem dotazování byla otázka na typ pobytu cizinců u nás. V našem šetření převažovala shoda, že hospitalizovaní byli na našem území jako turisté. Tuto skutečnost uvedli jak respondenti z Mladé Boleslavi, tak Liberce. I ve výzkumné sondě převažovali odpovědi s turisty.

Při dotazování na znalost svých pracovišť a zda při řešení úhrad zdravotního pojištění by věděli, jaké mají kontaktovat pracoviště a zda vůbec takové pracoviště v instituci existuje, mladoboleslavští respondenti nebyli přesvědčiví v odpovědích. Záleželo na tom, koho jsem oslovila a jakou měl pracovní pozici. Lékaři a vrchní sestra mi dokázali odpovědět, u středního zdravotnického personálu už na tuto otázku odpovídali méně. Nevěděli, nebyli si jistí. Ani v liberecké nemocnici se mi nedostalo přesvědčivé odpovědi. Zde byla situace velmi podobná a obdobná jako u mladoboleslavské. Nadpoloviční většina z Liberce vůbec nevěděla, zda takové oddělení v jejich nemocnici existuje. Ve výzkumné sondě nastal rozdíl v dotazování zaměstnanců velkých nemocnic a u ambulantních provozů. Respondenti ve velkých nemocnicích tuto problematiku neřeší. V nemocnici mají specializované oddělení, které se touto problematikou zabývá. Zdravotníci z ambulantních provozů se shodli, že zaregistrují jen cizince, který má veřejné zdravotní pojištění. U neregistrovaných pacientů poskytují jen akutní péči. Tu pak pacient hradí v hotovosti. Pokud jsou pojištěni komerčně nebo v rámci zemí EU, vyřizují si další náležitosti sami.

Problematika úhrad zdravotního pojištění byla pro respondenty bližší. Oslovení lidé v Mladoboleslavské nemocnici byli v tomto směru daleko přesnější a odpovědi byli jasnější, přehlednější. Ve valné většině se shodli, je-li cizinec nepojištěný, požadují po něm finanční kompenzaci za poskytnuté ošetření. Jen tři oslovení na tuto otázku nedokázali odpovědět. Co se týče liberecké organizace, nebyla zde převaha jasných odpovědí. Pouze šest, z oslovených jedenácti lidí, znali okolnosti úhrady zdravotního pojištění. Ve výzkumné sondě dále tuto skutečnost rozdělovali na cizince z EU a na cizince s komerčním pojištěním. U cizinců ze zemí EU není situace příliš jasná. Jak respondenti uváděli, řadí se k problémovým. Některé zdravotní pojišťovny otálejí s platbami za své pojištěnce, někdy ani nereagují na opakované výzvy. Dále sonda uvádí, že je převážná chyba u samotných osob. Existují cizinci z EU, kteří aktuálně nejsou pojištěni. Nastávají případy, že cizinci se ve své rodné zemi odhlásí ze zdravotní pojišťovny, odjedou za dlouhodobou prací

a u nás, v ČR, se již nepřihlásí na zdravotní pojišťovnu, tudíž jsou nepojištění. U osob s komerčním pojištěním si zdravotníci stěžují na nejasné pojistné podmínky a dalším problémem je rozsah hrazené péče právě u těchto pojištěných cizinců.

Cizinci jsou sami o sobě specifickou skupinou pacientů. Záleží u nich na kulturních zvycích, odlišnostech a také toleranci hostitelské země. Mladoboleslavští respondenti na otázku, zda znají kulturní odlišnosti u pacientů – cizinců, odpovídali kladně. Za svou dobu praxe se setkali s cizinci a kulturní odlišnosti si již osvojili, nebo si informace na pracoviště předali. V této otázce působili velmi profesionálním dojmem v přístupu k lidem odlišné národnosti. U libereckých respondentů byla skupina neznalých kulturních odlišností větší. Nalezli se tři osoby, které kulturní odlišnosti neznaly. Osm respondentů pak odpovídalo se zájmem a nad danou otázkou jsme diskutovali. Měli přehled o jednotlivých národnostních odlišnostech. Ve výzkumné sondě většina zdravotníků uváděla, že se setkala s nějakým typem kulturních odlišností ale ani tato skutečnost jim nebránila ve výkonu zdravotnické profese. Jak udává K. Ivanová (2005, s. 45) „Neexistuje žádný jednoduchý návod, jak pomoci pacientům přicházejícím z jiného kulturního, náboženského a sociálně-ekonomického prostředí. Kulturní rozhled však rozhodně pomáhá snižovat etnický stres a množství konfliktů.“

Plynule jsme od kulturních odlišností přešli na jazykovou, komunikační bariéru. Ta podle mého mínění skýtá největší problém při kontaktu s cizinci. V našem porovnání nemocnic nenastala výrazná odlišnost. Respondenti jak v Mladé Boleslavi, tak v Liberci ve většině případů uváděli, že problémy v komunikaci jsou. Objevují se a zdravotníci, kteří si s nimi nevědí rady. Mnohem lépe na tom jsou dotazovaní lékaři, kteří nějaký cizí jazyk ovládají, nebo alespoň jsou na takové úrovni, že se s pacienty dokáží domluvit. Jelikož v našem výzkumném vzorku byla ve velké míře zastoupena složka středního zdravotnického personálu, všeobecné sestry, byl výsledkem obrovský problém v dorozumívání. Jak výzkumná sonda, tak i náš výzkum nakonec došel s oslovenými k názoru, že se nějak domluví. Ať už

rukama, nohama nebo okamžitým výtvarným ztvárněním. Takové dorozumívání ovšem zabírá mnoho času. Navíc na zdravotníka a na jeho psychickou odolnost, ale i na pacienta, může působit daleko náročněji.

Při kontaktu s cizinci tak nastává problém ohledně dorozumívání. Pomoci od toho problému by mohl tlumočník, nebo doprovod ovládající jak jazyk cizince, tak i český jazyk. Z odpovědí v mladoboleslavské nemocnici vyplývá, že tlumočník zajistit jde, ale ne vždy. Nejčastěji se respondenti setkávali s „tlumočníky“ z řad doprovodu, nebo na oddělení a v provozu měli lékaře, schopné dorozumět se s cizinci. V Liberci dotazovaní uváděli u většiny dotazovaných dostupnost tlumočníka. Převládalo zjištění, že zraněného cizince obvykle doprovází osoba, která se dokáže domluvit, což ale v případě náhlé MU nebo KS nebude pravděpodobné. Výzkumná sonda se více zajímala o problematičnost v dorozumívání. Přímou souvislost ohledně tlumočníka nezjišťovala, pouze, jak již bylo zmíněno výše, že bývá problém přítomnosti tlumočníka u lékařského vyšetření.

Jak z předchozích rozhovorů vyplynulo, nabízela se otázka týkající se komunikačních pomůcek při dorozumívání se s pacienty – cizinci. V Mladé Boleslavi záleží na jednotlivých odděleních. Jsou pracoviště, která přijdou častěji do kontaktu s cizí národností a ti mají buďto vytvořené vlastní pomůcky, nebo mají materiály, které poskytuje webová stránka Ministerstva zdravotnictví. Převážná většina dotazovaných uvedla, že takové materiály mají k dispozici. Liberecká nemocnice, konkrétně trauma centrum, má pro tyto případy vytištěné komunikační karty z portálu Ministerstva zdravotnictví. Ovšem u ostatních provozů je situace horší. Takový materiál nemají, ale určitě by ho uvítali. V porovnání obou nemocnic se v tomto ohledu vedla lépe nemocnice v Mladé Boleslavi. Touto problematikou se zabývala i výzkumná sonda. Zde také závisí na typu pracoviště. Některé provozy již takový materiál mají k dispozici, jiné by ho uvítaly a určitě využily.

V informovanosti o existenci neziskových organizací si mladoboleslavští dotazovaní vedli lépe. Celkem osm respondentů z 11 uvedlo, že mají povědomí o existenci takové organizace. Ovšem na názvy jednotlivých subjektů nedokázali odpovědět. Zato v Liberci převažoval názor, že nevědí o existenci takových subjektů. Co se týče výzkumné sondy, zde autorky uvádějí fakt, že respondenti nemají informace o neziskových organizacích, které v ČR pomáhají cizincům a na které by se cizinci v případě problémů při poskytování zdravotní péče mohli obrátit.

Informovanost cizinců o jejich zdravotním pojištění je z pohledu mladoboleslavských respondentů velmi různorodá. Tři dotazovaní odpověděli, že v rámci vlastních zkušeností a dovedností se snaží cizincům pomoci a osvětlit náplň jejich plnění. Další čtyři uvedli, že informovanost cizinců je velmi špatná a že mnohdy ani nevědí, co kryje jejich zdravotní pojištění. Zbylí čtyři dotazovaní nevěděli a nedokázali odpovědět na danou problematiku. U libereckých respondentů převažoval názor o neznalosti, ale z vlastního pohledu. Nevěděli, zda jsou cizinci informováni o jejich zdravotním pojištění. Jen tři respondenti uvedli, že pokud se setkali s cizinci, ti byli informováni o svém zdravotním pojištění. Výzkumná sonda uvádí, že zaměstnanci ve zdravotnictví se shodovali na tom, že cizinci jsou velmi špatně informováni o tom, co kryje jejich zdravotní pojištění. Zejména pak pokud se jedná o pojištění komerční. Udávali důvody nepřehlednosti a složitosti pojistných podmínek

Poslední otázkou v mém výzkumném šetření byl dotaz na přizpůsobování se zdravotnického personálu cizincům. U mladoboleslavských dotazovaných převažoval názor o určité míře přizpůsobování. Jak cizinci by se měli částečně přizpůsobovat naší kultuře, tak i my bychom měli brát v potaz určité přijatelné zvyklosti u cizinců. Jen tři dotazovaní měli velmi záporný postoj. O přizpůsobování nechtěli diskutovat, se slovy, jsou-li cizinci u nás, ať také respektují a berou na vědomí naše zvyklosti. V Liberci celkem 8 respondentů odpovědělo, že se na přístupu mají podílet jak cizinci, tak i ošetřující personál. Neměla by převládat snaha

jednoho, nebo druhého o prosazování vlastní kultury. Jedna respondentka měla neurčitý názor na danou problematiku a celkem dva byli toho přesvědčení, že by se zdravotnický personám neměl přizpůsobovat lidem, z jiné kultury. I výzkumná sonda dokazuje ve většině případů, že: „proces přizpůsobování by měl být oboustranný, přičemž cizinci by se měli přizpůsobovat v oblasti práv a povinností a v systému zdravotní péče a zdravotníci by naopak měli v rozumné míře respektovat kulturní a náboženské odlišnosti, které cizinci dají při poskytování zdravotní péče najevo.“ (www.migraceonline.cz).

Shrnutí

Jak z našeho výzkumu, tak i podle dat získaných na portálu Českého statistického úřadu, bylo zřejmé, že cizinci na našem území představují určitou významnou skupinu pacientů. Nedá se jasně určit, který národ v ošetřování převažoval. Ovšem zajímavým zjištěním bylo, že národnostní složení je velice pestré. Z toho můžeme usuzovat zvyšující se nároky na ošetřující personál. Jak udává R. Ralbovská (2010, s. 106): „Dobrou znalostí jednotlivých náboženství a kultur, rovněž respektováním potřeb v rámci multikulturní péče orientované na klienta/pacienta členové pomáhajících profesí přispívají ke zkvalitnění zdravotnické a sociální péče vytvořením nejoptimálnějšího prostředí pro klienta/pacienta ve zdraví a nemoci.“

Jako problém se jeví špatná přehlednost na poli zdravotního pojištění. Sami dotazovaní v obou nemocnicích uváděli, že co se týče úhrad a existence specializovaného pracoviště na kontakt s cizinci, v tomto směru tápou a nemají přehled. Dá se říci, že jen necelá polovina věděla, dokázala odpověď na tuto otázku. Z našeho šetření dále vyplynul fakt, že s rostoucí vykonávací funkcí, mají zaměstnanci větší přehled o struktuře organizace. Výzkumná sonda dokládá, že v řadě velkých nemocnic fungují specializovaná oddělení pro agendu cizinců. Tato pracoviště výrazně zdravotnickým pracovníkům usnadňují jednání s cizinci (vyřizují úhrady zdravotního pojištění, popř. poskytují tlumočníka a rozhodují na

jaký typ péče má cizinec nárok). V našem případě by se dalo říci, že oblastní nemocnice a nemocnice krajská se nepovažují za velké nemocnice, tudíž taková oddělení zde nenajdeme.

Z našeho výzkumu u obou nemocnic jsme došli k názoru, že pokud hospitalizovali pacienta – cizince, znali a věděli jaký typ pobytu na našem území má. Výzkumná sonda dokládá, že zdravotničtí pracovníci nedisponují dostatečnými informacemi o jednotlivých typech zdravotního pojištění.

V porovnání obou nemocnic si lépe vedli zaměstnanci Mladoboleslavské nemocnice ohledně existence neziskových organizací pomáhajících cizincům. Naproti tomu v Liberci převažovala spíše nevědomost a ani na další otázku, týkající se bližších informací o těchto organizacích neodpověděli. Výzkumná sonda dokládá, že zdravotníci nemají kontaktní informace na organizace pomáhající cizincům.

Respondenti se dále shodli na přístupu zdravotníka k pacientovi – cizinci. Ani jeden by se neměl poddávat zvykům a odlišnostem jiných kultur a měli by oba k sobě přistupovat ve vzájemné toleranci. Výzkumná sonda dokládá, že většina dotazovaných se snaží vycházet pacientům – cizincům vstříc v otázkách náboženských a kulturních odlišností. V tomto se naše šetření mírně názorově rozcházejí. Na čem se ale oba výzkumy shodují je jazyková bariéra a obě skupiny respondentů by do budoucna uvítaly lepší a podrobněji vypracovaný materiál na práci a komunikaci s cizinci (v podobě grafických karet, letáčků v několika jazycích, slovníčků základních pojmů apod.).

Cíl 1 - Zjištění a zhodnocení stavu připravenosti lůžkových zdravotnických zařízení na péči o zraněné cizince, kteří byli zraněni při mimořádné události nebo krizové situaci. Vybraná zařízení jsou Oblastní nemocnice Mladá Boleslav a Krajská nemocnice Liberec.

Výsledek: Co se týče obou nemocnic, po uskutečněných rozhovorech a analýze dokumentů jsme došli k závěru, že v obou případech je nedostatek lůžek pro náhle vzniklou mimořádnou událost či krizovou situaci. Jak dokládá Mladoboleslavská nemocnice, tak i Liberecká, oddělení trápí vysoká obloženost, nedostatek zdravotnického personálu a v některých případech i uzavírání oddělení. Zohlednění pacientů – cizinců se jeví jako problémové, protože se zde vyskytuje jazyková bariéra. Může nastat chybné určení diagnózy a následná špatně aplikovatelné léčebné postupy.

Výzkumná otázka 1–V porovnání obou nemocnic, je nemocnice v Liberci lépe organizovaná a připravená na práci s cizinci.

Výsledek: Jak respondenti z Mladé Boleslavi, tak Liberce se shodli na pestrosti v zastoupení ošetřených pacientů – cizinců. Rozhory dále dospěly k názoru, že ošetřovaní jsou turisté po úrazech. Co se týče organizovanosti, je Mladá Boleslav na lepší úrovni. Znalost pobytových statutů u cizinců znali. V otázkách kulturních odlišností měli více zkušeností. Komunikační pomůcky jsou problémem, ale v Mladé Boleslavi je lepší dostupnost takového materiálu na pracovišti. V otázce neziskových organizací byla Mladá Boleslav na lepší úrovni. Naše výzkumná otázka se nepotvrdila. Z našeho šetření vyplynulo, že v porovnání obou nemocnic, je Oblastní nemocnice v Mladé Boleslavi na lepší úrovni.

Výzkumná otázka 2 – Vy vybraných nemocnicích není materiál pro komunikaci s cizinci.

Výsledek: Tato hypotéza se nám potvrdila. Dotazovaní se shodli, že komunikační pomůcky na pracovištích chybí.

Cíl 2 - Zhodnocení postupů a stanovení případného doporučení ke zvýšení efektivity práce ve výše uvedených zdravotnických zařízeních.

Výsledek: Samotné postupy při příjmu zraněných nemůžeme u Mladoboleslavské nemocnice přesně určit, protože nově vybudované prostory neprošly zatěžkávající zkouškou, tudíž je obtížné hodnotit jejich práci. Nemocnice v Liberci je v tomto směru zkušenější. Její provozy již takové situace zažily. Dle slov vrchní sestry traumatologického centra jsou jak provozy, tak i personál na nově vzniklou MU připraveni. Co skýtá obrovský problém je roztríštěnost jednotlivých provozů. Traumatologické úrazy se sdružují v Pavilonu chirurgických oborů v přízemí, ale jsou zde velmi malé prostory. Čekárny jsou situovány na úzké chodbě, kde musí proudit i lehátka s akutními stahy. Rentgenové přístroje jsou sice také v přízemí, ale operační sály nejsou centralizovány a jednotlivé provozy jsou různě rozmístěné. Proto se klade vysoký tlak na personál, aby se v tak nepřehledné situaci dokázali orientovat.

V nemocnici v Mladé Boleslavi by určitě mělo v nedávné době proběhnout námětové cvičení k zjištění připravenosti a organizovanosti jednotlivých provozů nově zrekonstruovaného Centrálního příjmu. Dále pak v této nemocnici by se měla zvýšit informovanost o cizincích – jak znalost zdravotního pojištění, komunikační pomůcky a částečné přizpůsobování při práci s lidmi jiných etnik.

Nemocnice v Liberci zažívá krizi, co se týče uspořádání a provozů v areálu. Samotné studie poukazují na hrozbu roztríštěnosti jednotlivých provozů a už dlouhá léta probíhají diskuze o výstavbě nemocnice nové. Na novém místě, protože

nynější prostory, uprostřed města, nenabízí stavební plochu a nejde zde realizovat centralizaci jednotlivých oborů. Proto doporučení z hlediska lepšího řešení jednotlivých částí není potřeba, sama nemocnice takové kroky podnikla a probíhají diskuze na dané téma.

Na co bych chtěla poukázat z hlediska doporučení je lepší práce s cizinci. Jako příhraniční město má velkou pravděpodobnost výskytu jiné národnosti. I zde se objevil problém v komunikaci, proto komunikační pomůcky by se neměly objevit jen na některých oddělení ale na všech. Není správné uvažovat, že např. oddělení oční nebude hospitalizovat pacienty jiné národnosti. V nemocnici existují různorodá oddělení, proto by určitě nebylo na škodu vyčlenění alespoň dvou zaměstnanců, kteří by problematiku cizinců znali nejlépe a dokázali by poradit jak personálu, tak i samotným cizincům.

10 ZÁVĚR

Jako zaměstnanec ve zdravotnictví jsem si v minulosti otázku hospitalizací a samotného kontaktu s cizinci neuvědomovala. Po zpracování a zkoumání tohoto problému se mi obzory daleko více otevřely a já alespoň částečně mohla nahlédnout do jaké míry vše funguje.

Prostory a struktura v nemocnici v Mladé Boleslavi pro mě byla bližší, protože právě zde jsem zaměstnaná. Co mě ale velmi zaskočilo byla situace, která panuje v nemocnici v Liberci. Rozlehlost areálu a výskyt jednotlivých provozů různě po městě jsem znala. Situaci uvnitř areálu jsem doposud vůbec neznala. Na to že se jedná o krajskou nemocnici, sama studie, kterou zastupitelé města hodnotili na svém zasedání dokládá, že obrovským problémem je roztríštěnost provozů, jejich špatná organizovanost, a hlavně chybějící stavební prostory. Nemocnice na svém místě nemá kam expandovat, proto již řadu let řeší, jak se z tohoto problému dostat a pozvednout samotný provoz na krajskou úroveň.

Otázkou cizinců by se nynější společnost měla zabývat. Jak dokládá portál Českého statistického úřadu, za minulý rok stoupl počet návštěvníků na našem území a to o 17 %. Hodnota přesáhla dvacetimilionovou hranici. Proto cizinci představují a budou představovat určitou specifickou skupinu pacientů, o které bychom se měli postarat a poskytnout jim náležitou zdravotnickou péči. Nedělat rozdíly jen kvůli tomu, že se liší barvou pleti, náboženskou otázkou nebo jiným jazykem.

11 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
BCHL	Bojové chemické látky
CIC	Centrum pro integraci cizinců
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
EU	Evropská unie
HZS	Hasičský záchranný sbor
CHIR-JIP	Chirurgické oddělení – Jednotka intenzivní péče
IZS	Integrovaný záchranný systém
JPO	Jednotka požární ochrany
KNL	Krajská nemocnice Liberec, a.s.
MU	Mimořádná událost
ZHN	Zbraně hromadného ničení
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

12 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knižní zdroje

ANTUŠÁK, Emil. *Krizový management: hrozby - krize - příležitosti*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2009, 395 s. ISBN 978-80-7357-488-8.

ANTUŠÁK, Emil a Josef VILÁŠEK. *Základy teorie krizového managementu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016, 130 s. ISBN 978-80-246-3443-2.

BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4343-1.

BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4735-573.

BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-807-2548-156.

BYDŽOVSKÝ, Jan. *Tabulky pro medicínu prvního kontaktu: záchranná služba, praktický lékař, lékařská služba první pomoci, urgentní příjem*. Praha: Triton, 2010, 239 s. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-351-6.

CIFU, David X. a Henry L. LEW. *Handbook of polytrauma care and rehabilitation*. New York: Demos Medical, 2014. ISBN 978-161-7051-005.

DOBIÁŠ Viliam a kol., 2012. *Prednemocničná urgentná medicína*. 2. vydání. Martin: Osveta, 740 s. ISBN 978-80-8063-387-5.

IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2005. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1212-1.

HLAVÁČKOVÁ, Dana; ŠTOREK, Josef; FIŠER, Václav. *Krizová připravenost zdravotnictví*. 1. vydání, Brno:NCO NZO, 2007. 198 s. ISBN 978-80-7013-452-8

JAKUBÍKOVÁ, Dagmar. *Strategický marketing: strategie a trendy*. 2., rozš. vyd. Praha: Grada, 2013. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-4670-8.

KELNAROVÁ, Jarmila. *První pomoc II: pro studenty zdravotnických oborů*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013, 180 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4200-7.

Krizová legislativa (soubor zákonů). Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2016, 405 s. ISBN 978-80-7380-627-9.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi: studijní opora*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4413-1.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Vyd. 2., nezměn. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. ISBN 80-701-3457-7.

MCNAB, Chris. *Jak přežít cokoli a kdekoli: příručka pro přežití za každých podmínek a v jakémkoli prostředí*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3116-2.

NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2628-1.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3558-0.

PRYMULA, Roman. *Biologický a chemický terorismus: informace pro každého*. Praha: Grada, 2002. Sestra (Grada). ISBN 80-247-0288-6.

RALBOVSKÁ, Rebeka. *Multikulturní přístup pro pomáhající profese*. Vyd. 2., dopl. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2010. ISBN 978-808-7386-095.

REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada, 2013, 240 s. ISBN 978-80-247-4530-5.

ROSINA, Jozef. *Biofyzika: pro zdravotnické a biomedicínské obory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4237-3.

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada, 2013, 400 s., xvi s. obr. příl. ISBN 978-80-247-4434-6.

SMOLÍK, Josef. *Úvod do studia mezinárodních vztahů*. Praha: Grada, 2014, 229 s. ISBN 978-80-247-5131-3.

ŠÍN, Robin. *Medicína katastrof*. Praha: Galén, 2017, 351 s. ISBN 978-80-7492-295-4.

ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0062-0.

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

VALÉRIE TÓTHOVÁ A KOL. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton, 2010. ISBN 80-738-7414-8.

VILÁŠEK, Josef, Miloš FIALA a David VONDRÁŠEK. *Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století*. Praha: Karolinum, 2014, 189 s. ISBN 978-80-246-2477-8.

ZELENÍKOVÁ, Renáta. *Transkulturní ošetřovatelství: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2014. ISBN 978-80-7464-549-5.

VILÁŠEK, Josef, Miloš FIALA a David VONDRÁŠEK. *Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století*. Praha: Karolinum, 2014, 189 s. ISBN 978-80-246-2477-8.

Internetové zdroje

Integrovaný záchranný systém. In: *Hasičský záchranný sbor České republiky* [online]. [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/clanek/integrovaný-zachranný-system.aspx>

Terminologický slovník – krizové řízení a plánování obrany státu. Ministerstvo Vnitra České republiky [online]. 07.06.2016 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/terminologicky-slovník-krizove-řízení-a-planování-obrany-státu.aspx>

ŠAMAJ, Martin. Krizový management ve zdravotnictví: Management rizik. In: *Krizový management ve zdravotnictví* [online]. Olomouc, 2016, 2016, s. 92 [cit. 2018-03-18]. DOI: 10.5507/fzv.16.24450865. ISBN 978-80-244-5086-5 (online: PDF). Dostupné z: https://www.fzv.upol.cz/fileadmin/userdata/FZV/Dokumenty/OSE/Krizovy_management_ve_zdravotnictvi_Management_rizik.pdf

ŽŮRKOVÁ, Klára. STATISTICKÉ INFORMACE O ZÁSAZÍCH JEDNOTEK POŽÁRNÍ OCHRANY A POŽÁRECH ZA LEDEN - ZÁŘÍ 2017. In: *Hasičský záchranný sbor České republiky* [online]. 3.11.2017 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: www.hzscr.cz/soubor/3-q-2017-6266326-pdf.aspx

Zbraně hromadného ničení (ZHN). Ministerstvo vnitra České republiky [online]. [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/zbrane-hromadneho-niceni-zhn.aspx>

Statistiky: Cizinci s povoleným pobytem. Ministerstvo vnitra České republiky [online]. 24. dubna 2018 [cit. 2018-05-10]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/cizinci-s-povolenym-pobytem.aspx>

Zdravotní pojištění – dlouhodobý pobyt – země mimo EU. Centrum pro integraci cizinců [online]. [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <http://www.cicpraha.org/cs/socialni-poradenstvi/zdravi/zdravotni-pojisteni-dlouhodoby-pobyt-zeme-mimo-eu.html>

Zdravotní pojištění cizinců. AHOJ! Česká republika [online]. [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <http://www.czech.cz/cz/93401-zdravotni-pojisteni-cizincu>

Cizinci ve Středočeském kraji v roce 2016. In: Český statistický úřad [online]. [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/11240/55772730/cizinci_2016.pdf/21a63900-0e54-48c5-a5c3-d9d655f98a99?version=1.3

BENEŠ, Ondřej. 4-12. Cizinci podle okresů k 31. 12. 2016*). Český statistický úřad [online]. 06.12.2017 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/4-obyvateľstvo-qcjajztbyi>

Cestovní ruch - 4. čtvrtletí 2017: Návštěvnost v roce 2017 byla rekordní. Český statistický úřad [online]. 8. 2. 2018 [cit. 2018-04-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/cr/cestovni-ruch-4-ctvrtleti-2017>

RENDLOVÁ, Kateřina. Policie České republiky – Služba cizinecké policie: Nelegální migrace v České republice za rok 2017. Policie České republiky [online]. 23. ledna 2018

[cit. 2018-04-02]. Dostupné z: <http://www.policie.cz/clanek/nelegalni-migrace-v-ceske-republice-za-rok-2017.aspx>

HOFMANOVÁ, Vratislava. Jak jsme na tom s jazyky. *Portál pro aktivní seniory* [online]. 21. 7. 2016 [cit. 2018-04-03]. Dostupné z: <https://www.i60.cz/clanek/detail/15542/jak-jsme-na-tom-s-jazyky>

Komunikační karty pro pacienty cizince a zdravotníky. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 11.04.2016 [cit. 2018-04-08]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/komunikacni-karty-pro-pacienty-cizince-a-zdravotniky_11725_1.html

Kontakty sociálního poradenství. *Centrum pro integraci cizinců* [online]. [cit. 2018-04-08]. Dostupné z: <http://www.cicpraha.org/cs/socialni-poradenstvi/kontakty-socialniho-poradenstvi.html>

Zdravotní pojištění: Jakým způsobem v ČR funguje poskytování zdravotní péče cizincům? Jaké druhy zdravotního pojištění existují?. In: *Asociace pro právní otázky imigrace* [online]. [cit. 2018-04-10]. Dostupné z: <http://www.asimos.cz/Zivotni-situace/Zdravotni-pece/#zp1>

PILECKÁ, Jarmila. Postoje české veřejnosti k cizincům – březen 2017. In: *Centrum pro výzkum veřejného mínění* [online]. [cit. 2018-04-10]. Dostupné z: https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a4285/f9/ov170426.pdf

3. Zdravotnický systém a nárok migrantů a etnických menšin na zdravotní péči: Legislativa. *MIGHEALTHNET - Informační síť o dobré praxi ve zdravotní péči pro migranty a etnické menšiny v Evropě* [online]. 27.4.2011 [cit. 2018-05-15]. Dostupné z: http://www.mighealth.net/cz/index.php/3._Zdravotnick%C3%BD_syst%C3%A9m_

a_n%C3%A1rok_migrant%C5%AF_a_etnick%C3%BDch_men%C5%A1in_na_zdrav
otn%C3%AD_p%C3%A9%C4%8Di

KOUBOVÁ, Michaela. Studenti středních škol mají nejmenší chuť nastupovat do nemocnic, zjistil průzkum. In: *Zdravotnický deník: zdravé je vědět* [online]. 28.4.2017 [cit. 2018-04-22]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2017/04/studenti-strednich-skol-maji-nejmensi-chut-nastupovat-nemocnic-zjistil-pruzkum/>

RIEGEROVÁ, Alena, Jiří VESELKA a Zuzana KOCUMOVÁ. Záměr modernizace Krajské nemocnice Liberec, a. s. In: *Statutární město Liberec* [online]. 20.5.2014 [cit. 2018-04-25]. Dostupné z: http://docs.liberec.cz/Odb_KT/podklady%20k%20projedn%C3%A1n%C3%AD%20na%20zastupitelstvu%20m%C4%9Bsta/2014/WEB%2020140529/03.%20Zamer%20modernizace%20Krajske%20nemocnice%20v%20Liberci.pdf

DOBIÁŠOVÁ, Karolína a Helena HNILICOVÁ. Zkušenosti zdravotnického personálu při poskytování zdravotní péče cizincům (výzkumná sonda). *Migrace online* [online]. 16.12.2009 [cit. 2018-04-17]. Dostupné z: <http://migraceonline.cz/cz/e-knihovna/zkusenosti-zdravotnickeho-personalu-pri-poskytovani-zdravotni-pece-cizincum-vyzkumna-sonda>

Krizové stavy. *Hasičský záchranný sbor České republiky* [online]. [cit. 2018-04-25]. Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/clanek/web-krizove-rizeni-a-cnp-krizove-stavy-krizove-stavy.aspx>

13 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Graf 1 – Nejpočetněji zastoupené země na území ČR (s přechodným a trvalým pobytem) k 30.9.2017 32

Graf 2 - Nejpočetněji zastoupené země na území ČR (s přechodným a trvalým pobytem) k 31.1.2018.....

32

14 SEZNAMU POUŽITÝCH TABULEK

Tabulka 1 - Nejčastější MU v ČR – statistika zásahů HZS leden-září 2017	22
Tabulka 2 – Charakteristika SWOT analýzy	66
Tabulka 3 - SWOT analýza Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.	68
Tabulka 4 - SWOT analýza Krajské nemocnice Liberec, a.s.	72

15 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Přehled legislativy zmíněných a použitých v diplomové práci	95
Příloha 2 - Přehled krizových stavů	96
Příloha 3 – Postavení nemocnice v krizové připravenosti	97
Příloha 4 - Přehled kladených otázek při rozhovorech se zaměstnanci nemocnic	98
Příloha 5 - Obložnost oddělení v Oblastní nemocnice v Mladé Boleslavi, březen–květen 2017.....	99
Příloha 6 - Obložnost oddělení v Oblastní nemocnice v Mladé Boleslavi, leden-duben 2018	100
Příloha 7 - Mapa areálu KNL – červeně značená cesta směru zásahových vozidel	101
Příloha 8 – Protokol k provádění výzkumu – Mladá Boleslav.....	102
Příloha 9 – Protokol k provádění výzkumu – Liberec	103

Příloha 1 – Přehled legislativy zmíněných a použitých v diplomové práci (řazeny chronologicky, jak byli v práci použity)

Zákon č. 240/2000 Sb., Zákon o krizovém řízení a o změně některých zákonů (krizový zákon)

Zákon č. 239/2000 Sb., Zákon o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů

Ústavní zákon č. 110/1998 Sb., Ústavní zákon o bezpečnosti České republiky

Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

Zákon č. 224/2015 Sb., Zákon o prevenci závažných havárií způsobených vybranými nebezpečnými chemickými látkami nebo chemickými směsmi a o změně zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, (zákon o prevenci závažných havárií)

Zákon č. 241/2000 Sb., Zákon o hospodářských opatřeních pro krizové stavy a o změně některých souvisejících zákonů

Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky

Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, ročník 2009, Částka 6

(zdroj: www.zakonyprolidi.cz)

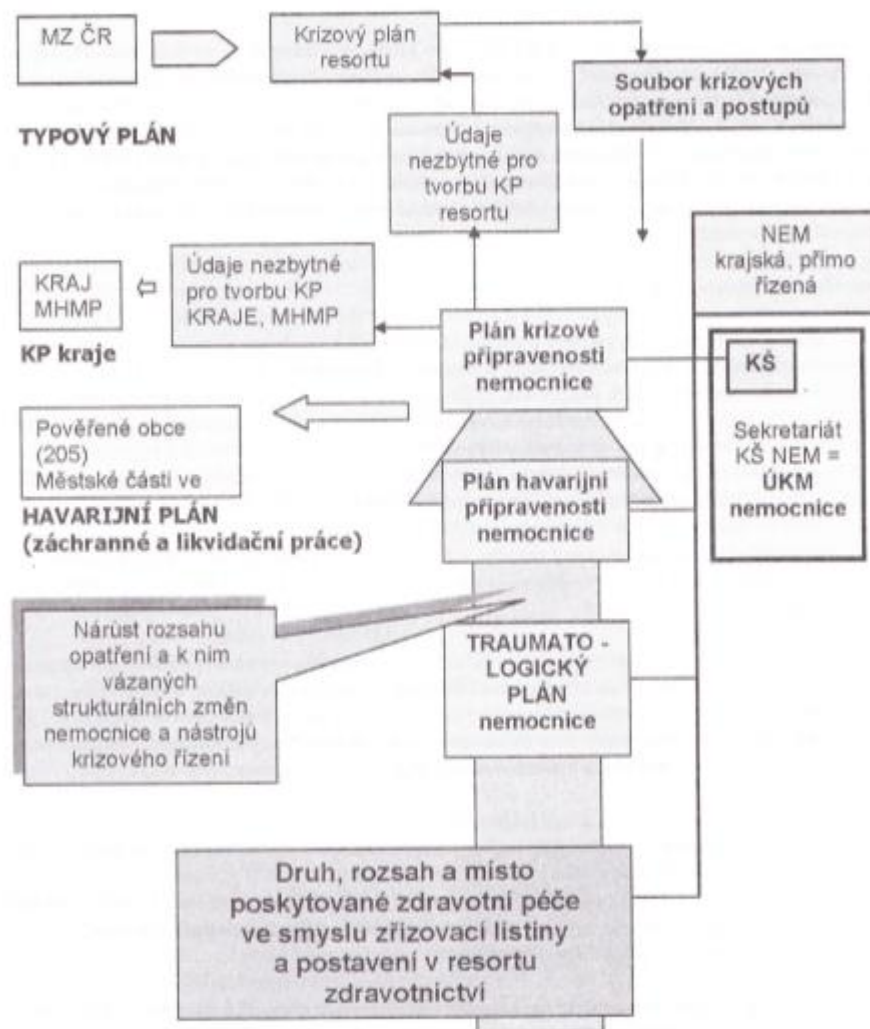
Příloha 2 – Přehled krizových stavů

Druh	Vyhlašující orgán	Důvod	Územní rozsah	Časová účinnost
Stav nebezpečí	Hejtmán (primátor hl.m. Prahy)	Ohrožení života, zdraví, majetku, životního prostředí, pokud nedosahuje intenzita ohrožení značného rozsahu a není možné odvrátit ohrožení běžnou činností správních úřadů, orgánů krajů a obcí, IZS nebo subjektu kritické infrastruktury	Celý kraj nebo jeho část	Nejdéle 30 dnů; prodloužení je přípustné jen se souhlasem vlády
Nouzový stav	Vláda (při nebezpečí z prodlední vlády) předseda vlády	V případě živelních pohrom, ekologických nebo průmyslových havárií, nehod nebo jiného nebezpečí, které ve značném rozsahu ohrožují životy, zdraví nebo majetkové hodnoty anebo vnitřní pořádek a bezpečnost	Celý stát nebo jeho část	Nejdéle 30 dnů; prodloužení je přípustné po předchozím souhlasu Poslanecké sněmovny
Stav ohrožení státu	Parlament na návrh vlády	Je-li bezprostředně ohrožena svrchovanost státu nebo územní celistvost státu anebo jeho demokratické základy	Celý stát nebo jeho část	Bez omezení
Válečný stav	Parlament	Je-li ČR napadena nebo je-li třeba plnit mezinárodní smluvní závazky o společné obraně proti napadení	Celý stát	Bez omezení

(Zdroj: www.hzscr.cz)

Příloha 3 – Postavení nemocnice v krizové připravenosti

„Postavení NEM v krizové připravenosti“



Plán krizové připravenosti upravuje přípravu nemocnice k řešení krizových situací (§ 29, odst. (1) zákona č. 240/2000 Sb., krizový zákon).

(zdroj: Hlaváčková D., Štorek J., Fišer V. a kol., 2007, s. 103).

Příloha 4 – Přehled kladených otázek při rozhovorech se zaměstnanci nemocnic.

1. S jakou národností u cizinců se respondenti setkali?
V jaké frekvenci?
2. Typ pobytu na našem území. Turista / legálně / nelegálně
3. Úhrady zdravotního pojištění – vědí zaměstnanci, že jejich organizace má speciální pracoviště na setkání a komunikaci s cizinci?
4. Je-li cizinec nepojištěn – platí v hotovosti?
5. Znájí zdravotníci kulturní odlišnosti u jednotlivých národnostních menšin?
6. Jsou problémy v komunikaci? Popř. je možnost zajistit tlumočnicka u vyšetření?
7. Komunikační pomůcky – Uvítali by je? Používají je? Existují letáky?
8. Mají zdravotníci povědomí o existenci neziskových organizacích pomáhající cizincům?
9. Jsou cizinci informováni o tom, co kryje zdravotní pojištění?
10. Měli by se zdravotníci přizpůsobovat cizincům?

(Zdroj: vlastní zpracování)

**Příloha 5 – Obložnost oddělení v Oblastní nemocnici v Mladé Boleslavi, březen–
květen 2017**



Obložnost oddělení: Březen – Květen 2017

Oddělení	Březen	Duben	Květen
INT	80%	85%	84%
ORL	63%	59%	58%
GPO	45%	43%	45%
DET	63%	61%	56%
CHIR	79%	80%	79%
ARO	88%	73%	92%
ORT	76%	77%	75%
URO	72%	66%	58%
KOŽ	66%	67%	69%
NEU	69%	61%	63%
OFT	26%	30%	26%
PNE	80%	78%	73%
RHB	97%	91%	89%
LDN MB	88%	85%	90%
LDN MH	94%	88%	90%

(Zdroj: Archiv Oblastní nemocnice v Mladé Boleslavi)

Příloha 6 – Obložnost oddělení v Oblastní nemocnici v Mladé Boleslavi, leden-
duben 2018

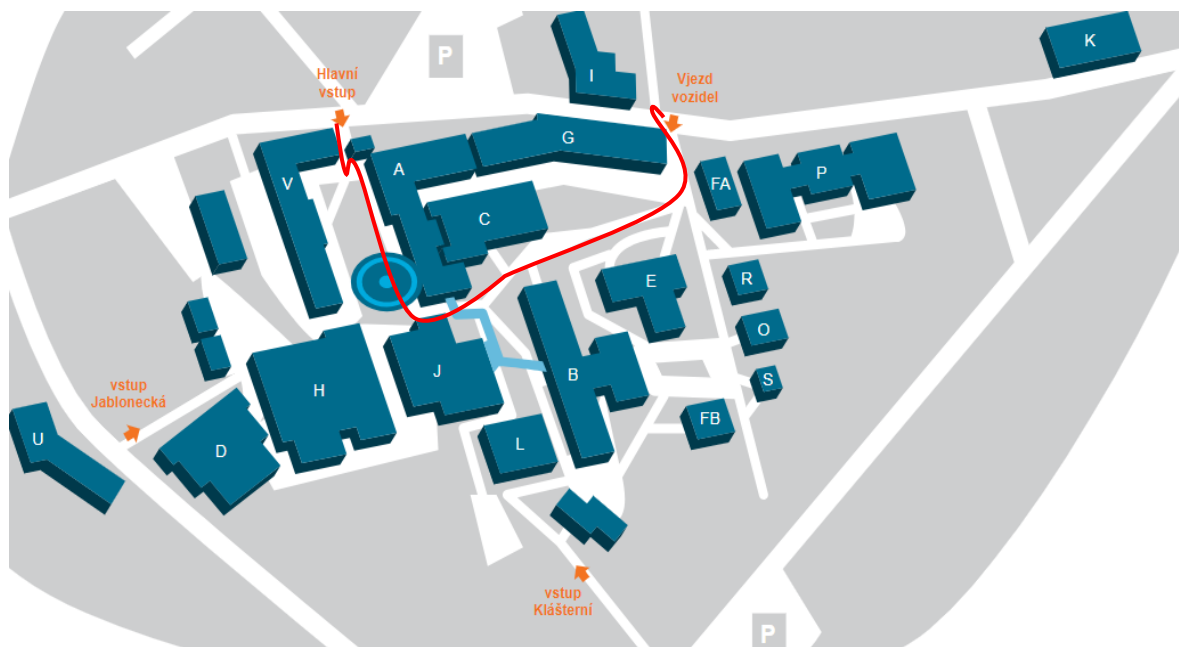


Obložnost oddělení: Leden – Duben 2018

Oddělení	Leden	Únor	Březen	Duben
INT	86%	89%	88%	87%
ORL	59%	51%	58%	51%
GPO	66%	55%	50%	59%
DET	63%	63%	64%	59%
CHIR	78%	79%	77%	90%
ARO	73%	82%	96%	94%
ORT	80%	88%	77%	82%
URO	63%	59%	64%	62%
KOŽ	55%	98%	84%	48%
NEU	64%	64%	58%	66%
OFT	22%	24%	26%	13%
PNE	79%	86%	79%	79%
RHB	68%	93%	93%	87%
LDN MB	97%	95%	95%	96%
LDN MH	91%	94%	97%	96%

(Zdroj: Archiv Oblastní nemocnice v Mladé Boleslavi)

Příloha 7 – Mapa areálu KNL – červeně značená cesta směru zásahových vozidel



(Zdroj: vlastní zpracování)

Příloha 8 – Protokol k provádění výzkumu – Mladá Boleslav

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU



OSOBNÍ ÚDAJE:

Příjmení: Korelová

Jméno: Tereza

Titul: Bc.

Datum narození: 06.01.1992

Trvalé bydliště: Nová Ves u Bakova 99, Bakov nad Jizerou, 294 01

STUDIJNÍ ÚDAJE:

Fakulta: Fakulta biomedicínského inženýrství

Akademický rok: 2017/2018

Ročník: 2.

Typ studia: magisterské

Forma studia: kombinované

Studijní program: Ochrana obyvatelstva

Studijní obor: Civilní nouzové plánování

Téma práce: Analýza připravenosti lůžkových zdravotnických zařízení na péči o zraněné cizince při mimořádných událostech či krizových situacích

Název pracoviště, kde bude výzkum realizován: Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.
Centrální příjem, Chirurgické oddělení, Ortopedické oddělení

Vyjádření vedoucího pracovníka odborného zařízení:

- Souhlasím
- Nesouhlasím

Datum: 10.4.2018

Podpis: Bc. Petra Malinová

V KOVĚ VSI U BAKOVA dne 10.4.2018

Podpis studenta: Korelová

Příloha 9 - Protokol k provádění výzkumu – Liberec

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU



OSOBNÍ ÚDAJE:

Příjmení: Korelová

Jméno: Tereza

Titul: Bc.

Datum narození: 06.01.1992

Trvalé bydliště: Nová Ves u Bakova 99, Bakov nad Jizerou, 294 01

STUDIJNÍ ÚDAJE:

Fakulta: Fakulta biomedicínského inženýrství

Akademický rok: 2017/2018

Ročník: 2.

Typ studia: magisterské

Forma studia: kombinované

Studijní program: Ochrana obyvatelstva

Studijní obor: Civilní nouzové plánování

Téma práce: Analýza připravenosti lůžkových zdravotnických zařízení na péči o zraněné cizince při mimořádných událostech či krizových situacích

Název pracoviště, kde bude výzkum realizován: Krajská nemocnice Liberec, a.s.
Traumatologicko-ortopedické centrum

Vyjádření vedoucího pracovníka odborného zařízení:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 9.4.2018

Podpis:

Krajská nemocnice Liberec, a.s.
Mgr. Marie Fryaufová
ředitelka ošetrovatelské péče

V Nové Vsi u Bakova dne 9.4.2018

Podpis studenta: Korelová